

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Odontología



OSTEITIS ALVEOLAR POST-OPERATORIA

TESIS PROFESIONAL

GOMEZ	GARRO	ROSA	IPATIA
LOZANO	AVILA	RAUL	RAFAEL
SCHROEDER	SALINAS	RAQUEL	
MA. DE LA LUZ			

1974



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Odontología



**OSTEITIS ALVEOLAR
POST-OPERATORIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

GOMEZ GARRO ROSA IPATIA
LOZANO AVILA RAUL RAFAEL
SCHROEDER SALINAS RAQUEL
MA. DE LA LUZ

1 9 7 4

AL HONORABLE JURADO:

Con todo respeto nos dirigimos a
ustedes agradeciéndoles su benevo
lencia al tomar en cuenta esta Te
sis fruto de nuestro último paso
en la carrera.

AL DR. ANSELMO APODACA LUGO

Su valiosa colaboración hizo posible
la realización de este trabajo

AL DR. JESUS CRUZ CHAVEZ

En todos los pasos de nuestra
carrera has estado, profunda-
mente agradecidos por ello.

"OSTEITIS ALVEOLAR POST-OPERATORIA"

S U M A R I O

PROLOGO

A. CARACTERISTICAS NORMALES DEL PARODONTO.

Región Gingivodentaria

Articulación Alveolodentaria

Arcada Alveolar

B. CICATRIZACION ALVEOLAR POST-EXTRACCION

C. OSTEITIS

Definición y Clasificación.

Concepto

Etiología

Localización

D. TRATAMIENTO

P R O L O G O

Al presentar esta Tesis, no lo hacemos con la idea de dar conceptos absolutamente nuevos acerca del -- tema que tratamos; porque esto no es más que una recopilación de datos proporcionados por investigadores; y nosotros sólo aportamos el pequeño esfuerzo de unirlos con la finalidad de facilitar una penetración más factible a estos conocimientos.

Es sin duda una serie de motivos lo que nos -- indujo a escribir acerca de este tema, entre los cuales consideramos:

Al estudiante, así como al Cirujano Dentista, se le presenta como una de sus actividades cotidianas la Exodoncia, por lo tanto, es de interés primordial todas y cada una de sus complicaciones que de ellas se suscitan.

En este trabajo queremos aclarar perfectamente, que no está el producto de una nítida investigación propia, sino más bien el esfuerzo de nuestros Maestros,

que, con su sabiduría y comprensión forjaron en nosotros no sólo profesionistas, sino verdaderos admiradores de sus cualidades tanto morales como intelectuales.

- - - - -

CARACTERÍSTICAS NORMALES DEL PARODONTO.

REGION GINGIVODENTARIA.

PARODONTO. Se conoce con el nombre de Parodonto a la unidad biológica formada por cuatro tipos de tejidos conjuntivos altamente especializados recubiertos por epitelio; -- dos son duros, el hueso alveolar y el cemento radicular, y dos blandos; en la encía y el ligamento parodontal.

ENCIA. Se domina encía ó tejido gingival a la mucosa que recubre el proceso alveolar hasta el cuello de los dientes, tanto por el lado externo, como por el lado palatino ó lingual.

El tejido gingival es denso, blando y firmemente --- adherido al hueso por intermedio del periostio; en condiciones normales, es de color rosa y el aspecto de su superficie semeja al de la cáscara de algunos cítricos como la naranja ó el limón.

Anatómicamente se divide en tres regiones:

a).- **ENCIA MARGINAL**, que rodea al cuello del diente

y forma la papila (corresponde al intersticio gingival). La línea gingival no es constante, varía por la edad, pérdidas dentales enfermedades deversas.

b).- ENCIA INSERTADA, que se encuentra hacia apical de la anterior y llega asta la encía alveolar, es de color rosa pálido y el aspecto punteado que presentan se debe a su inserción con el hueso.

c).- ENCIA ALVEOLAR, es la que forma el vestíbulo, - su color es rosa fuerte y se confunde con la mucosa interna de los labios y carrillos. Esta división anatómica no se presenta en el paladar.

