

101
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ALVEOLITIS

T E S I N A

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

ALEJANDRO GARCIA ALONSO ALONSO
RENE HECTOR HERNANDEZ AMADOR



MEXICO, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

A EL C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA
con sincero agradecimiento, con grati--
tud por haber colaborado con sus conoci-
mientos y experiencia en este trabajo.

AL HONORABLE JURADO.

I N D I C E

INTRODUCCION

GENERALIDADES DE LA EXODOCIA

PRINCIPIOS A SEGUIR EN LA EXTRACCION

DESBRIDACION

ANESTESIA

HISTORIA CLINICA

INDICACIONES DE LA EXTRACCION

CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA EXTRACCION

EXTRACCION CON ELEVADORES

EXTRACCION CON FORCEPS

ORGANIZACION DEL COAGULO

REPARACION OSEA

ALVEOLITIS

DEFINICION

TERMINOLOGIA

ETIOLOGIA

SINTOMATOLOGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

EXAMEN BACTERIOLOGICO

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

MEDICAMENTOS QUIRURGICOS

TRATAMIENTO

FACTORES DE RIESGO

TRATAMIENTO DEL C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

APOSITO QUIRURGICO

CASOS CLINICOS PRESENTADOS EN LA CLINICA DE EXODONCIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFICA

DATOS QUE SE ENCUENTRAN ENTRE LINEAS, SON DATOS OBTENIDOS
DE ARTICULOS.

I N T R O D U C C I O N

Las extracciones dentales en la práctica odontológica -- son de vital importancia y puede presentarse complicaciones -- postoperatorias e incluyendo la alveolitis o alveolo seco, -- siendo el dolor el síntoma cardinal y el motivo por el cual -- los pacientes tienen que acudir a una nueva revisión dental. -- Es por esto que el cirujano dentista debe conocer a fondo en el diagnóstico clínico de esta entidad para poder dar un tratamiento adecuado y así mismo conocer los factores predisponentes e incluir las técnicas profilácticas pertinentes según -- sea el caso.

La finalidad de este trabajo es con el fin de dar a conocer y apoyar al cirujano dentista el manejo adecuado con este tipo de pacientes.

GENERALIDADES DE LA EXODONCIA

La Exodoncia es parte de la cirugía bucal, rama de la -
Odontología en la que realiza la extracción de dientes afec-
tados por diferentes causas.

PRINCIPIOS A SEGUIR EN LA EXTRACCION

- 1.- No debe existir ninguna molestia, ni durante, ni después de la extracción.
- 2.- Traumatizar lo menos posible tanto tejidos blancos como tejidos duros.
- 3.- Efectuar la extracción completa del diente.

En la extracción propiamente dicho, es la separación -
del diente de sus alveolos siguiendo una técnica adecuada --
por medio de forceps o por medio de elevadores.

DESBRIDACION

Es el procedimiento que tiene como finalidad la separación del tejido gingival de todo el contorno del diente a extraer, según la técnica de Kollinker. De esta manera podemos colocar el forceps por debajo del cuello del diente, y así efectuar un trabajo más adecuado.

ANESTESIA

Existen diferentes técnicas de bloqueo, que son supra--periostica, regional, dentaria anterior, palatina, etc., también debemos tomar en cuenta el tipo de anestésico que ocupemos, esto es en base a las necesidades del paciente para así favorecer a la salud y buen estado del mismo.

Guía para la historia médica y dental

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Dirección _____
Teléfono _____ Altura _____ Peso _____
Fecha _____ Ocupación _____ Estado civil _____
Clave _____

Indicaciones

Si su respuesta a la pregunta es AFIRMATIVA, ponga un círculo alrededor de la palabra "SI".

Si su respuesta a la pregunta es NEGATIVA, ponga un círculo alrededor de la palabra "NO".

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se le indique.

Las respuestas a estas preguntas son para nuestros archivos únicamente y se consideran como confidenciales.

