



RESUMEN.

Alveolitis, es la infección del alvéolo dentario después de una extracción, es frecuente, dolorosa y muy molesta; para su aparición intervienen varios factores coadyuvantes o directos, los que hacen que se produzca la infección.

Se presenta en la región donde se realizó la extracción, casi siempre irradiado a zonas vecinas acompañándose muchas veces inflamación de la región.

Esta complicación no suele ser consecuencia directa de la extracción, sino que constituyen el avance de un proceso infeccioso preexistente.

La exodoncia puede, según las circunstancias de cada caso, contener la infección, agravarla o ejercer una influencia menor sobre su evolución.

En esta investigación se realizó un estudio de tipo Descriptivo y Retrospectivo no Probabilístico en el que se revisaron 2310 expedientes, en los que se encontraron cinco casos de Alveolitis, lo que representa el 0.21% de todos los casos, de los cuales la Alveolitis Seca fue la que tuvo mayor incidencia y Alveolitis Húmeda se presentó en menor proporción.

De los 5 casos que se presentaron 4 casos son del sexo femenino y 1 caso del sexo masculino.

Su etiología es variada, las causas que produjeron la aparición de la Alveolitis en nuestro trabajo fueron: Traumatismo Óseo y la Infección Post-Operatoria.

El 80% de los casos se presentó en el Maxilar y el 20% en la Mandíbula. El Cuadrante superior derecho del sexo femenino fue donde se presentó con mayor frecuencia la Infección 40%, y en menor proporción en el Cuadrante Superior Izquierdo e Inferior Izquierdo con un 20% cada uno en el sexo femenino; y en un 20% en el Cuadrante Inferior Izquierdo del sexo masculino.

Los casos que presentaron mayor incidencia de alveolitis oscilaron entre las edades de 46 a más años.



INTRODUCCIÓN.

La Alveolítis, conocida comúnmente como la infección del alvéolo dentario, es una de las complicaciones más frecuentes y dolorosas que ocurren después de una extracción dentaria que se les puede presentar a todos los Odontólogos que realizan éste tipo de tratamiento, aún cuando se lleven a cabo todas las reglas de seguridad quirúrgica.

Para su producción intervienen diversos factores y la conjunción de algunos de ellos desatan esta afección, que en muchas oportunidades adquieren características alarmantes por la intensidad de uno de sus síntomas: “El dolor”.

Se han encontrado con mucha frecuencia desde décadas pasadas, tal vez hoy con mayor o menor incidencia, por tal evento, se realizó este estudio, ya que como futuros odontólogos, es nuestra responsabilidad orientar y brindar las medidas adecuadas para evitar tal problema a los pacientes.

Con relación al tema de Alveolítis se encontraron trabajos tanto nacionales como internacionales. Entre los nacionales tenemos: Estudio Comparativo de la Frecuencia de Alveolítis en los Centros Asistenciales; Perla María Norori, Félix Pedro Picado de Sutiava y Facultad de Odontología, en la ciudad de León 1987, Tesis sobre Alveolítis Carballo Saúl 1967, Róger Antonio Padilla, Alveolítis, León Nicaragua 1974, y entre los Internacionales tenemos los trabajos Bibliográficos de: Cirugía Bucal de Ríes Centeno Guillermo, Kruger Gustav, Tratamiento de Cirugía Bucal, Cuarta Edición.

También se encontraron estudios de casos de Alveolítis en páginas de Internet donde brindaban información de la misma, tales como su: Etiología, Prevención y Tratamiento de la Alveolítis.

Presentación de un estudio de 680 pacientes que presentaron Alveolítis después de la extracción dental; Alveolítis Seca Dolorosa, Alveolítis, Revisión, Literatura y Actualización.



De acuerdo a lo expuesto anteriormente se plantea lo siguiente:

¿Cuál es la frecuencia de Alveolítis en pacientes atendidos en Clínica de Cirugía Oral, del Campus Médico, UNAN – León, en el período comprendido del año 2003 al I Semestre del año 2004?

Debido a los estudios realizados sobre la presencia de Alveolítis, después de una extracción dentaria, se encontró que hay más información de casos extranjeros y pocos nacionales, lo cual llamó la atención y motivó a realizar una investigación con el propósito de registrar la frecuencia de alveolítis en nuestro medio.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia de Alveolitis en pacientes atendidos en Clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004?



OBJETIVOS.

GENERAL.

Determinar la frecuencia de alveolitis en pacientes atendidos en las clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN- León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

ESPECIFICOS.

- 1) Indicar las causas más frecuentes que producen Alveolitis.
- 2) Señalar el tipo de Alveolitis de mayor frecuencia.
- 3) Identificar el cuadrante más afectado según el sexo.



MARCO TEÓRICO



ALVEOLÍTIS.

La Alveolitis suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida Alveolar, tras la extracción dentaria. Esta complicación no suele ser consecuencia directa de la extracción, si no que constituye el avance de un proceso infeccioso pre-existente. La exodoncia puede, según las circunstancias de cada caso, contener la infección, agravarla o ejercer una influencia menor sobre su evolución. (4)

Es uno de los mayores y más frecuentes problemas de post-extracción, ya que suele ser la causa principal de dolor entre el segundo y quinto día después de la extracción y se caracteriza primordialmente por el dolor tan agudo e intenso que produce. (9)

Es considerada la infección pútrida del Alvéolo o bien un estado necrótico del proceso Alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de los capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo al no organizarse se desintegra. (16)

Para tratar esta infección, se hace necesario conocer el proceso normal de cicatrización post-exodoncia, pudiéndose dividir en cinco fases:

- 1) Hemorragia y formación del coágulo.
- 2) Organización del coágulo con tejido de granulación.
- 3) Sustitución del tejido de granulación por tejido conjuntivo y epitelización de la herida.
- 4) Sustitución de tejido conectivo por hueso Alveolar trabeculado.
- 5) Reconstrucción de la cresta Alveolar y sustitución del hueso inmaduro por tejido óseo maduro.



Tras la exodoncia aparece una hemorragia, y por los mecanismos de la hemostasia se produce la coagulación de la sangre. El coágulo es una red de fibrina que atrapa células sanguíneas y plaquetas, se forma luego de efectuarse la entrada de sangre en el alvéolo dentario, contactando con el colágeno existente y se realiza un depósito plaquetario y una adhesión o fijación a la zona endotelial lesionada.

Durante este proceso los trombocitos modifican su forma y liberan serotonina, ocasionando la vasoconstricción de los vasos sanguíneos lesionados. (4)

Posteriormente para que se produzca la coagulación sanguínea propiamente dicha, intervienen dos sistemas:

- A) **Sistema Exógeno:** Desatado por factores tisulares tales como la tromboquinasa, junto con los factores VII del plasma y el calcio.
- B) **Sistema endógeno:** Se inicia por el contacto del factor XII de la coagulación con las fibras de colágeno.

Es esencial que la sangre llene el alvéolo para una buena cicatrización. A las 24 horas se inicia un proceso inflamatorio agudo en todos los tejidos que circundan el lecho quirúrgico, presentándose tres fases:

- 1) Exudación a través del endotelio capilar con vasodilatación local.
- 2) Acción celular orientada a destruir los tejidos lesionados (neutrófilos, polimorfonucleares y macrófagos).
- 3) Fenómenos reconstructivos celulares. (9)



De dos a tres días posteriores a la extracción, se da la organización del coágulo mediante el desarrollo de fibroblastos desde el Alvéolo y los espacios medulares, y la proliferación de vasos sanguíneos, formando una red capilar con una membrana basal delgada. Esta neoangiogénesis es muy importante en la curación de heridas abiertas. (1)

Hacia el quinto o séptimo día, se inicia la formación ósea con unas finas trabéculas de tejidos fibrilar inmaduros, produciéndose al mismo tiempo la reabsorción ósea osteoclástica. La cavidad se epiteliza desde el margen gingival a partir del cuarto día hasta el día veinticuatro a treinta y cinco días. Esta epitelización consigue devolver el papel de barrera protectora que éste tiene y obtiene la regeneración de las células especializadas.