Histológicamente, se compone de dos partes; La membrana mucosa y el tejido submucoso.

A. MEMBRANA MUCOSA,, está compuesta por tejido epitelial estratificado, contiene diferentes tipos de células; - en la superficie son células escamosas, en la parte media, células de forma cúbica y en la parte interna, células columnares. Su membrana basal se denomina Red de Malpighi y es la que realiza generación de nuevas células que empujan a las células externas y contribuye a su constante renovación.

Esta membrana mucosa está formada por cuatro capas - de afuera hacia adentro, que son: capa córnea, lúcida, granulosa y germinativa.

a).- La capa córnea está constituida por células estratificadas que son aplanadas, comprimidas unas con otras y queratinizadas. A veces se observa en ellas las crestas - que se desprenden en la superficie como si fueran descamaciones.

b).- La capa lúcida se denomina así porque las células que la constituyen en el momento de la tinción, presentan un aspecto de translucidez.

c).- La capa granulosa está compuesta por dos o tres capas de células que contienen gránulos de melanina.

d).- La capa germinativa ó Basal que está constituida por células columnares que forman la mayor parte de tejido.

Entre estas células existen espacios intercelulares que permitan el paso a la red nutritiva. La membrana basal o red de Malpighi, se confunde muchas veces con el colágeno sub-epitelial, sin embargo en los cortes debidamente preparados se distinguen con claridad las características del ---

tejido submucoso.

B. TEJIDO SUBMUCOSO, llamado también corion, que es tá compuesto por sustancias colágenas y tejido conjuntivo y que se proyecta dentro del epitelio formado primero una capa capilar ó papilar en la que se encuentra prolongación de vasos sanguíneos, despues la sigue la capa vertical ó reticular constituida por fibra elásticas, vasos sanguíneos y linfáticos que corren paralelos al maxilar.

Las terminaciones de este epitelio se unen unas con otras hasta llegar al periostio.

La encía termina en un borde libre llamado encía libre que está ligeramente separado del diente. La corriente de aire de una jeringa dirigida hacia este borde, nos muestra el espacio que existe entre encía y diente y que en condiciones normales varía de uno a uno y medio milímetros.

El borde libre de la encía, junto con el lugar en el cual el epitelio se pone en contacto con el cuello del diente y que se denomina inserción epitelial, parece ser el punto más débil de la defensa de la encía contra los

agentes patógenos. Estas defensas están constituidas por - una amplia red linfática que produce una secreción líquida (mucopolisacáridos), con el cual el intersticio gingival - se limpia de restos celulares y gérmenes.

Cuando existe profundización patológica del intersticio antes mencionado y proliferación apical de la inserción epitalial, se producirá una bolsa parodontal.

ARTICULACION ALVEOLODENTARIA.

La raíz del diente está unida al alvéolo por un tejido conjuntivo especializado, que sirva de pericemento al diente y de periostio al hueso (ligamento parodontal). - Está constituido por fibras colágenas que al estar en tensión se observan rectilíneas, que se ondulan en estado de relajamiento, aquí podemos encontrar cementoblastos, osteoblastos y por supuesto vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos.

Las fibras que componen al ligamento parodontal, de acuerdo a su situación son:

a).- GINGIVALES LIBRES: Van del cuello del diente --

hacia la encía. Su función consiste en mantener al diente unido a la encía.

b).- **TRANSEPTALES:** Son las fibras que van desde el cemento de una parte mesial de un diente hasta el cemento en la parte distal de otro diente contiguo, pasando por encima de la cresta alveolar, su función consiste en ayudar a mantener la distancia entre un diente y otro, sosteniendo los puntos de contacto.

c).- **CRESTOALVEOLARES:** Van desde la porción cervical de un diente hasta la cresta alveolar. Deben resistir las fuerzas tensionales laterales.