1. ¿Su salud es buena? SI NO
a. ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el año pasado? SI NO
2. Mi último examen físico fue _____
Mi último examen dental fue _____
3. ¿Se encuentra Ud. bajo el cuidado de un médico? SI NO
a. Si contestó afirmativamente, ¿cuál es el padecimiento que se le está tratando? _____
4. El apellido y la dirección de mi médico son _____

5. ¿Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave o se ha sometido a una intervención quirúrgica de importancia?..... SI NO
a. Si contestó afirmativamente, ¿qué padecimiento u operación fue? _____
6. ¿Ha sido internado en un hospital o tuvo alguna enfermedad grave en los últimos cinco años?..... SI NO
a. Si contestó afirmativamente, ¿cuál fue el padecimiento? _____

7. ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes trastornos o enfermedades?
- a. Fiebre reumática cardiaca reumática..... SI NO
- b. Lesiones cardiacas congénitas..... SI NO
- c. Enfermedad cardiovascular (molestias cardiacas, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión alta, arteriosclerosis, embolia)..... SI NO
- 1) ¿Siente dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo? SI NO
- 2) ¿Le falta el aire después de un ejercicio leve?..... SI NO
- 3) ¿Se le hinchan los tobillos?..... SI NO
- 4) ¿Siente que no puede respirar bien cuando se acuesta o necesita almohadas adicionales para dormir?..... SI NO
- d. Alergias SI NO
- e. Asma o fiebre del heno..... SI NO
- f. Urticaria o erupciones cutáneas..... SI NO
- g. Desmayos o convulsiones..... SI NO
- h. Diabetes..... SI NO
- 1) ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces diarias?.. SI NO
- 2) ¿Tiene sed la mayor parte del tiempo?..... SI NO
- 3) ¿Se le seca la boca frecuentemente?..... SI NO
- i. Hipatitis, ictericia o enfermedad del hígado SI NO
- j. Artritis..... SI NO
- k. Reumatismo articular agudo (articulaciones hinchadas y dolorosas)..... SI NO
- l. Úlcera gástrica..... SI NO
- m. Enfermedades del riñón..... SI NO
- n. Tuberculosis..... SI NO
- o. ¿Tiene Ud. tos persistente o expectora sangre al toser?... SI NO
- p. Presión baja..... SI NO
- q. Enfermedades venéreas..... SI NO
- r. Otras _____
8. ¿Tuvo hemorragias excesivas o anormales después de extracciones, cirugía o traumatismos?..... SI NO
- a. ¿Se le hacen cardenales fácilmente?..... SI NO
- b. ¿Alguna vez ha necesitado una transfusión de sangre?..... SI NO
- Si contestó afirmativamente, explique las circunstancias _____

9. ¿Padece Ud. algún trastorno de la sangre como anemia?..... SI NO
10. ¿Ha sido operado o sometido a tratamiento con rayos X para tumor, excrecencias o cualquier otra afección de la boca o labios?.....SI NO
11. ¿Está Ud. tomando alguna droga o medicina?..... SI NO
Si contestó afirmativamente, anote lo que esté tomando _____
-
12. ¿Está Ud. tomando actualmente alguno de los siguientes productos?:
- a. Antibióticos o sulfas..... SI NO
- b. Anticoagulantes (adelgazadores de la sangre)..... SI NO
- c. Medicamentos para presión alta..... SI NO
- d. Cortisona o esteroides..... SI NO
- e. Tranquilizantes..... SI NO
- f. Aspirina..... SI NO
- g. Insulina, tolbutamida (Orinase, The Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan) o productos parecidos..... SI NO
- h. Digital o medicamentos para enfermedades del corazón... SI NO
- i. Nitroglicerina..... SI NO
- j. Otros _____
-
13. ¿Es Ud. alérgico o ha reaccionado desfavorablemente a los fármacos siguientes?
- a. Anestésicos locales..... SI NO
- b. Penicilina o algún otro antibiótico..... SI NO
- c. Sulfas..... SI NO
- d. Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir..... SI NO
- e. Aspirina..... SI NO
- f. Yodo..... SI NO
- g. Otros _____
-
14. ¿Ha padecido Ud. algún trastorno relacionado con un tratamiento dental anterior?..... SI NO
- a. ¿Le duele a Ud. algún diente?..... SI NO
- b. ¿Se le acumulan alimentos entre los dientes?..... SI NO
- c. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?.. SI NO
- d. ¿Le rechinan los dientes durante la noche?..... SI NO
- e. ¿Tiene Ud. dolor en los oídos o cerca de ellos?..... SI NO
- f. ¿Le han hecho alguna vez tratamiento periodontal (para la piorrea)?..... SI NO

- g. ¿Le han proporcionado alguna vez instrucciones para el cuidado adecuado de sus dientes en casa?..... SI NO
- n. ¿Tiene Ud. alguna llaga o tumor en la boca?..... SI NO
- i. ¿Desea Ud. conservar sus dientes?..... SI NO
15. ¿Padece Ud. alguna enfermedad o trastorno no mencionado antes y que cree sea importante dar a conocer?..... SI NO
- Si contestó afirmativamente, favor de explicar _____
-