En las heridas que fueron suturadas, a las setenta y dos horas se ha establecido el contacto epitelial de los márgenes, momento en el que ya se puede iniciar la reepitelización en toda su totalidad. (8)

Toda exodoncia admite una remodelación ósea, con una reducción de la cresta alveolar, siendo más acentuada en la mandíbula que en la maxila; Así el promedio de pérdida ósea después de una extracción es de 1.2 mm por año y se estabiliza pasando los dos primeros años, es por tal motivo que la cicatrización es un proceso continuo que dura toda la vida. (4)



CLASIFICACIÓN.

Existen diferentes clasificaciones de Alveolitis, sin embargo las enmarcaremos de la siguiente manera:

Alveolitis que se presenta conjuntamente con inflamaciones óseas más extendidas, Osteítis, Periostitis óseas, Flemones premaxilares. Formando en este caso parte de un proceso inflamatorio grave. (8)

a) Alveolitis Húmeda: Es una inflamación con predominio Alveolar marcado por la infección del coágulo y del Alvéolo, pudiéndose encontrar un Alvéolo sangrante con abundante exudado. (1)

Suele estar producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo, después de haberse realizado la extracción dentaria, encontrándose esquirlas óseas, restos de dientes fracturados y a veces restos de obturaciones de dientes contiguos, que han caído durante la extracción.

b) Alveolitis Seca: El Alvéolo se presenta abierto, no existe coágulo y las paredes óseas están totalmente denudadas. (9)

Es la de mayor importancia y relevancia (Es muy típica). Se caracteriza por un dolor muy intenso, por lo que requiere mayor atención y estudio. (4)



CARACTERÍSTICAS CLINICAS.

- 1) Los síntomas empiezan aproximadamente de dos a cuatro días después de la extracción, aunque puede iniciar de forma precoz, es decir en las primeras horas posteriores a la exodoncia o bien de forma tardía después de los cuatro días. (1)

- 2) Dolor intenso y con irradiaciones. Es un dolor violento y constante, que se acentúa durante el acto masticatorio, impidiendo muchas veces el sueño y la actividad normal de la persona.

- 3) Suele existir un olor fétido, aún en ausencia de supuraciones.

- 4) Puede presentarse Linfadenopatía regional. (17)

- 5) El Alvéolo en su interior se encuentra denudado, con el hueso expuesto hacia la periferia, blanquecino, hipersensible al contacto y desangrado. (4)

- 6) Falta de coágulo sanguíneo, aunque al examinarlo por primera vez se observan restos de coágulos necrosados y parduscos, que son eliminados fácilmente con una sonda o con suero fisiológico. (16)



ALVEOLITIS HUMEDA.

Características.

1. Dolor menos intenso que la Alveolitis Seca.
2. Dolor espontáneo y provocado.
3. Los bordes del Alvéolo están tumefactos, con su interior lleno de tejidos granulomatosos y sangrantes.
4. Presencia de exudado purulento.
5. A la exploración puede encontrarse un pequeño secuestro óseo. (16)

Tratamiento.

Para tratarla se deben seguir dos caminos, uno dirigido a la curación del proceso (**Local**) y el otro encaminado al alivio del intenso dolor (**Sistémico**). (14)

A. **Local:**

Con el tratamiento local se busca acelerar al máximo la regeneración de hueso normal y consiste:

- Irrigación suave del Alvéolo con solución salina normal para eliminar todos los restos. Esta solución puede ser estéril, agua tibia o con una solución diluida de peróxido de hidrógeno.

El lavado debe ser generoso con abundante suero, pero sin ejercer presión excesiva al momento de lavar. Se debe realizar la limpieza bajo anestesia local.

- Se retiran con cuidado los restos o materiales necróticos con pinzas de algodón. Nunca se debe realizar un curetaje agresivo del alvéolo seco, porque esto predispone a una mayor diseminación de la infección, además que demora la curación de la herida y la reparación fisiológica.



-
-
- Para ayudar a la disminución del alivio del dolor producto del hueso denudado y acelerar el proceso de granulación para que se forme un nuevo tejido óseo, se colocará en el interior del alvéolo una tira de gasa orillada estéril, humedecida con una sustancia (Bálsamo de Perú) y se cambiará cada día. Se puede usar también una gasa yodoformada al 5% impregnada con Eugenol. (1,3,9)

La gasa debe cambiarse hasta que exista tejido de granulación en las paredes del alvéolo.

- Se revisará al paciente cada dos o tres días hasta que ceda el dolor. Se irrigará el alvéolo con una jeringa después de cada comida durante aproximadamente tres semanas con sustancias antisépticas (Clorhexidina).

No se recomienda la administración sistémica de antibióticos en pacientes con Alveolitis Seca, ya que el problema principal es controlar el dolor y no una infección limitada. En el caso de que haya supuración, que es raro, se debe administrar por una vía sistémica y no tópica en la cavidad. (16,17)



ALVEOLITIS SECA.

Es un proceso inflamatorio agudo, es una de las complicaciones más terribles y dolorosas para el paciente, que puede presentarse después de una exodoncia generalmente al tercer día del postoperatorio, caracterizándose por intensos dolores de carácter tenebrante en particular de noche, con tumefacción de la vecindad, adenopatía regional y la presencia de un alvéolo vacío o con restos del coágulo necrosado, de penetrante olor pútrido. (3,7)

En este estado se encuentra sin la protección del coágulo sanguíneo de la cavidad. (1)

Es la causa de dolor en el postoperatorio tardío más común. Dada la extraordinaria intensidad y la irradiación del dolor, esta complicación es una de las secuelas postoperatorias más perturbadoras de las extracciones dentarias.

Se caracteriza por su aparición tardía (dos a cuatro días después de la extracción dentaria).

Al principio el coágulo adquiere un color grisáceo y después se desintegra hasta que queda una cavidad ósea amarilla grisáceo sin tejido de granulación.(9)

Al verla por primera vez da la impresión que la cavidad no esta vacía del todo, si no que contiene un coágulo necrosado en parte. El diagnóstico se confirma introduciendo con suavidad una pequeña sonda en la herida de la extracción. En la Alveolitis Fibrinolítica hay hueso desnudado, el cual posee una sensibilidad extraordinaria. (4)

Este término no ha sido satisfactorio para los investigadores, pero el término se continuó usando por el simple entendimiento. Otros términos alternativos como: Osteítis postoperatoria, osteomielitis localizada y alveolgia postextracción han sido sugeridos. (3)



CARACTERÍSTICAS.

- 1) El dolor inicia entre el segundo y cuarto día de la extracción.
- 2) Alvéolo vacío completo o parcialmente.
- 3) Intenso dolor irradiado, profundo y pulsátil, debido a la irritación química y térmica de las terminaciones nerviosas expuestas en el ligamento periodontal y en el hueso Alveolar.
- 4) Las paredes óseas tienen un color grisáceo.
- 5) Sensibilidad exagerada.
- 6) No hay calor, rubor ni tumefacción.
- 7) No se observa punteado rojizo.
- 8) Puede haber fetidez sin supuración.
- 9) Puede haber restos de coágulo necrosado. (3,4)



ETIOLOGÍA DE ALVEOLÍTIS.