d).- **HORIZONTALES:** Son las que se dirigen horizontalmente del cemento del diente hacia el hueso y resisten las fuerzas y presiones laterales y verticales.

d).- **OBLICUAS:** Se dirigen oblicuamente desde el cemento dental hasta el hueso alveolar. Son las más numerosas. Su función es similar al de las fibras horizontales.

f).- APICALES: Van del ápice al hueso en forma -- irradiada. Previenen el desalojo lateral de la pieza -- dentaria, resisten a las fuerzas que tienden a desalo-- jar al diente hacia afuera. Estas fibras sólo existen-- cuando está completamente formada la raíz.

En forma general podemos decir que el ligamento-- parodontal permite la suspensión del diente dentro del alvéolo y convierte las presiones oclusales ó de masti-- cación en tensiones para el hueso, lo que acelera la-- neoformación de tejido óseo y cemento. La presión so-- bre el hueso produce su resorción.

ARCADA ALVEOLAR

Las apófisis alveolares son la porción de los ma-- xilares ó mandíbula que forma y sostiene a los alvéo-- los que a su vez soportan a los dientes, en la apófi-- sis alveolares se distinguen dos partes: Hueso alveo-- lar propiamente dicho y hueso de soporte.

El primero consta de una lámina delgada que recu-- bre la raíz del diente y en la cual se insertan las fi

bras del ligamento parodontal.

El Hueso de Soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función, consta de láminas corticales de hueso compacto del lado vestibular; palatino y lingual de las apófisis alveolares y de hueso esponjoso que se encuentra entre la lámina cortical y el hueso alveolar.

La pared interna del alvéolo se llama también lámina dura, tiene muchas perforaciones para la salida y entrada de vasos, en condiciones normales la cresta alveolar depende del contorno del diente en la unión cemento-esmalte, del grado de erupción del diente, de la relación mesio-distal de los dientes y de la anchura buco-lingual de los mismos.

El Hueso Alveolar es un tejido que se adapta al ligamento del diente, está formado para sostenerlo y después de la extracción se reduce como ocurre con las apófisis alveolares.

La matriz interna celular del hueso, está formada por sustancia orgánica e inorgánica.

La porción orgánica está compuesta por fibras colágenas y una substancia fundamental de muco-polisacáridos y la porción inorgánica se compone de sales de calcio y pequeñas cantidades de sodio, potasio, flúor y fierro, el calcio está en forma de fosfato alfatricálico y carbonatos.

CEMENTO

Es el tejido que cubre toda la raíz-diente hasta el cuello anatómico del mismo. Es de color amarillento menos duro que el esmalte y dentina y carece de sensibilidad; consta de dos capas, una extracelular y otra intracelular, que se unen a la altura de la dentina.

La capa exterior fija las fibras del ligamento -- parodontal (fibras perforantes). Continuamente se está formando con apósitos de capas nuevas y mide de 0.1 ml. a 1 ml. en el ápice.

Hacemos notar que el Parodonto en estado sano, -- es extraordinariamente resistente a las presiones, por lo que no debe haber ni durante la masticación ni du--

rante el cepillado, sangrado del borde libre de la encía, la presencia de extravasación sanguínea en ésta - región nos indica la presencia de un proceso patológico.

CICATRIZACION ALVEOLAR POST-EXTRACCION.

CICATRIZACION ALVEOLAR POST-EXTRACCION

Las extracciones dentales determinan heridas -- acompañadas de pérdidas de sustancias que afectan simultáneamente la mucosa y el hueso.

El hueso Maxilar. - Su cicatrización obedece a -- las mismas reglas que rige la cicatrización de toda herida de la mucosa bucal, excepto en la necesidad de reparar la pérdida de sustancia. Y como es sabido, toda extracción es seguida por una hemorragia, de intensidad variable, que da origen a la formación de un coágulo -- que ocupa toda la cavidad oral. Una vez constituido, se pueden presentar dos alternativas: el coágulo se organiza y el proceso de reparación se continúa sin interrupción, o bien no se organiza y se desprende, con el consiguiente retardo del proceso de cicatrización sobreviniendo la complicación postoperatoria conocida con el -- nombre de "Alveolitis".

