

209  
201



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 :**  
**ROSA ISELA MOCTEZUMA OAXACA**



**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**  
MEXICO, D. F.



## **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.

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES DE LA EXODONCIA	
Principios a seguir en la extracción.....	2
Desbridación.....	2
Anestesia.....	2
Historia clínica.....	3
Indicaciones de la exodoncia.....	6
Contraindicaciones de la exodoncia.....	6
Preparación del paciente para la extracción.....	7
Extracción dentaria con fórceps.....	7
Extracción con elevadores.....	8
ORGANIZACION DEL COAGULO.....	9
REPARACION OSEA.....	11
ALVEOLITIS	
Definición.....	13
Terminología.....	13
Etiología.....	14
Sintomatología.....	19
Característica clínicas.....	20
Características histológicas.....	20
Examen bacteriológico.....	20
Aspectos radiográficos.....	21
Medicamentos quirúrgicos.....	22
Tratamiento.....	25
Factores de riesgo.....	24
Tratamiento del C.D Victor Manuel Barrios.....	26
Apósito quirúrgico.....	26

CASOS CLINICOS PRESENTADOS EN LA CLINICA DE EXODONCIA	29
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	32

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

## INTRODUCCION

Las extracciones dentarias son frecuentes dentro de la práctica odontológica ,de aquí la importancia que tienen las complicaciones post operatorias , y dentro de estas ,la alveolitis o alveolo seco es una de las más frecuentes ,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 integrarse 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 medidas profilácticas pertinentes según el caso.

Este trabajo pretende auxiliar al cirujano dentista en el manejo integral de estos pacientes que tan cotidianamente acuden con este tipo de problema.

## ~~GENERALIDADES DE LA EXODONCIA~~

La exodoncia es la rama de la odontología en la que se efectúa la extracción de dientes que han perdido su fisiología y su vitalidad.

#### 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 blandos como tejidos duros.
- 3.-Efectuar la extracción completa del diente.

En la exodoncia se efectúa la avulsión o separación del diente de sus alveolos siguiendo una técnica adecuada por medio de forceps o por medio de elevadores.

#### DESRIDACION

Es una maniobra que tiene por objeto desprender el diente de sus inserciones gingivales. Facilita la extracción , por medio de la sección del ligamento circular y la inserción gingival , además con este procedimiento se evitan desgarramientos de la encía y permite colocar el forceps por debajo del cuello del diente.

#### ANESTESIA

Se refiere al tipo de bloqueo que se usara: local , suprae--  
rióstica y la regional. También se debe tener en cuenta el tipo de  
bloqueador que se emplea de acuerdo a la concentración del vaso --  
constrictor que contiene.

## HISTORIA CLINICA

En la historia clínica se hace una recopilación de datos con el fin de hacer un buen diagnóstico así como saber el estado general de nuestro paciente ,a continuación veremos los datos que debe llevar la historia clínica:

Fecha\_\_\_\_\_

### I.-Ficha de identificación personal:

Nombre\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_ Edo.Civil\_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento\_\_\_\_\_ Ocupación\_\_\_\_\_

Domicilio\_\_\_\_\_

Télefono\_\_\_\_\_

Motivo de la consulta\_\_\_\_\_

### II.-EXAMEN BUCAL:

Lengua\_\_\_\_\_

Piso de la boca\_\_\_\_\_

Paladar\_\_\_\_\_

Tejidos blandos\_\_\_\_\_

Tejidos duros\_\_\_\_\_

### III.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades propias de la infancia:

Sarampión\_\_\_\_\_ Viruela\_\_\_\_\_ Varicela\_\_\_\_\_

Escarlatina\_\_\_\_\_ Tosferina\_\_\_\_\_

Parotiditis epidémica\_\_\_\_\_

Sensibilidad a medicamentos o alimentos\_\_\_\_\_

Examen de laboratorio (en los ultimos 6 meses)\_\_\_\_\_

Estudio radiográfico\_\_\_\_\_



IV.-APARATOS Y SISTEMAS

Apto.respiratorio:Tos-----Espectoraciones-----

Epistaxis-----HHemoptisis-----

Amigdalitis-----Asma-----

Apto.digestivo:

Nauseas-----Vómito-----Diarreas-----

Hematemesis-----Disfagia-----

Melena-----Estreñimiento-----

Otros-----

Apto.Genito-Urinario:

No.de micciones-----Nicturia-----Anuria-----Disuria-----

-Poliuria-----Hematuria-----

Apto cardiovascular:

Dolor precordial-----Anoxia-----Disnea de esfuerzo-----

Cefaleas-----Mareos-----

Sistema Hemetopoyético:

Tiempo de coagulación-----Tiempo de sangrado-----

-Equimosis-----Petequias-----Hemorragias frecuentes-----

Sistema endócrino:

Poliuria-----Polidipsia -----Polifagia-----

Pérdida de peso-----Prurito-----

ESTADOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER:

MENARCA-----Ciclo menstrual-----Amenorrea-----Dismenorrea--

Menopausia-----Transtornos----Embarazo-----Lactancia-----

Estado general \_\_\_\_\_

Diagnóstico-----

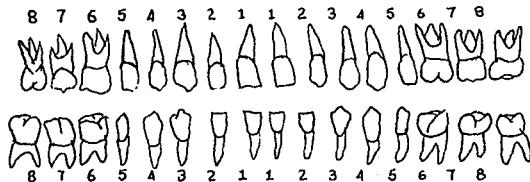
Etiología-----

Tratamiento-----

Anestesia indicada-----

Técnica empleada-----

Señalar la nomenclatura de las piezas dentarias.