Cualquiera que fuera el factor causante, éste interviene en la primera fase, interfiriendo en la formación del coágulo. El tejido conjuntivo se forma solo a partir del quinto día después de la extracción, período en el cual ya existen manifestaciones y síntomas de la Alveolitis.

En el transcurso de la primera fase de la instauración de la Alveolitis, se da un aumento de la actividad fibrinolítica a nivel local, por lo que el plasminógeno, se convierte en plasmina y éste actúa en la disolución de la fibrina que compone el coágulo. (14)

Su etiología es desconocida, aunque existen muchos factores que predisponen este proceso, entre ellos se destacan:

Factores Predisponentes:

1. Factores Generales.
2. Factores Locales Pre-existentes. (4)



FACTORES PREDISPONENTES

Son muchos los factores que son capaces de desencadenar esta infección del alvéolo, entre ellos destacamos:

Factores Generales:

- 1) Edad del paciente.
- 2) Sexo.
- 3) Deficiencia inmunológica por enfermedad.
 - i. Diábetes.
 - ii. Alcoholismo crónico.
 - iii. Anemia.
- 4) Posible disminución de la capacidad defensiva y regenerativa por causa endógena.

Factores Locales:

- 1) Infecciones previas.
- 2) Tipo de hueso.
- 3) Saliva.
- 4) Anestesia local.
- 5) Trauma operatorio.
- 6) Hemorragia. (1)



FACTORES GENERALES.

Edad del paciente: En el joven el ligamento periodontal es muy delgado y vascularizado; Sin embargo, en el adulto es espeso y muy poco vascularizado.

Sexo: Debido a los factores de variación hormonales en las mujeres y el índice de osteoporosis elevado en las mismas así como la calidad del hueso en el hombre es más denso; y la pérdida de hemoglobina en la mujer los cuales son factores predisponentes para la aparición de alveolítis.

Deficiencia inmunológica por enfermedad: La disminución de la capacidad inmunológica debido a determinadas enfermedades como: Anemia, Diábetes, etc., lo que favorece el desarrollo del proceso; así mismo el uso prolongado de corticoides.

Posible disminución de la capacidad defensiva y regenerativa por causa endógena: Esto hace referencia a un déficit inmunitario, llamado específicamente Disreactividad Hística; Esto es muy importante ya que los antígenos de histocompatibilidad favorecen la aparición de Alveolítis Seca. (4,8,9)



FACTORES LOCALES PREEXISTENTES.

La infección introducida en la cavidad después de haber extraído el diente, la presencia de hueso denso, pueden influenciar en la aparición de la Alveolitis Seca, no obstante existen casos en los que ya hay una infección establecida o con abscesos y esta no se presenta.

Saliva.

Un exceso de saliva en el lecho quirúrgico puede dar lugar a una curación retardada, por fallos de un factor inhibitorio presente en la actividad fibrinolítica de la saliva; ya que para preservar el coágulo sanguíneo y favorecer la curación de la herida es necesario que la actividad fibrinolítica salivar sufra una disminución a causa del factor inhibitorio, por tal razón su ausencia provocara un aumento de la tasa de plasmina salivar dando lugar a la aparición de un cuadro de Alveolitis Seca.

Anestesia Local.

Las técnicas anestésicas incorrectas contribuyen con las sustancias anestésicas a efectos tóxicos, produciendo una disminución del aporte sanguíneo del hueso producto del efecto hemostático de la Adrenalina o de otros vasoconstrictores presentes en el anestésico local.

Traumatismo óseo durante la extracción.

La necrosis ósea está favorecida por el aumento de la temperatura en el hueso ya sea por no irrigar el campo operatorio durante su corte. Excesivas fuerzas y maniobras violentas durante la extracción, así como la mala regularización de los septos interradiculares contribuyen a necrosis.



En la Alveolitis Seca existe una hiper-actividad fibrinolítica, razón por la cual se produce la lisis del coágulo. Por tal motivo la duración de la intervención, la habilidad del cirujano y el tipo de extracción son factores desencadenantes en el daño del hueso Alveolar.

Este factor adjunto con la infección desarrolla una inflamación de la médula ósea provocando la liberación de activadores texturales que convierten al plasminógeno del coágulo en plasmina. Este agente fibrinolítico disuelve posteriormente el coágulo sanguíneo, y al mismo tiempo libera aninas a partir del lininógeno (presente en el coágulo), ocasionando un intenso dolor. (2)

Hemorragia.

La hemorragia postoperatoria facilita la aparición de la Alveolitis, debido a que el sistema nervioso simpático refleja una hiperactividad. (14,16,17)



FISIOPATOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS.

Un alvéolo séptico es una superficie ósea denudada, por detrás de esta superficie denudada y traumatizada, se establece un mecanismo inmediato para corregir fisiológicamente el defecto.

Existe una inflamación de la médula ósea que induce a la liberación de un agente fibrinolítico que destruye el coágulo sanguíneo, liberando al mismo tiempo las cianinas a partir del cianógeno presente en el coágulo lo que ocasiona el intenso dolor. (9)

El examen bacteriológico de los cultivos de la Alveolitis Seca revela una infección mixta, sin embargo la presencia de una gran cantidad de microorganismos anaerobios como bacilos fusiformes y espiroquetas de Vincent, orientando a un proceso putrefactivo de escasa actividad. Así mismo las bacterias por efecto de sus toxinas y por una acción sobre las terminaciones nerviosas sobre el hueso alveolar serán las productoras del dolor alveolar y la disolución del coágulo.

También se observa la presencia de activadores texturales y plasmina en el hueso Alveolar adyacente a las cavidades afectadas.

En el período donde el hueso denudado se necrosa debe ser eliminado antes de que pueda ser reemplazado por hueso normal, la región próxima que está por debajo del Alvéolo Séptico mientras no se haga nada por atravesar esta pared hasta que el mecanismo de reparación esté listo para reemplazar la estructura no vital; esto tendrá una duración de aproximadamente dos a tres semanas lo que dependerá de la capacidad regenerativa del individuo.

Una vez terminado este ciclo la pared Alveolar no vital, es secuestrada molecularmente o en masa y enseguida por detrás habrá una capa defensiva y regenerativa del tejido conectivo juvenil que llena la cavidad y realiza el reemplazo óseo. (8,19)



MATERIAL Y MÉTODO.

Tipo de Estudio.

El estudio que se realizó fue de tipo Descriptivo y Retrospectivo no Probabilístico.

Área de Estudio.

El área de estudio fue la Sección de Archivos del Departamento de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología, que contiene todos los expedientes clínicos de cirugías menores en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Población de Estudio.

La población de estudio la constituyeron 2310 expedientes clínicos de cirugías menores de pacientes tratados en el Departamento de Cirugía Oral ubicado en el Campus Médico UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004, seleccionando los expedientes con casos de alveolitis.

Donde los pacientes fueron agrupados en los siguientes intervalos de edades:

0-14 años, 15-25 años, 26-35 años, 36-45 años y 46 a más años.

Criterios de Inclusión.