En el primer caso, la abertura alveolar se reduce porque las crestas óseas y los bordes de la encía, ensanchados a consecuencia de las maniobras operatorias, recuperan gradualmente su posición primitiva, en lo que se suma la invaginación que sufre la encía en el alvéolo vacío.

La existencia del coágulo sanguíneo no impide la penetración microbiana de modo que la cicatrización es siempre séptica, si bien por su presencia se evita la exposición directa de las paredes alveolares en el medio bucal. A las 24 horas de efectuada la extracción se produce una neoformación epitelial que tiende a cerrar la abertura del alvéolo.

Las células de la capa generatriz y del cuerpo mucoso de Malpighi, se dividen rápidamente, originando lengüetas que se insinúan entre las mallas del coágulo. Al principio aisladas, estas lengüetas no tardan en unirse constituyendo un revestimiento epitelial continuo.

La superficie persiste irregular, ofreciendo una

depresión que corresponde a la cavidad del alvéolo, circunscrita por dos saliencias originadas por las crestas alveolares recubiertas por la encía; sólo mas tarde se regularizará cuando se establezcan los procesos de reabsorción y neoformación ósea.

Pero en este momento la cavidad alveolar está solamente cerrada por la capa epitelial y ocupada por el coágulo, cuya presencia excita la proliferación del tejido vascular-conjuntivo de las paredes alveolares y sirve posteriormente de andamiaje para la reparación ósea, proceso que no cumple hasta los 30 ó 40 días de efectuada la extracción.

La organización del coágulo tiene lugar por la neoformación capilar y fibrosa acompañada por una infiltración crónica (linfocitos, blasmoditos, polinucleares, etc...), elementos cuyo conjunto constituye el tejido de granulación cicatricial, que va a substituir progresivamente el coágulo de la periferia al centro.

Posteriormente se efectúa la transformación del

tejido de granulación en tejido óseo: El estrato más -- profundo del tejido de granulación al contacto con las paredes del alvéolo, origina la primera laminilla ósea por activación de los osteoblastos provenientes de la transformación de los fibroblastos.

Primero se deposita substancia orgánica, despro-- vista de sales de Calcio (osteoides) que por impregna--- ción cálcica ulterior se convierte en hueso; las lamini-- llas restantes se calcifican por idéntico mecanismo.

OSTEITIS ALVEOLAR.

DEFINICION Y CLASIFICACION

En caso de alveolitis, el coágulo se desprende y el hueso queda por completo descubierto. La superficie interna del alvéolo desprovista de tejido cicatricial, toma el aspecto del hueso neocrótico: el muco-periostio, que normalmente tiene tendencia a proliferar obliterando el orificio causado por la extracción del diente, ofrece un borde ligeramente inflamado, irregular, y separado del hueso.

Los diferentes autores al designar esta secuela dolorosa la han llamado de diversas formas: "osteítis localizada", alveolitis seca dolorosa", "alveolalgia", osteomielitis localizada", ó como anteriormente la cita Charama, "alvéolo seco" o Alveolitis", nosotros, además la designamos como: "osteítis alveolar Post-operatoria".

Más aún, teniendo en cuenta la manera como reac-

ciona el hueso a la irritación, se considera el área descubierta como una "pequeña osteomielitis". La regeneración ósea ha sido siempre un problema y el origen del -- calcio que se deposita en la matriz orgánica con objeto de formar hueso vivo, es aún desconocido.