Mujeres

16. ¿Está Ud. embarazada?..... SI NO
17. ¿Tiene Ud. problemas con su ciclo (regla) menstrual?..... SI NO
- Observaciones:

INDICACIONES DE LA EXTRACCION

- 1.- Por caries dental no tratables.
- 2.- Enfermedad periodontal como parodontopatías, movilidad de 3er. y 4to. grado, en cualquiera de los dientes de la cavidad oral.
- 3.- Dientes temporales que permanecen en su lugar y no presentan erupción del permanente.
- 4.- Maloclusiones.
- 5.- Por razones estéticas.
- 6.- Por razones prostodónticas.
- 7.- Dientes retenidos y supernumerarios.
- 8.- Fracturas.
- 9.- Yatrogenias.

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION

- 1.- Enfermedades generales no controladas:
 - a).- Diabetes Melitus
 - b).- Cardiopatías (angina de pecho, arritmias, pericarditis).
 - c).- Hipertensión.
 - d).- Enfermedades respiratorias (bronquitis aguda o crónica, emfisema, atelectasia, etc.).
 - e).- Hematológicas (hemofilia, anemias, trombocitopenias, - leucemia, etc.)

2.- Enfermedades locales:

- a).- Enfermedad aguda del diente.
- b).- Estomatitis.
- c).- Abscesos agudos.

PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA EXTRACCION DENTAL

Es de suma importancia que para cuando se efectuen extracciones contar con un mínimo de higiene en la zona a intervenir, así como indicar al paciente después de una intervención, el tipo de instrucción precisa sobre alimentos, medicamentos y malos hábitos para así evitar en lo posible infecciones posteriores.

EXTRACCION DENTAL CON FORCEPS

Esta técnica está indicada cuando los dientes tienen corona completa o semidestruida, es decir, en casos en que sea posible su aplicación.

Los tiempos de la extracción dentaria son:

1.- Aprehensión. 2.- Luxación. 3.- Tracción.

Aprehensión es la aplicación del fórceps al diente por debajo del cuello, después se luxa el diente con este segundo tiempo rompiendo las fibras del periodonto y dilatando el alveolo.

Los movimientos a realizar son: a) lateralidad del diente, dirigiéndose de adentro a fuera. b) rotación del diente de derecha a izquierda en sentido del eje mayor del diente, este es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad; la rotación solo puede ser aplicada en dientes monorradiculares como lo son los centrales laterales caninos, segundo premolar superior y premolares inferiores.

El tercer movimiento de la extracción es por medio del cual se extrae el diente del alveolo; la tracción se realiza cuando los movimientos anteriores han dilatado el alveolo y roto los ligamentos.

EXTRACCION CON ELEVADORES

La extracción con elevadores está indicada para los restos radicales que se encuentran bajo el nivel del alveolo, que ya no pueden ser prendidas con fórceps en dientes con corona no firme para reforzar el aflojamiento de la raíz en dientes mal implantados que no son accesibles al fórceps.

Los tiempos de la extracción con elevador son:

1.- Aplicación. 2.- Luxación. 3.- Elevación.

La forma de tomar el elevador es dígito palmar.

En la aplicación el elevador debe ser colocado en posición buscando un punto de apoyo, durante la luxación el elevador penetran la parte a lo largo de la raíz y se hacen movimientos giratorios al activa (concava) instrumento, así se obliga a la raíz a ceder hacia el lado contrario en el interior del alveolo, lo que debilita el ligamento periodontal, al mismo tiempo que se dilata el alveolo. Durante la elevación el diente abandona su alveolo para finalmente retirarlo de la cavidad bucal asegurados de no dejar ningún resto.

Después de realizar una extracción se debe ver si el diente está completo, revisar el alveolo y corroborar que no existan espículas óseas o dentelladuras sobresalientes en la cresta del proceso alveolar. Durante la extracción se dilata el alveolo, por lo que se debe presionar el hueso alveolar, no se debe permitir al paciente enjuagarse la boca inmediatamente después de realizada la extracción y colocar una gasa o en su defecto una torunda de algodón que muerda el paciente durante -- algunos minutos para que así se forme y proteja el cuagulo.

ORGANIZACION DEL COAGULO

Y

REPARACION OSEA

ORGANIZACION DEL COAGULO

Inmediatamente después de una extracción sobreviene un san grado mas abundante en el alveolo y se forma un coágulo. En la periferia de este se observa: al cabo de un día, edema e infiltración neutrófila, y, en 2 a 4 días, comienzo de la actividad: fibroblastos y brotes endoteliales penetran en él desde los - espacios medulares circundantes. Este proceso se denomina organización de un coágulo.