- Los expedientes clínicos de exodoncias en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.
- Expedientes con el Diagnóstico de la Patología de Alveolitis.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Concepto	Indicadores	Valores
Alveolítis.	Consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida Alveolar tras la extracción dentaria.	Según el diagnóstico del expediente clínico.	Alveolítis Seca. Alveolítis Húmeda.
Edad.	Es el tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad que tiene el paciente al momento de la extracción, obtenida del expediente clínico que se encuentran en el Departamento de Cirugía Oral.	Edades entre: 0-14 años. 15-25 años. 26-35 años. 36-45 años. 46 a más años.
Sexo.	Condición anatomofisiológica que diferencia el macho de la hembra.	Condición de género anotada en el expediente clínico, que se encuentra en el área de Archivo del Departamento de Cirugía Oral.	Número de pacientes de sexo: ➤ Femenino ➤ Masculino
Causas de Alveolítis.	Cualquiera factor que perturbe la buena cicatrización del alvéolo dental después de una extracción dental.	Examen clínico.	Traumatismo óseo. Hemorragia post-operatoria. Infección post-operatoria. Anestesia Local. Salivación Excesiva.
Cuadrante más afectado.	Superior e Inferior.	Según el diagnóstico del expediente.	Superior: Derecho Izquierdo Inferior: Derecho Izquierdo



MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Primeramente se pidió permiso al director de Clínica de Cirugía Oral por medio de una carta, para la revisión de los expedientes del período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Se seleccionaron los expedientes que fueron llenados por los estudiantes y supervisados por el tutor que coincidían con nuestros criterios de Inclusión, se procedió a agrupar los expedientes por edades y se revisaron para luego escogerlos según el diagnóstico.

Instrumento:

1. Ficha de Tipo Individual.
2. Gabacha.
3. Lapiceros.
4. Cuadernos de notas.

PLAN DE ANÁLISIS.

Se hicieron tablas de porcentaje realizadas con anterioridad según los objetivos del trabajo se realizaron gráficos de pastel y de barras para mostrar nuestros resultados, toda esta operacionalización se hizo con los programas de Microsoft Word y Excel XP.



RESULTADOS



Tabla # 1.

Causas frecuentes que producen Alveolitis en los pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Causas	Número	Porcentaje
Traumatismo óseo	3	60%
Hemorragia Post- Operatoria	0	0 %
Infección Post-Operatoria	2	40%
Anestesia Local	0	0 %
Salivación excesiva	0	0 %
Total	5	100 %

Fuente: Secundaria

De las causas más frecuentes que pueden producir Alveolitis, se encontraron que tres pacientes presentaron Alveolitis por Traumatismo óseo durante la extracción representando el 60% y dos pacientes presentaron Alveolitis asociadas a infección postoperatoria lo que equivale a un 40 %.



Tabla # 2

Tipo de Alveolitis más frecuente en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Tipo de Alveolitis	Número	Porcentaje
Alveolitis Húmeda	2	40 %
Alveolitis Seca	3	60%
Total	5	100%

Fuente: Secundaria

El tipo de Alveolitis más frecuente que se encontró en los pacientes atendidos en las clínicas de cirugía oral, fue la Alveolitis Seca, que la presentaron tres pacientes lo que equivale al 60%. Y dos pacientes presentaron Alveolitis Húmeda, lo que constituye el 40%.



Tabla # 3

Cuadrante más afectado según el sexo en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Sexo	Cuadrante	Número	Porcentaje
Femenino	Superior derecho	2	40%
	Superior izquierdo	1	20%
	Inferior derecho	0	0 %
	Inferior izquierdo	1	20%
Masculino	Superior derecho	0	0 %
	Superior izquierdo	0	0 %
	Inferior derecho	0	0 %
	Inferior izquierdo	1	20%
Total		5	100%

Fuente: Secundaria

Del cuadrante más afectado se encontró que en el cuadrante superior derecho se reflejaron dos casos de Alveolítis en el sexo femenino, lo que constituye el 40%. Y en el cuadrante superior izquierdo del sexo femenino se presentó un caso, lo que equivale al 20%. Así mismo en el cuadrante inferior izquierdo, en el sexo femenino solo se presentó un caso de Alveolítis, constituyendo un 20% y en este mismo cuadrante, pero en el sexo masculino, solo se presentó un caso que equivale al 20% del total de Alveolítis. Y en el cuadrante inferior derecho, no se encontró ningún caso.



Tabla # 4

Edades afectadas en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Edades	Número	Porcentaje
15-25	1	20%
26-35	1	20%
36-45	1	20%
46 a más	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Secundaria

Se encontró que las edades más afectadas fueron de 46 años a más dos casos que fueron un 40 %, y las edades de 15-25 un caso que representa 20 %, 26-35 un caso que representa 20% y 36-45 un caso que representa 20%.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

De los 2310 casos estudiados en las Clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico se encontraron 5 casos de Alveolitis lo que representa un 0.21%. Según el Dr. Cosme Gay Escoda en su libro Tratado de Cirugía Maxilofacial, la frecuencia de Alveolitis oscila entre 2.17% a 3.4% por lo que podemos notar que las condiciones que presentan las clínicas de cirugía oral son satisfactorias para realizar extracciones.

Los resultados obtenidos en cuanto a las causas más frecuentes, se encontraron que tres pacientes presentaron alveolitis asociado a traumatismo óseo lo que constituye un 60% lo que coincide con el estudio del Dr. Archer W. Mally quien reportó la mayor cantidad de casos por causas iatrogénicas; dos pacientes presentaron alveolitis en relación a la infección post-operatoria lo que equivale a un 40%.

Al encontrar que la causa más común de Alveolitis fue producida por el traumatismo óseo, conlleva a pensar que se está ejerciendo una mayor presión en la pieza dentaria al extraerla por parte del operador sobre el hueso y no se está respetando la integridad de las tablas óseas. Y en relación a la infección Post-operatoria se puede suponer que los pacientes no están tomando en cuenta las recomendaciones dadas por el odontólogo, después de las extracciones quirúrgicas.

Con respecto al tipo de alveolitis más frecuente que se encontró en los pacientes atendidos en las clínicas de cirugía oral, fue la Alveolitis Seca, que la presentaron tres pacientes lo que equivale al 60%. Y dos pacientes presentaron Alveolitis Húmeda, lo que constituye el 40%.

La presencia de Alveolitis Seca como la más frecuente puede ser debido al traumatismo óseo lo cual difiere con los datos obtenidos por el Dr. Róger Antonio Padilla en el año de 1974 y de la Dra. Eugenia Patricia Reyes en el año de 1987, en los que se encontró que la Alveolitis Húmeda era la más frecuente.



Los dos casos con Alveolítis Húmeda pudieron ser debido a descuido del operador al no inspeccionar adecuadamente el alvéolo después de la extracción.

Sobre el maxilar más afectado se encontró que en el cuadrante superior derecho se reflejaron dos casos de Alveolítis en el sexo femenino, lo que constituye el 40%. Y en el cuadrante superior izquierdo del sexo femenino se presentó un caso, lo que equivale al 20%. Así mismo en el cuadrante inferior izquierdo, en el sexo femenino solo se presentó un caso de Alveolítis, constituyendo un 20% y en este mismo cuadrante, pero en el sexo masculino, solo se presentó un caso que equivale al 20% del total de Alveolítis. Y en el cuadrante inferior derecho, no se encontró ningún caso.

La mayor frecuencia de Alveolítis se presentó en el cuadrante superior derecho, lo cual no coincide por lo encontrado en la bibliografía del Dr. Archer W. Mally (Cirugía Bucal-Tomo II), del Dr. Kruger Gustav (Cirugía Bucal-Maxilofacial), del Dr. Cosme Gay Escoda (Tratado de Cirugía Maxilofacial) quienes hallaron la mayor frecuencia en la mandíbula y en menor frecuencia en la maxila.

Según los resultados obtenidos se puede afirmar que en el sexo femenino se da la mayor frecuencia de Alveolítis, por los diversos cambios hormonales que atraviesa la mujer constantemente, lo que coincide con el estudio del Dr. Róger Padilla en el año de 1974.