Cabanne, considera que este proceso se presenta -- de maneras diversas y las clasifica así:

A) Las que forman parte del cortejo de inflamacio-- nes óseas más extendidas: osteítis, periostitis óseas, -- flemones perimaxilares, etc..., es cuando la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria, se-- ria a veces, porque su extensión llega a desbordar los -- límites de la odontología, sin embargo, es necesario ha-- cer notar que existen dentro del conjunto de estas lesio-- nes, la posibilidad de los dos casos siguientes de alveo-- litis:

B) Alveolitis Húmeda.-- Es excepcional, casi siem-- pre hay supuración y la cavidad se presenta llena de pus, de tejido en putrefacción, saliva y otros residuos (de--

tritus).

La capa necrótica del hueso no se elimina en masa, sino en partículas pequeñísimas (eliminación molecular). En algunos casos esta capa es muy superficial, - los elementos fagocíticos y osteoclásticos cuenta en ella y pronto se inicia la cicatrización desde diferentes puntos por brotes de tejido de granulación y epitelización de la superficie. (Berger).

c) Alveolitis Seca ó Séptica. - El alvéolo se encuentra abierto ó sin coágulo, paredes óseas expuestas - dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también sobre todo en los bordes.

Esta clase es típica, generalmente después de una extracción laboriosa, sin lesión previa alveolar, y con más razón si la hubo, se nos presenta una lesión en que por falta inmediata ó desaparición prematura del coágulo, el alvéolo queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingiva

les separados. Las paredes óseas tienen un color grisáceo, parecen piedra pómez, no se ven los puntos rojos del tejido areolar, las areolas parecen deshabitadas. Sin embargo, no se forma sequestro y pasan 8, 15, 20 días ó más, antes que el proceso cicatrizal se revele y durante ese tiempo el síntoma dolor acompaña la lesión con una tenacidad continua.

CONCEPTO

Para la formación del hueso nuevo se necesitan dos factores principalmente: suministro adecuado de sangre así como de calcio. A esto se puede agregar la -- presencia de fibroblastos, la que no es indispensable.

Cada traumatismo en el hueso es seguido de una -- reacción hiperémica local y la rarefacción ósea resultante de cada enfermedad, así como la descalcificación van acompañadas de un aumento más ó menos prolongado y abundante de la circulación arterial y capilar.

Los cambios son causados por una substancia presente en cada célula, la histamina, cuya presencia produce una inmediata dilatación de las arterias vecinas, Dale escribe: "Después de la herida se sucede la liberación de la histamina de las células afectadas, directamente la dilatación de los diminutos vasos, con los cuales se pone en contacto".

En lo que se refiere al hueso, hay hechos de los cuales no se puede evadir y que no tienen excepción.

1) Mantener la circulación dentro de ciertos límites y el hueso permanecerá igual, sin cambios.

2) Prodúzcase hiperemia y el hueso sufrirá rarefacción, descalcificación y osteoporosis.

3) Redúzcase el suministro de sangre y el hueso aumentará su consistencia, se consolidará, sufrirá osteoclerosis.

4) Suprímase el suministro de sangre y se tendrá

necrosis ósea.

Christopher, en su trabajo titulado "Bone Healing in Relation to Extractions", obtuvo por primera vez, usando un método especialmente planeado, muestras humanas para estudiar la curación de alvéolos después de las avulsiones dentarias. Entre otras cosas interesantes que describe, dice lo siguiente: "En todos los casos de curación sin complicaciones, un coágulo de sangre protegía al hueso; en todos los casos de curación demorada el coágulo estaba ausente".

En lo que se refiere a la dieta alimenticia, hecho que ha sido estudiado con frecuencia, hasta la fecha nada ha sido probado y se puede llegar a la conclusión relativa de que no existe relación entre la dieta y la regeneración ósea.

En el trabajo de Gluyckman y Wod, dicen que: -- "La inflamación no es un requisito esencial para la destrucción ósea del reborde alveolar. La destrucción

del hueso alveolar puede ocurrir en ausencia de cualquier desarrollo inflamatorio.