Con la inflamación aguda y la organización del coágulo simultáneamente se lleva a cabo la eliminación de los desechos. - Células muertas, tejido necrótico y hueso, son removidos por -- neutrófilos macrófagos y osteoclastos. Tan pronto como el coágulo se organiza (lo que sucede aproximadamente en una semana), - el epitelio crece sobre su superficie. En vez de ser cubierta - por fibrina, la herida queda ahora epitelizada. El componente - inflamatorio disminuye, y se incrementan las fibras colágenas - en el tejido de granulación.

La reacción fundamental en la coagulación de la sangre es la conversión del fibrinógeno, proteína soluble se plasma en -- fibrina insoluble.

Por otro lado, cabe mencionar que la destrucción del coágulo esta dada a partir del factor X activo de una antitrombina y la eliminación de factores de la coagulación de la circulación por el hígado.

El tromboxano A2 promueve la aglutinación plaquetaria y la coagulación, pero su acción es bloqueada por la formación de prostaciclina la cual inhibe la aglutinación. Además, -- existe un sistema fibrinolítico que limita la coagulación. - El componente activo de este sistema es la plasmina o fibrinolisisina que lisa la fibrina y el fibrinógeno con la producción de productos de la degradación del fibrinógeno.

REPARACION OSEA

La pérdida del coágulo sanguíneo primario da como resultado un estado esclerótico de las paredes alveolares, ausencia de vasos de nutrición; la superficie ósea denudada debe -- considerarse como cualquier otra superficie denudada y debemos siempre apoyarnos en los procesos naturales de reparación ósea.

Un alveolo séptico es una superficie ósea denudada, por lo que la naturaleza rechaza al hueso desnudo y responde de -- tal forma que se establece un proceso de reparación. Detrás -- de la superficie denudada y traumatizada se establece un mecanismo inmediato para corregir fisiológicamente. Durante este período, la región contigua que está por debajo del alveolo es defendida contra la invasión de microorganismos pióge-- nos que están dentro del alveolo séptico.

Por otra parte, cuando el coágulo se disuelve los fibroblastos provenientes del tejido de granulación se convierten -- en osteoblastos, estos también proliferan desde los bordes -- óseos restantes y producen una matriz ósea (osteóide). Posteriormente el osteóide es calcificado, y por último se presenta una remodelación de esta área.

Por la parte de atrás de la pared alveolar existe una capa defensiva y regenerativa del tejido conectivo juvenil que llena la cavidad y realiza un reemplazo óseo.

DEFINICION

La alveolitis es una complicación que se presenta después de una extracción caracterizada por dolor de diversa intensidad, con una desintegración del coágulo que se forma en el sitio de la extracción y se desarrolla una osteítis localizada con exposición del hueso alveolar, en donde existe un olor fétido característico.

TERMINOLOGIA

Esta lesión es una de las que más sinonimos tiene, entre las que cabe mencionar:

- 1) Alveolitis.
- 2) Osteítis alveolar aguda.
- 3) Infección pútrida del alveolo dentario.
- 4) Alveolo seco.
- 5) Alveolitis seca.
- 6) Osteítis localizada.
- 7) Alveolitis seca dolorosa.
- 8) Alveolálgia.
- 9) Osteítis post operatoria
- 10) Osteomielitis alveolar localizada aguada.
- 11) Dry socket.
- 12) Alveolo séptico.
- 13) Alveolo necrosado.
- 14) Síndrome post extracción.
- 15) Cavidad seca.
- (16) Alveolo doloroso.

ETIOLOGIA

La causa que origina la alveolitis aún es desconocida, pero existen varios factores que probablemente den origen a una alveolitis como son:

LOCALIZACION: Ocurre con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior, Arecher dice probablemente esto se relaciona con una existencia de irrigación sanguínea más abundante en la mandíbula.

Existe con mayor frecuencia en los alveolos de los molares y premolares del maxilar y por último en los anteriores mandibulares en donde es muy escaso encontrar esta patología.

TRAUMATISMOS: El trauma producido durante la extracción se considera un factor ya que puede producir un machacamiento de huesos durante la instrumentación calentamiento con fresas quirúrgicas, dejar espículas óseas, no lavar bien la cavidad ósea.