De las edades más afectadas se encontró que entre las edades de 15-25 años un paciente presentó Alveolítis, representando un 20%, entre las edades de 26-35 años, se presentó una Alveolítis, lo que equivale a un 20%, de las edades de 36-45, se presentó un caso de Alveolítis, lo que constituye un 20% y de las edades a 46 a más se presentaron dos casos de Alveolítis lo que equivale a un 40 %.

En las diferentes edades en los que se realizaron extracciones se encontró que entre las edades de 46 a más años del sexo femenino fueron las más afectadas.



CONCLUSIONES.

El presente estudio realizado sobre la frecuencia de Alveolítis en las Clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico y los resultados obtenidos nos llevan a lo siguiente:

1. Se presentó una frecuencia de Alveolítis de 0.21%.
2. La causa más frecuente de Alveolítis fue el Traumatismo Óseo.
3. Se presentó con más frecuencia entre las edades de 46 a más años.
4. El tipo de Alveolítis más frecuente fue la Alveolítis Seca.
5. El sexo más afectado fue el Femenino.
6. El cuadrante superior derecho fue el más afectado.



RECOMENDACIONES.

1. Todos los estudiantes que están en su debido turno deben de respetar las normas de asepsia impuestas por el Departamento de Cirugía Oral, para la debida protección tanto del paciente como del operador.
2. Los estudiantes deben hablarle claramente al paciente sobre las consecuencias que se pueden presentar, sino obedecen adecuadamente las instrucciones dadas por él.
3. Es la obligación del cirujano la de extraer todos los dientes con la menor cantidad de traumatismo, erradicar las áreas patológicas asociadas con los dientes y recordar que se están preparando los cimientos sobre los cuales el paciente usará alguna prótesis.
4. Los tutores, deben estar presente en cada extracción que realicen los estudiantes para evitar que estos ejerzan fuerzas o maniobras inapropiadas sobre la pieza dentaria y destruyan la integridad de las tablas óseas.
5. Realizar una Historia Clínica exhaustiva para reconocer enfermedades sistémicas, y una vez reconocidas, poder seguir un protocolo de Antibióticoterapia para evitar un complicación.
6. A los pacientes mayores de 35 años, realizarle una limpieza dental previa a la extracción, para evitar que restos de tártaro se introduzcan en el alvéolo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Archer W. Mally.1978. Cirugía Bucal: Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. Tomo II. Editorial Mundi, Pág. 716-717.
2. Dra. Baeza Martínez, Damaris Adriana, Tutor MTRO. José Francisco Gómez Clavel. www.iztacala.unam.mx
3. Clark Henry B.Jr. (M.D Y D.D.S), 1959. Practical Oral Surger. Second Edition. Lea Sfebiger. Pág. 237.
4. Cosme Gay Escoda, Berini Aytes Leonardo, Mayo 1999, Cirugía Maxilofacial. Ediciones Ergon, S.A. Pág. 347-351.
5. Dr. Forquera Flores, Marcos. Clorhexidina, Prevención de la Alveolítis. www.geocities.com
6. Gayton, Arthur C. 1992. Tratado de Fisiología Médica/ Arthur C. Gayton. Traducción Federico Gago Bandenas, Octava Edición. México, Nueva Editorial Interamericano.
7. Dr. Iruretagoyena, Marcelo. Alveolítis Seca Cirugía Consulta. www.dentalw.com
8. Kruger Gustav,1986 .Cirugía Buco Maxilofacial. Quinta edición. Editorial Panamericana. Pág. 104-105.
9. Laskin Daniel M. 1988. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana. Pág. 50-52.
10. Lesson C. Ronald, Lesson S. Thomas. 1977. Histología. Tercera Edición. México, Interamericana. Pág. 88,160.
11. Dra. Martín Reyes, Odalys. Dra. Lima Álvarez, Magda. María M. Zulveta. Alveolítis, Revisión, Literatura y actualización. www.bvs.sid.cu/revistas/est/vol3
12. Mosby, 2004, Diccionario de medicina, Edición en Español. Editorial Océano.
13. Padilla Róger Antonio, 1974. Alveolítis. León, Nicaragua. Pág. 1,2. (Tesis)
14. Pifarré Sanahuja Henry. 1993. Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial. Primera Edición. Editorial JIMS, S.A. Pág. 463-464.



-
-
15. Reyes Delgadillo E. Patricia. 1987. Estudio comparativo de la frecuencia de Alveolitis en los centros asistenciales: Perla María Norori, Félix Pedro Picado de Sutiava y Facultad de Odontología, en la ciudad de León. Pág. 2,3,4. (Tesis)
 16. Ríos Centeno Guillermo. 1968. Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica, Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. Pág.350-353.
 17. Rodríguez Donado Manuel. 1983. Exploración y técnicas en cirugía oral. Editorial Universal Complutense, Madrid. Pág. 306.
 18. Bra. Rojas Raquel Salvador. Bra. Tiffer María José. 2002. Tesis: Complicaciones posquirúrgicas de extracciones dentales en la clínica odontológica de la UAM durante el período Abril- Diciembre 2001.
 19. Soichiro Asanami, Yasumori Kasazaki.1992."Extracción del Tercer Molar" Ediciones Doyma. Marcelo Iruretagoyena (Odontólogo). <http://www.sdpt.net/alveolitis.htm>
 20. Dr. Stern, Julio. Rey Cubana de Estomatol 2000: 37(2) 102-5 103. Presentación de un Estudio de 680 Pacientes. www.infomed.sid.cu/revista/est/vol37



ANEXOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

1. Presentó Alveolítis el paciente:

SI _____ NO _____

2. Tipo de Alveolítis que presentó:

➤ Alveolítis Húmeda _____

➤ Alveolítis Seca _____

3. Cuadrante afectado:

➤ Cuadrante Superior Derecho _____

➤ Cuadrante Superior Izquierdo _____

➤ Cuadrante Inferior Derecho _____

➤ Cuadrante Inferior Izquierdo _____

4. Causas probables de Alveolítis:

➤ Traumatismo Óseo _____

➤ Hemorragia Post. Operatoria _____

➤ Infección Post - Operatoria _____

➤ Anestésico Local _____

➤ Salivación Excesiva _____



León, 06 de Agosto del 2004.

Director de Clínicas.
Dr. Miguel Salinas.
S.M.

Reciba de nuestra parte el más sincero saludo y a la vez desearle los mejores éxitos en el desempeño de sus funciones.

Apreciable Doctor Salinas, por medio de la presente le estamos solicitando su autorización para revisar los expedientes de Cirugía Oral del período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.

Esta solicitud, es para poder llevar a cabo nuestro trabajo monográfico “Frecuencia de Alveolitis en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral, del Campus Médico UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004; esto es con el objetivo de determinar cuantos pacientes presentaron Alveolitis.

El trabajo será realizado por tres estudiantes de V año de la Facultad de Odontología, el cual es tutorado y asesorado por el Dr. Rodolfo Lugo Benedith.

Esperando su autorización, se le agradece de antemano todas las gentilezas que preste a la presente.