Aunque la resorción ósea ocurre en terreno adyacente al ligamento periodontal asociada con la extensión de la inflamación gingival, la formación ósea puede ser hallada bajo las mismas circunstancias".

Por consiguiente para hacer profilaxis de las alveolitis de los maxilares, es necesario, ante todo, que el organismo donde se opere esté en estado fisiológico normal ó muy cerca de este nivel, aunque esto no es siempre posible, pero cuando menos tener en cuenta el terreno para prevenir lesiones tan rebeldes al tratamiento como la osteomielitis.

Otro de los factores que deberá tenerse presente es que en todo proceso infeccioso agudo deberá excluirse toda intervención, tanto como anestesia local como regional, pues ello precipitaría los estados superagu-

dos, trayendo como consecuencia, entre otros padecimientos, complicaciones tan serias como la osteomielitis de los maxilares.

Es necesario hacer hincapié que salvo el caso -- donde el proceso infeccioso amerite la urgente intervención, ésta se practicará bajo anestesia generalizada, claro está, escogiendo la más indicada al sujeto -- a operar.

Como es natural comprender, es bastante complejo el problema de evitar en su totalidad estados morbosos del tejido óseo, pero podría prevenir en un tanto -- por ciento de consideración, si se tiene en cuenta, -- por ejemplo, en una avulsión dentaria, podría decirse normal, el coágulo de sangre, pues según se dejó apuntado, éste tiene una doble función: la de protección del alvéolo descubierto momentáneamente, para evitar la irritación de cuerpo extraño como los alimentos que a su vez fermentan produciendo estados de menor resistencia "in situ" y que predisponen a la producción de gérmenes patógenos; al estar descubierto el alvéolo, --

las terminaciones nerviosas se ponen en contacto con el medio exterior de la cavidad bucal que son excitados por diferentes estímulos: mecánicos, físicos, químicos y biológicos.

Es de verdadera importancia proteger el coágulo sanguíneo, por la función de cicatrización de la herida (tanto en la fibromucosa gingival como el tejido óseo maxilar), para evitar hasta donde sea posible las infecciones.

ETIOLOGIA.

Las causas que determinan las alveolitis no están bien aclaradas (Alcayaga), pues se ignora si la desintegración del coágulo se debe a un trastorno hemático ó a un factor extraño. Entre estos últimos se menciona: la infección, la acción tóxica de los anestésicos usados en forma local, también ha sido incriminada en el desarrollo de la alveolitis (retardo en el coágulo por la vasoconstricción) ó por medicamentos.

El alvéolo seco puede ser formado por manipulación excesiva ó por el traumatismo durante la extracción, ó puede deberse a una pared alveolar.

Son los factores bacterianos una de las causas importantes en la formación del alvéolo seco (Schriff y Bartels) dicen que los principales invasores son de tipo anaerobio especialmente basilos fusiiformes y espiroquetas. Esta bacteria, por efecto de sus toxinas y por una acción sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la productora del dolor.

LOCALIZACION

Las alveolitis se presentan más frecuentemente en la mandíbula a causa de la densidad del hueso, pues la naturaleza diploide del maxilar superior favorece al desagüe y el restablecimiento pronto y probablemente no se presentan más que en el 1%. Ahora bien, en la mandíbula, la localización predilecta de las alveolitis, es el segmento entre el canino y la rama montante, lo que da a este hueso especial interés anatómica, fi-

siológica y estéticamente, ya que resulta seriamente-- perjudicado si se presentan complicaciones, como son -- las osteomielitis de los maxilares.

La osteomielitis fulminante.-- Se puede presentar después de una extracción dental y ha de ser diferen-- ciada de la osteitis alveolar localizada.

En la osteomielitis difusa.-- Se aflojan los dientes contiguos y se vuelven dolorosos a la palpación.