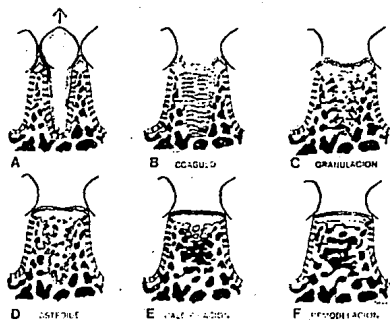
Mac Gregor reportó que las piezas fracturadas durante la extracción dan lugar a un alveolo seco, mientras otros autores reportan que la alveolitis se produce por una falla de técnica.

INFECCION: La infección del ápice del diente al tiempo de la extracción ha sido considerada una de las principales causas de alveolalgia.

EDAD: Investigadores reportan que existen un incremento en la incidencia del alveolo seco en pacientes con edades entre los 30 y 40 años de edad y con una disminución significativa en pacientes de más de 50 y menos de 30.

ANESTESIA: Es un factor ya que la acción del vasoconstrictor de los anestésicos inhibe la irrigación produciendo isquemia y provocando así una alveolitis.

ALVEOLITIS



Esquema en el que demuestra la cicatrización de un alveolo -
después de una extracción dental.

La incidencia de alveolitis con X y locaina es mayor con Citanest.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ALVEOLO: Partículas como esmalte, cálculo, amalgamas que retardan la reparación de los tejidos. Los fragmentos óseos suelen reabsorberse y exfoliarse y los fragmentos grandes se necrósan y pueden convertirse en focos de infección.

ENJUAGUES BUCALES: El exceso de enjuagues bucales que algunos pacientes hacen después de que se les efectuó la extracción es un factor presiponente de una alveolitis porque constantemente hay una destrucción del coágulo sanguíneo.

CURETAJE DESPUES DE LA EXTRACCION: En tiempos pasados el curetaje era un procedimiento rutinario que se realizaba después de una extracción, en la actualidad el curetaje del alveolo solo se utiliza para remover bridas que se desarrollan en el alveolo, no se deben realizar raspado con cucharillas porque púlen en hueso.

ENTRADA DE SALIVA EN EL ALVEOLO: Después de realizada una extracción las bacterias que se encuentran en la saliva, penetran en el alveolo y lo infectan.

Clafin dice que el uso de colodión es necesario porque si la saliva penetra en el alveolo, inhibe el crecimiento bacteriano, disminuyendo la virulencia de la bacteria.

ESTADO FISICO DE LOS PACIENTES: Es probable que se presente la alveolitis en pacientes que tienen enfermedades sistémicas_ en la que es fácil que se presente una infección o que presente_ dificultades en su proceso de curación.

Los pacientes con hueso denso, hueso osteoesclerótico ó con dientes que tienen paredes alveolares osteoescleróticas debido - a una infección.

Los pacientes con hueso denso, hueso osteoesclerótico ó con dientes que tienen paredes alveolares osteoescleróticas debido a una infección crónica están predispuestos a una alveolitis seca.

ALVEOLITIS FIBRINOLITICA

Birn supuso que el traumatismo y la infección producen inflamación de la médula ósea, produciendo liberación de activadores texturales que convierten al plasminógeno del coágulo en -- plasmina. Este agente fifrinolítico disuelve al coágulo sanguíneo y al mismo tiempo libera cininas a partir del cininógeno, - que se encuentra en el coágulo, ocasionando el intenso dolor.

Birn demostró la presencia de activadores texturales y - - plasmina en el hueso alveolar adyacente a las cavidades afectadas.

Aitken reporta que la causa del alveolo seco puede ser el efecto que causa la saliva que entra al alveolo y la mezcla de sangre anterior a la formación del coágulo, esta ocurrencia inicia un proceso hematológico complicado que resulta en la formación del plasmina la cual causa la fibrinólisis del coágulo sanguíneo.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología esta dada por la evolución de la alveolitis:

CLASIFICACION

- 1) Alveolitis sub-aguda
- 2) Alveolitis aguda
- 3) Alveolitis crónica

Alveolitis sub-aguda: Su diagnóstico no es fácil. El paciente la puede tolerar, y calmar el dolor con analgésicos o enjuagues comunes.

Alveolitis aguda: Presenta dolor persistente y pulsátil que da comienzo una vez que el efecto del anestésico ha pasado.

El dolor es de tipo constante , intenso y se expande -- por que irradia a las ramas sensitivas: este tipo de dolor no es fácil de controlar y en ocasiones no cesa ni con la administración de analgésicos.