Atentamente:

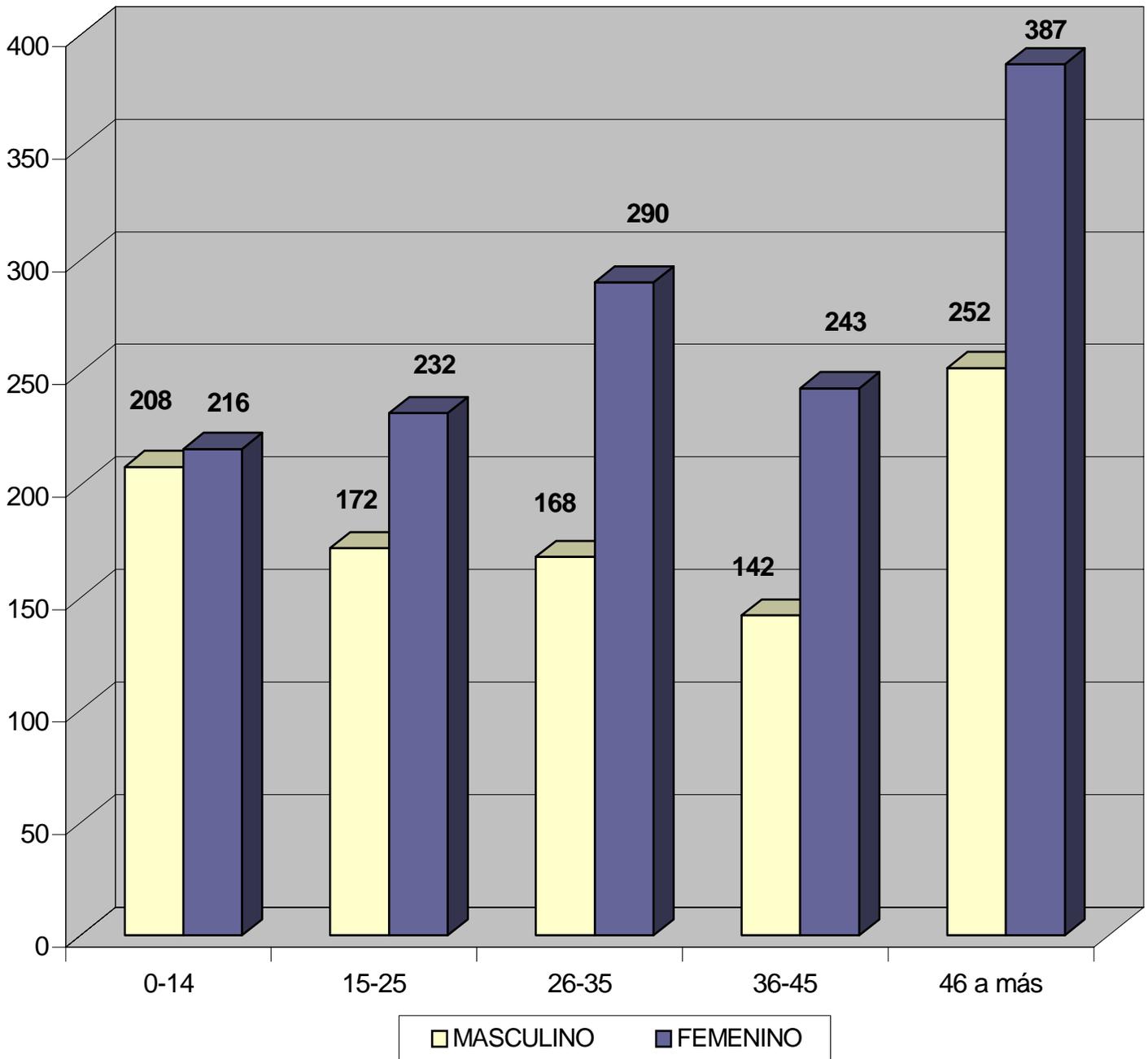
Karen Centeno Cisneros

Roberto Juárez Lindo.

Gustavo Vanegas Padilla.



Edades de los pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I Semestre del año 2004.



FUENTE: SECUNDARIA



Edades de los pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I Semestre del año 2004.

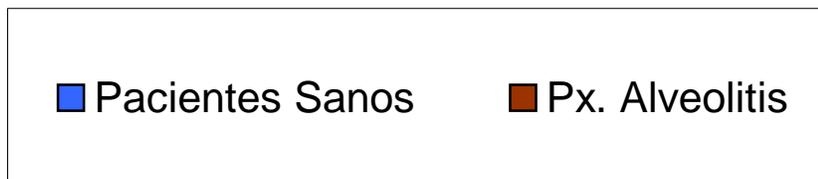
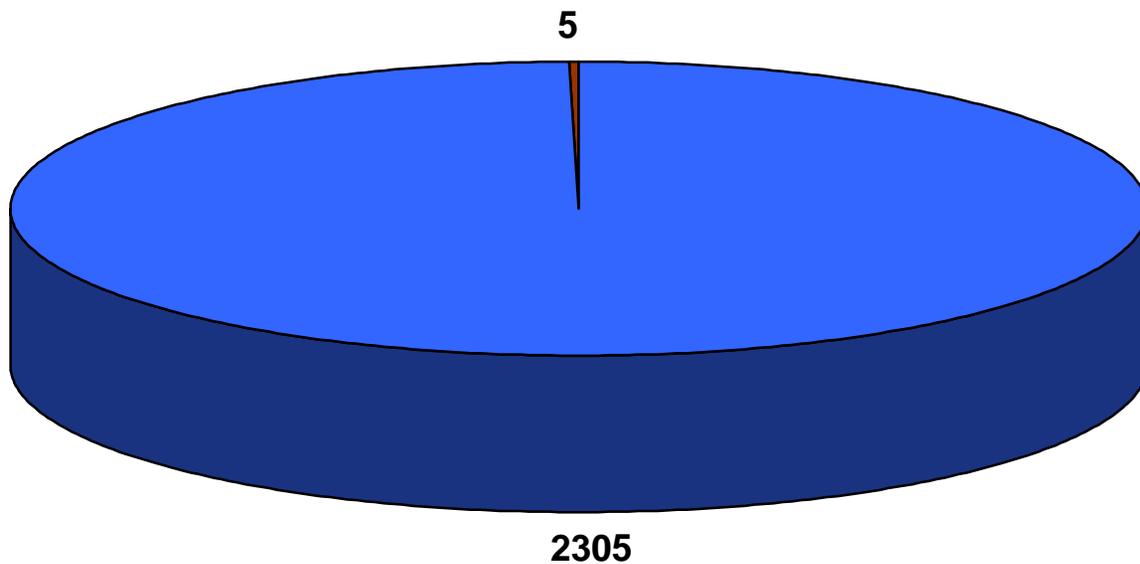
Edades	Masculino	Femenino
0-14	208	216
15-25	172	232
26-35	168	290
36-45	142	243
46 a más	252	387
TOTAL	942	1368

FUENTE: SECUNDARIA



Pacientes atendidos en Clínicas de Cirugía Oral y los que presentaron Alveolitis, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 del I Semestre del año 2004.