En cuanto a la edad, tiene mayor predilección a-- presentarse en los adultos que en los niños, por la mayor irrigación que en los niños existe, a diferencia -- de las osteomielitis, que son más frecuentes en los niños que en los adultos y en el sexo femenino que en -- el masculino.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Según dice Ries Centeno, la primera preocupación del profesional debe ser la de cuidar el dolor. Los medicamentos generales antiálgicos son de pobre valor terapéutico. El éxito está en la medicación local. Esta se concreta a los siguientes pasos:

A) Exámen Radiográfico.- Para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños, raíces ó secuestros. En ausencia de cuerpos extraños, procedemos a tratar la alveolitis.

B) Lavado de la Cavidad.- Con un chorro de suero fisiológico caliente; esta maniobra debe realizarse con abundante cantidad de suero; es necesario lavar el alvéolo con la cantidad de suero de un vaso de agua normal. Este lavado tiene por objeto retirar la mayor cantidad es esquirilas posibles, restos de coágulo, fungosidades y detritus, debe ser realizado con el mayor cuidado posible, pues el alvéolo está sumamente --

sensible y la columna de agua proyectado con fuerza -- suele ser insoportable.

C) Lavado con una solución caliente de ácido fé-nico al 1%, también con el contenido aproximado de un-vaso de agua.

D) Suave secamiento de la cavidad.-- Con agua es-terilizada, se colocan rollos de algodón y eyector de-saliva para aislar el campo operatorio (ésta maniobra-es imprescindible, la saliva, además de diluir los me-dicamentos infecta al alvéolo).

E) Se introduce en la cavidad alveolar una gasa-con el medicamento requerido de 3 a 5 min.

F) Se seca la cavidad alveolar con gasa y se co-locar otra con cemento quirúrgico, polvo y líquido ó -- líquido solo y se renueva a las 12 hrs.

En las cavidades bialveolares se ubicará una me-cha de gasa en cada alvéolo. El cemento quirúrgico pue-de dejarse varios días. En curas sucesivas se va espa-ciando el tiempo entre cada curación, hasta que el al-

véolo empieza a granular y sangrar.

Para tratar un alvéolo séptico correctamente, debe comprenderse la fisiología de la reparación ósea. Si la pérdida del coágulo sanguíneo primario se debe a un estado esclerótico de las paredes alveolares y a la ausencia de los canales nutritivos, entonces debe considerarse como cualquier otra superficie desnuda de hueso y debemos confiar en la naturaleza para reparar el hueso y para lograr una reparación completa y no emplear cualquier otro método que obstaculizaría más el proceso de la cicatrización.

La prevención es el mejor tratamiento. Son importantes para obtener esto, la cirugía atraumática, como ya se dijo anteriormente y mantener un buen nivel de salud general.

En casos de alvéolo seco, el tratamiento debe ser paliativo, el alvéolo se irriga suavemente con solución salina tibia para quitar todos los detritus. Después se seca el alvéolo cuidadosamente con torundas de algodón, se tapona suavemente con una gasa de 5 milímetros

saturada con una solución amortiguadora compuesta de - partes iguales de polvo de yoduro de timol y cristales de benzocaina disueltos en eugenol.

Existen diversas opiniones sobre el tratamiento, nosotros solo daremos un compuesto que nos ha dado resultados muy satisfactorios usándose en el Hospital de la Raza del I.M.S.S., consta de un líquido y un polvo con la fórmula siguiente:

- | | |
|-------------|-------------------------------|
| a) Líquido: | Guayacol |
| b) Polvo : | Neftaleno cristalizado 90 gr. |
| | Alcanfor 25 gr. |
| | Sulfatiazol quirúrgico 64 gr. |
| | Subgalato de bismuto 24 gr. |
| | Oxido de Zinc 190 gr. |