Alveolitis crónica: El dolor es incontrolable de tipo -- neurálgico, puesto que el dolor se irradia y puede afectar la zona pre-auricular, durante el relajamiento muscular, el dolor es más pulsátil.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta complicación por lo general suele surgir entre el 3er. y 4o día post-operatorio, y si no se trata dura entre 7 y 14 -- días. Su principal característica es la presencia de dolor neu-rálgico intenso, debido a esto. Algunos autores le llaman alveo lálgia: al principio, el alveolo presenta un color gris sucio y posteriormente este se desintegra, dejando un alveolo áseo gris o verde grisáceo que carece de tejido de granulación. No hay su-puración, pero presenta un olor fetido característico, además - existe una desintegración del coágulo con presencia de hueso -- desnudo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estudios histológicos revelan que la pared alveolar está_ constituida por hueso necrótico (es decir, muestra lagunas va-cias). Se observa una considerable inflamación en la médula -- circundante.

La respuesta inflamatoria es consecuencia de la infiltra-ción celular.

EXAMEN BACTERIOLOGICO

Los cultivos de osteítis alveolar revelan la presencia de una gran cantidad de bacilos fusiformes y espiroquetas de Vin-cent.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

La radiografía se realiza para observar si no existen espículas óseas, cuerpos extraños o raíces fracturadas que provoquen el dolor, ya que no existen características radiográficas que puedan determinar una alveolitis. Así la radiografía solo es importante para determinar la causa y realizar un diagnóstico.

MEDICAMENTOS QUIRURGICOS

Existe gran variedad en medicamentos para el tratamiento de la alveolitis, solo se mencionarán algunos:

Pell receta para la alveolitis:

- Acido acetil salicilico.
- Balsamo del Perú (estimulante y anticéptico).
- Eugenol (anticéptico).
- Benzoato. de sodio (acción anti fermentiva).
- Lanolina (vehículo).

Formulas para el dolor de Durbeck:

1 LIQUIDA

- Guayacol 1 parte
- Aceite de oliva 4 partes

2 LIQUIDA

- Aceite mineral pasado 1 parte
- Eugenol 1 parte

3 LIQUIDA

- Aceite de Clavo 1 parte
- Aceite Wintergreen 1 parte
- Aceite de cassia 1 parte
- Clorubutanol 125 grm

4 PASTA

- Petrolatum	8 partes
- Lanolina	5 partes
- Benzocaína	1 parte
- Eugenol	3 partes

5 PASTA

- Ortoformo	4 partes
- Yoduro de Timol	6 partes
- Aceite mineral	5 partes
- Vaselina	5 partes

Remoriro usa el Alvogil-compuesto por:

- Triyodometano	20%
- Paraamidobenzoato de Butili	25%
- Eugenol	135
- Excipiente	42%

Formula de Cabanne

- Aspirina	1.50 grm.
- Antipirina	1 grm.
- Aristol	0.50 grm.
- Eugenol	25 grm.

Todos estos tratamientos utilizan durante dos o tres días, cuando la alveolitis es intensa y duradera. En ocasiones es suficiente y efecac el líquido.

FACTORES DE RIESGO

Anticonceptivos orales: Mujeres que toman anticonceptivos orales muestran mayor grado de fibrinólisis que otras mujeres_ y hombres, en estas mujeres hay una actividad fibrinolítica en casos como alveolitis.

Fumadores: La alveolitis se presenta con mayor frecuencia en fumadores que en no fumadores.

OSTEITIS ALVEOLAR DESPUES DE LA EXTRACCION QUIRURGICA DE UN TERCER MOLAR RETENIDO. IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO.

138 terceros molares fueron extraídos quirúrgicamente por estar retenidos. Un estudio prospectivo de factores de riesgo_ asociados al desarrollo de osteitis alveolar post-operatoria-- mente fueron efectuados. Dos cirujanos, uno con experiencia y el otro sin ella, fueron los que extrajeron los dientes. Los - pacientes fueron controlados por edad, sexo, uso de anticoncep- tivos orales, dificultad radiografica para la extracción, taba- quismo. Los pacientes tratados por un cirujano inexperto y que además tienen el hábito del tabaco tienen una significativa in cidencia de osteitis alveolar.

Previamente se identificaron factores de riesgo como au-- mento en la edad, sexo femenino, uso de anticonceptivos orales y aumento en el tiempo quirúrgico.