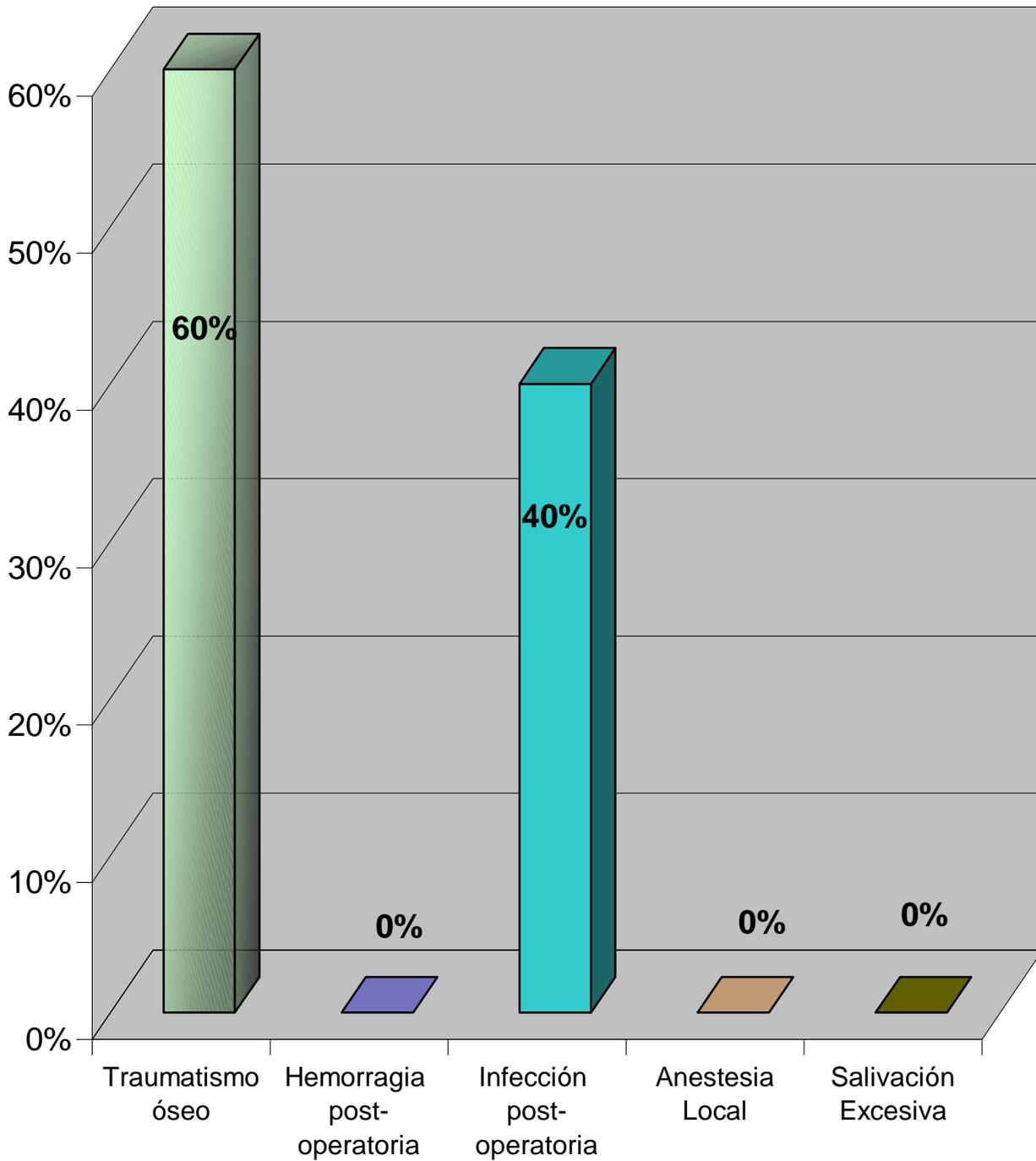
N: 2310 Casos encontrados: 5 Frecuencia: 0.21 %



FUENTE: SECUNDARIA



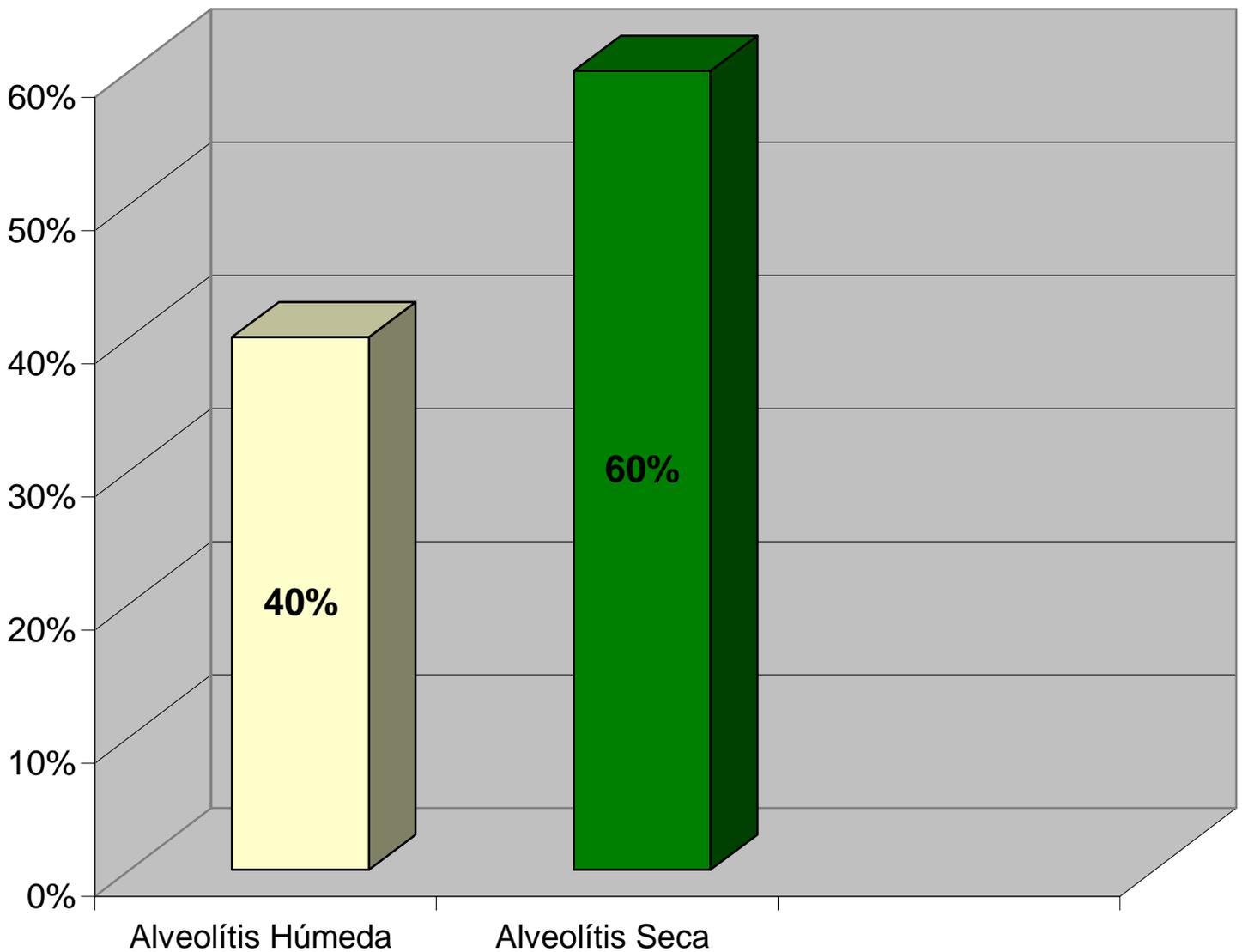
Causas frecuentes que producen la Alveolitis en pacientes atendidos en Clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.