Después de colocarse en el alvéolo previa asepsia y lavado con suero fisiológico, da al paciente un alivio a las molestias dolorosas en un tiempo aproximado no mayor de 30 minutos después de su aplicación local. Al momento de usarse se combina el polvo con el líqui-

do hasta formar un compuesto de consistencia pastosa.- Con gasa estéril se confeccionan pequeñas torundas que al impregnarse completamente de dicha pasta se colocan una a una en la cavidad alveolar hasta llenarla completamente de cierta presión. Se retira la primera curación en un lapso no mayor de 72 hrs., colocándose otra del mismo tiempo hasta aproximadamente otras 72 horas-después y así sucesivamente, hasta que el alvéolo se presente con principios de epitelización y sangrante-- para el momento tal, el dolor ha desaparecido cambiándose entonces las gasas con dicho compuesto por otras- que contienen vida septal que retrasa en menor grado - la cicatrización.

Para coadyuvar el tratamiento antes citado, se - usa la aplicación de antibióticos y enzimas proteolíti- cas orales.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La "Osteítis Alveolar" es un problema de interés primordial para el Odontólogo y el estudiante de dicha rama de la Medicina, porque es una consecuencia de una actividad para ellos de tipo cotidiano.

El Alvéolo Seco se nos presenta después de una extracción: el alvéolo se encuentra abierto, sin coágulo, las paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también, sobre todo en los bordes.

Con frecuencia, cuando se llevan a cabo procedimientos impropios en Operatoria y en ocasiones a pesar de eso, no se forma un buen coágulo de sangre o habiéndose formado, se desprende dejando al alvéolo y las paredes óseas sin protección.

En todo padecimiento del tipo antes citado, el coágulo ha fallado en sus dos funciones primordiales:

a).- Proteger a la pared alveolar de la irritación, infección y estímulo doloroso.

b).- Proveer una matriz para la reparación ósea.

Aunque la osteítis localizada pertenece al tipo de las inflamaciones simples de los maxilares, es un padecimiento que tanto por su frecuencia como por su secuela dolorosa causa grandes estragos en la actividad cotidiana tanto del paciente como del Odontólogo.

De las secuelas que puede seguir la presencia del alvéolo seco, la de mayor interés y consecuencia es la Ostiomielitis de los Maxilares.

La Osteítis se presenta rara vez cuando hay un mínimo de trauma, se presenta en extracciones sencillas ó difíciles.- Puede deberse a una pared alveolar osteoclerótica engrosada alrededor de la raíz crónicamente infectada, que carece de suficientes forámenes nutritivos, a cantidad excesiva de anestésico con vaso constrictor que retrase la formación del coágulo, a la presencia de tejido cortical denso relativamente avascular.

Los factores sintomáticos alterados también se les considera inmiscuidos en este problema: algunos -- autores afirman que es la presión negativa producida -- al salivar, otros dicen que el dolor lo causan los --- detritus y secuestros óseos persistentes.

La mayor frecuencia de las Alveolitis se presentan en el Maxilar inferior, sobre todo en casos de exodoncia de los terceros molares de este hueso.

El tratamiento se reduce unicamente a la aplicación de paliativos tópicos.

La aplicación de antibióticos y quimioterapicos, en forma local, trae más maleficios que beneficios por la resistencia que ocasionan a ciertos tipos de sepsis bacterianas.

Se han presentado diversas fórmulas con positivos éxitos.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

1.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

Dr. Gustavo Kuger.

2.- HISTOLOGIA.

Arthur W. Ham.

3.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Edward V. Zegarelli --- Austin H. Kutscher ----

George A. Hyman.

4.- ANATOMIA TOPOGRAFICA.

L. Testut ---- O. Jacob. por Dr. Fernando Quiroz.

5.- ANATOMIA DENTAL

Moisés Diamond.

6.- CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA.

Dr. Ries Centeno Guillermo.

7.- PATOLOGIA. ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATOLOGICA BUCO-
DENTAL.

O.C. Alcayaga ----- R.A. Olazabal.

8.- PARODONCIA

Glickman

9.- PRINCIPIOS DE PATOLOGIA

Ruy Perez Tamayo.