TRATAMIENTO DE OSTEITIS O ALVEOLITIS

por el Dr. Victor Manuel barrios Estrada

Se nos presenta el paciente con un problema, por el cual - se procede a limpiar perfectamente bien el alveolo sin anestesiar, limpiando con gasas y oliendo estas hasta que desaparezca el olor putrefacto y la gasa aparezca limpia. Se lava con suero fisiológico, se vuelve a secar con gasa perfectamente, y debe - empacarse limpio.

Se prepara un apósito quirurgico de worder pack. Se limpia perfectamente el alveolo y se coloca el aposito sobre el empacandolo bien, se deja hasta que el tejido de granulación se regenera y el mismo organismo lo elimine.

TRATAMIENTO

El tratamiento se encamina a el alivio del dolor. El tratamiento puede ser local o sistémico.

Existen varios tratamientos locales. Solo se mencionan algunos:

TRATAMIENTO RECOMENDADO POR EL DR. RIES CENTENO

- 1.- Examen radiográfico: Con el fin de observar el estado del hueso y los bordes óseos, cuerpos extraños, raíces y secuestros.
- 2.- Lavado de la cavidad con suero fisiológico caliente. Para retirar las posibles esquirlas, restos de coágulos, fungosidades y dentritus.
- 3.- Lavado con solución caliente de ácido fénico.
- 4.- Aislar el campo operatorio.
- 5.- Introducir en la cavidad alveolar una grasa con licor de Bonain, con procaína y dejarlo de tres a cinco min.
- 6.- Se seca la cavidad alveolar y se coloca una gasa con alveoline, con cemento quirúrgico, esta grasa se remueve a las doce horas.

TRATAMIENTO DE HOWE

Lavar el alveolo con solución salina y remover todo el coágulo sanguíneo degenerado. Eliminar cualquier saliente ósea y empacar dentro del alveolo un recubrimiento compuesto por óxido de zinc y eugenol con estrias de algodón.

TRATAMIENTO DE ARCHER

Irrigar el alveolo con solución salina, aislar y colocar - en el alveolo solución de yodo, eugenol y zinc (evitando así la entrada de saliva y comida. Se coloca una gasa para que el paciente la muerda por 30 min. Esta rutina se efectua por 2 o 3 días.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

APOSITO QUIRURGICO

El apósito actua como sedante, bactericida, hemostático y protector físico de la herida.

Se presenta en forma de polvo y líquido:

El polvo contiene óxido de zinc con ácido tánico y --- otras resinas, con fibras de absbesto o algodón que le dan - resistencia.

El líquido es eugenol con aceite de cacahuete o de almendras amargas.

El procedimiento de mezclado es: Se coloca sobre papel cubierto de cera una porción de polvo, formando un montículo con un cráter al centro. De 6 a 10 gotas de líquido se vierte sobre el cráter, con la espátula se mezcla lentamente hasta que la masa formada no acepte más polvo, por último se -- empaca en el alvéolo.

Debido a la gran variedad de tratamientos, hare mención del que es más práctico para mí:

Estudio radiográfico

2.- Irrigar con solución salina ó con solución diluida de -- peroxido de hidrogeno, con el fin de eliminar restos óseos, _

dentritus y algunos microorganismos.

3.- Lavar con algún antiseptico (yodoformo)

4.- Administrar anestésico, debido a que el paciente llega con bastante dolor.

5.- Limpiar el alveolo con gasas oliendolas, la primera gasa - saldra con aroma fetido, se continua limpiando hasta que nuestra última gasa salga sin aroma fetido y sangrante.

6.- Aislar perfectamente el álveolo.

7.- Colocar un apósito quirúrgico, con el fin de proteger a el álveolo de invasión de microorganismos, ademas que actua como sedante.

8.- Examinar a el paciente a las 24 hrs. si el dolor ha cesado no hace persistente el dolor, repetir todo el tratamiento.

NOTA: Nunca realizar curetajes, porque retarda la cicatriza-- ción y reparación fisiológica, además de permitir la invasión de infección hacia la zona de defensa que esta por debajo del hueso desnudo.

**CASOS CLINICOS PRESENTADOS EN LA
CLINICA DE EXODONCIA**

METRONIDAZOL TOPICO EN TRATAMIENTO DE LOS
ALVEOLOS SECOS

En una prueba clínica conocida como a doble ciego, es controlada por placebos para comprobar la eficacia del metronidazol tópico. El vehículo para el agente activo fue una pasta de carboximetilcelulosa, el placebo se usó como vehículo. Los dos se saborizaron con pimienta y se completó la prueba con 55 pacientes. 29 con el placebo y 26 con metronidazol.