FUENTE: SECUNDARIA



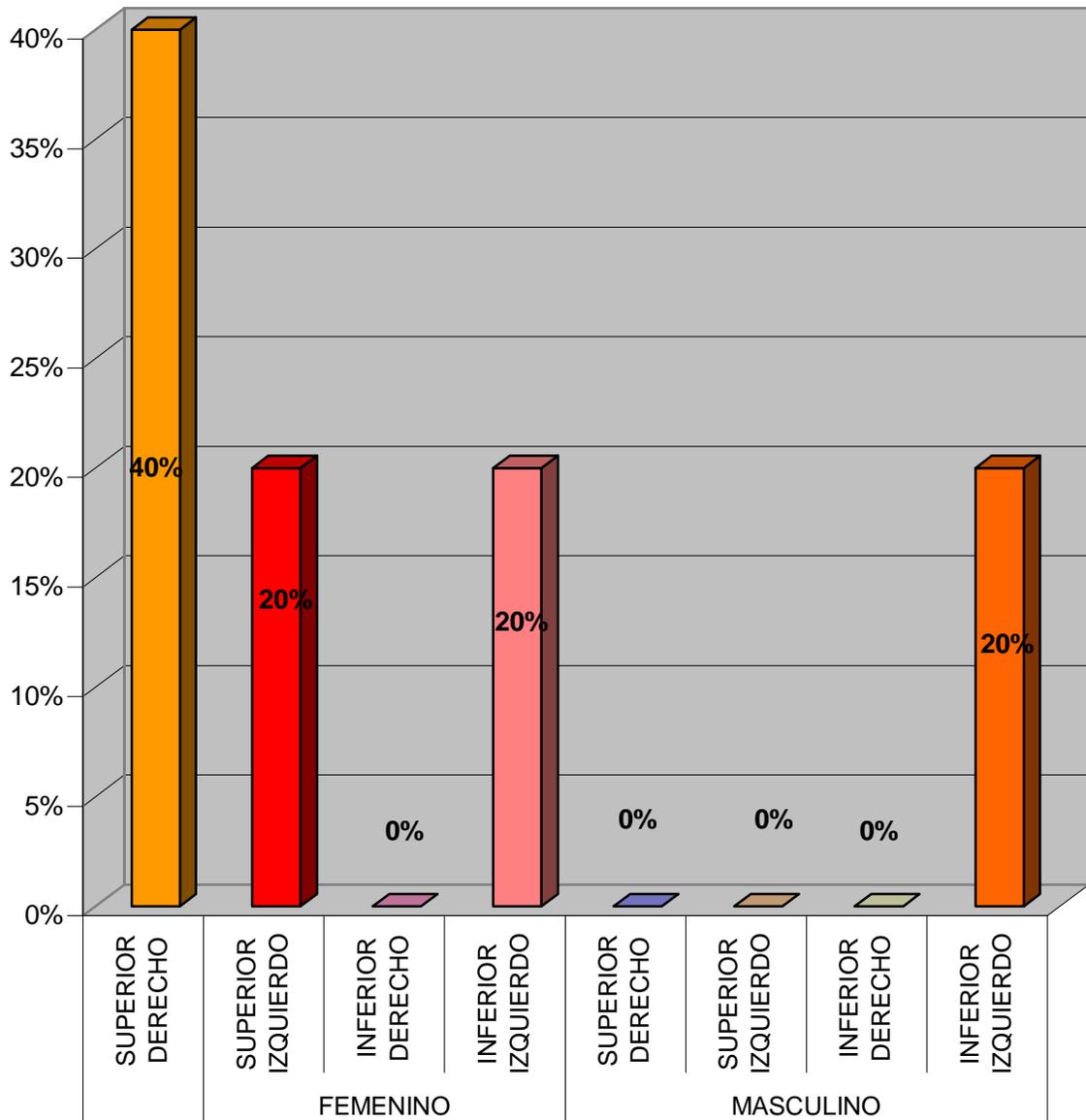
Tipo de Alveolitis más frecuente en pacientes atendidos en Clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I semestre del año 2004.



FUENTE: SECUNDARIA



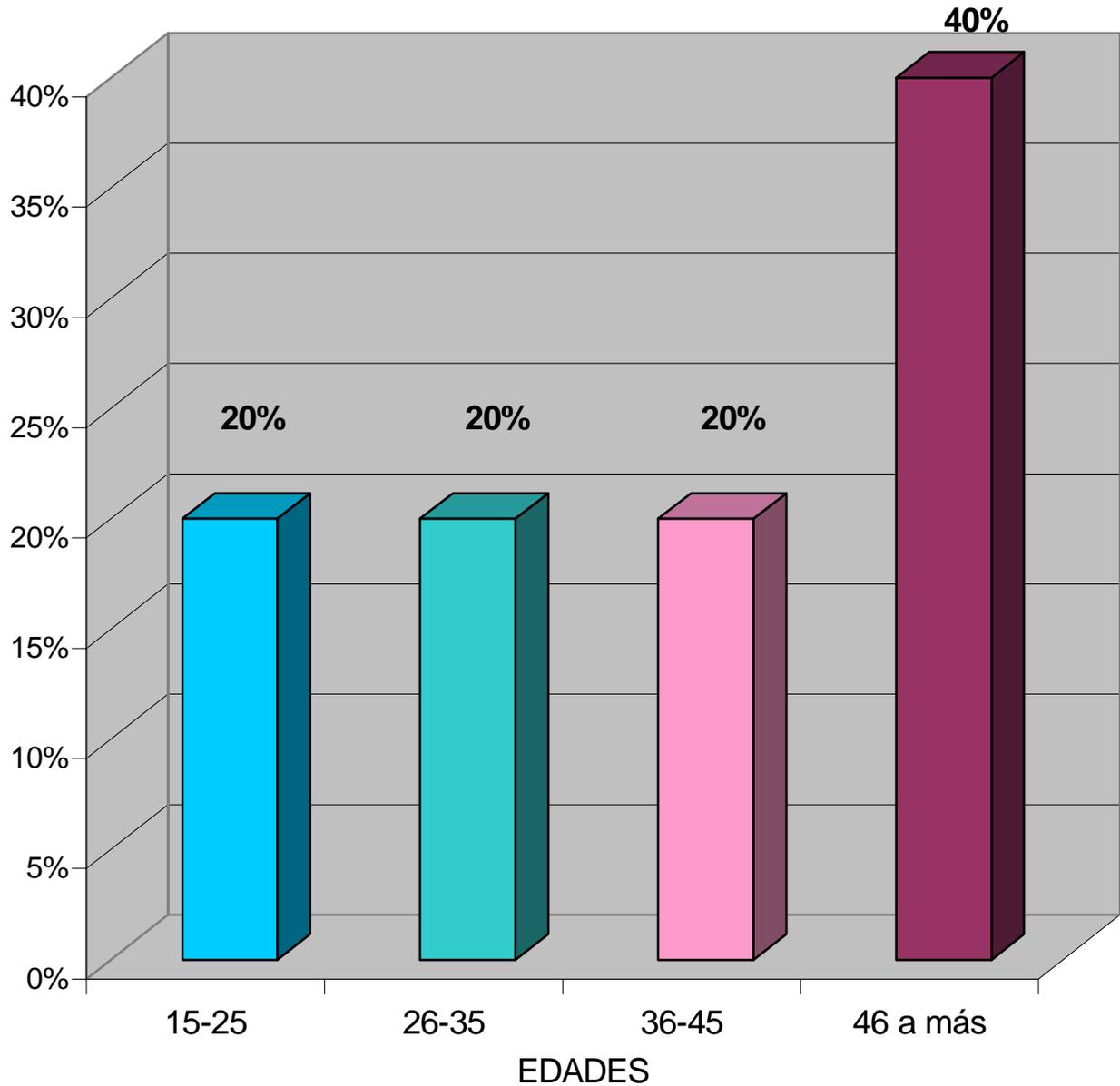
Cuadrantes afectado según el sexo en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I Semestre del año 2004.



FUENTE: SECUNDARIA



Edades afectadas en pacientes atendidos en clínicas de Cirugía Oral del Campus Médico, UNAN-León, en el período comprendido del año 2003 al I Semestre del año 2004.



FUENTE: SECUNDARIA