El resultado demostró que el metronidazol promovió una curación más rápida que el placebo. El metronidazol tópico es fácil de usar, por lo que el paciente lo puede usar en casa.

EL ROL DE LA ULTRASONOGRAFIA DE BAJA FRECUENCIA
EN EL TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS

Se ha combinado esta terapéutica especial y el USG de baja frecuencia, reduciendo el número de visitas al dentista y acortar el tratamiento en su duración.

Se trataron 15 pacientes bajo este método, dando como resultado dos visitas menos.

CASO CLINICO I

Paciente masculino de 35 años. Casado, Empleado.

Sintomatología:

Dolor intenso, radiado, sin poder abrir la boca por lo cual no podía hablar.

Características clínicas:

Olor fétido, cavidad sin cicatrización, en su interior se observa la presencia de alimento así como un color verde oscuro, característico de una alvéolitis.

TRATAMIENTO:

Se lavo la cavidad con solución fisiológica a presión. Se limpio con gasa hasta producir un sangrado y hasta eliminar el mal olor. Se coloco un apósito quirurgico (wondrpak).

Se cito al paciente a los 8 días. Al término el paciente refirio no tener dolor y la cicatrización se presentaba en forma normal.

CASO CLINICO II

Paciente masculino de 29 años.

Remitido después de dos cirugías, un canino y un segundo premolar superior izquierdo. Se utilizó la técnica palatina - anterior y la infraorbitaria, con carbocaina como anestésico.

TRATAMIENTO:

Se realizó una incisión para levantar un colgajo palatino, se efectuó la osteotomía y la ostectomía. Una vez localizado el segundo premolar, se hizo un punto de apoyo entre el hueso y el diente para luxarlo y eliminarlo con un elevador - de bandera, al ser eliminado se cureteo la zona. Posteriormente se localizo el canino y al igual que el anterior se realizó la osteotomía y la ostectomía para liberarlo, observandose que la corona del canino estaba a un lado de la raíz del lateral la cual ya había producido una resorción en la parte distal. Se tuvo que retirar el lateral para poder eliminar el -- canino buscando un punto de apoyo, se luxó y se extrajo con el forceps #69 se cureteo la zona, se lavo con suero fisiológico. Terminando con una sutura de puntos aislados.

CONCLUSIONES

La alveolitis es una de las complicaciones mas frecuentes que se presentan después de una extracción, es muy traumática para el paciente ya que el dolor que se presenta es poco tolerable.

Es relacionado frecuentemente con traumatismos quirúrgicos, anestésicos, cuerpos extraños, mala higiene, etc. y se presenta comunmente en mujeres que usan hormonales orales, fumadores, entre otros: es por esto, que el cirujano dentista debe tener presente esta entidad para poder efectuar una profilaxis adecuada así como un diagnóstico y tratamiento oportuno, no olvidando que gracias a la odontología moderna y los adelantos terapéuticos de las técnicas y materiales dentales aquí expuestos se puede detener con buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archer W. Harry: Oral y maxillofacial Surgery. Volumen II. 8a. Edición. Edt. w.B. Saunders Compay.
- 2.- Geoffrey L. Howe: La extracción Dental. edt. El manual -- moderno.
- 3.- John L. Giunta, B.S.: Patología Bucal. 3a. edición. Edit. Interamericana. Mc. Graw-hill.
- 4.- Karl Schuchardt: Tratado general de Odonto-Estomatología. Tomo III Volumen I. Edit. Alhambra.
- 5.- Kruger O. Gustav: Cirugía Buco-Maxilofacial. Quinta edición. Edit. Panamericana.
- 6.- Gorlin J. Robert y Golman M. Henry: Patología Oral Thoma. Salvat Editores.
- 7.- Laskin. M. Daniel: Cirugía Bucal y maxilofacial. Edit. -- Médica Panamericana.
- 8.- Ries Centeno: Tercer Molar Retenido. Edit. El Ateneo.
- 9.- Ries Centeno Guillermo A.: Cirugía Bucal y Clínica Patológica. Edit. El Ateneo.
- 10.- Samsonov: The role of low-trenquecy ultrasoun in the - combined treatment of alveolitis.
- 11.- Larsen PE: Osteitis alveolar después de la extracción - quirúrgica de tercer molar impactado. Identificación de factores de riesgo Oral-Surg.
- 12.- Mitchel Laura: Metronidazol tópicó en el tratamiento de los alveolos secos. Br. Dental J.