## INDICACIONES DE LA EXODONCIA

- 1.- Por caries dental no tratables.
- 2.- Enfermedad periodontal como parodontopatías con movilidad de 3er y 4o grado.
- 3.- Dientes temporarios que permanecen en su lugar y no presentan erupción del permanente.
- 4.- Maloclusiones.
- 5.- Por razones estpéticas.
- 6.- Por razones prostodóncicas.
- 7.- Dientes retenidos y supernumerarios.

## CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA.

- 1.- Enfermedades generales no controladas:
  - a.- Diabetes mellitus.
  - b.- Cardiopatías ( angina de pecho, arritmias, pericarditis ).
  - c.- Hipertensión.
  - d.- Enfermedades respiratorias ( bronquitis aguda o crónica, enfisema, atelectasia, etc. ).
  - e.- Hematológicas ( hemofilia, anemias graves, trombocitopenias, leucemia, etc.).
- 2.- Enfermedades locales:
  - a.- Enfermedad aguda del diente.
  - b.- Estomatitis.
  - c.- Abscesos agudos.

## PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA EXTRACCION.

Es ideal eliminar sarro dental, restaurar las piezas que lo requieran, además de instruir al paciente que después de una cirugía, el tocarse la herida puede infectar, perturbar su curación, y en pacientes nerviosos premedicarlos con un sedante, así como prevenir infecciones con antibióticos profilácticos para evitar infecciones posteriores.

## EXTRACCION DENTARIA 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.

Prehensión es la aplicación del fórceps al diente por debajo del cuello, después se luxa el diente en 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, caninos, segundo premolar superior y premolares inferiores.

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

tos.

## EXTRACCION CON ELEVADORES.

La extracción con elevadores está indicada para las raíces que se encuentran bajo el nivel del alveolo, que ya no pueden ser prehendidas 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 penetra a los largo de la raíz y se hacen movimientos giratorios a lo largo del eje del instrumento, se obliga a la raíz a ceder hacia el otro lado 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, después puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas de extracción.

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.

ORGANIZACION DEL COAGULO



REPARACION OSEA

## ORGANIZACION DEL COAGULO.

Inmediatamente después de una extracción sobreviene una hemorragia 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 del plasma en fibrina insoluble.

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

El tromboxano A<sub>2</sub> 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 fibrinolisina que lisa la fibri-

na y el fibrinógeno con la producción de productos de la degradación del fibrinógeno.



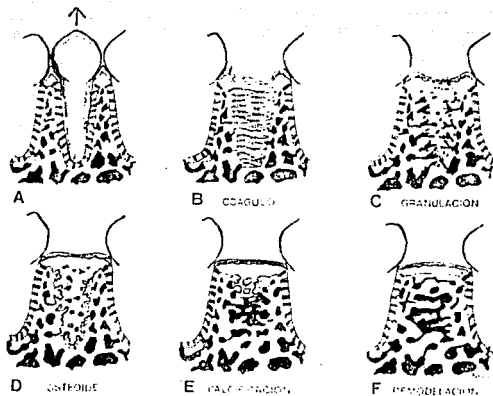
## REPARACION OSEA.

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 periodo, la región contigua que está por debajo del alveolo es defendida contra la invasión de microorganismos piógenos 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 se convierte en hueso a esto se le llama fase de calcificación, 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.



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

## ALVEOLITIS

## 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 mas sinonimias 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 aguda.
- 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 el maxilar inferior que en el maxilar superior. Archer dice que probablemente esto se relacione con una existencia de irrigación sanguínea mas abundante en dicho maxilar.

Existe mas frecuentemente en primer lugar en los alveolos de los molares y premolares permanentes mandibulares, después en 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 hueso 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 existe un incremento en la incidencia de alveolo seco en pacientes con edades entre los 30 y 40 años de edad y con una disminución significativa en pacientes de mas 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 propiciando así una alveolitis.

La incidencia de alveolitis con Xylocaina es mayor que 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 exeso de enjuagues bucales que algunos pacientes hacen después de que se les efectuó la extracción es un factor predisponente 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 granulomas o pequeños quistes de la región periapical o 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.

Claflin 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 las 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 fibrinolítico disuelve el coágulo sanguíneo y al mismo tiempo libera cininas apartir del cininógeno, que se encuentra en el coágulo ,ocacionando el intenso dolor.

Birn demostro 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 en el alveolo y la mezcla de sangre anterior a la formación del coágulo , esta ocurren -  
cia inicia un proceso hematológico complicado que resulta en la formacion de 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-aguada: Su diagnóstico no es fácil .El paciente la puede tolerar ,y calmar el dolor con analgésicos o enjuas comunes.

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

El dolor es del tipo constante ,intenso y se expande por que se 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 neurálgico intenso debido a esto, algunos autores le llaman alveolálgia; al principio, el alveolo presenta un color gris sucio y posteriormente este se desintegra, dejando un alveolo óseo gris o verde grisáceo que carece de tejido degranulación. No hay supuración, pero presenta un olor fétido 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 vacías). Se observa una considerable inflamación en la médula circundante.

La respuesta inflamatoria es consecuencia de la infiltración celular.

## EXAMEN BACTERIOLOGICO.

Los cultivos de osteitis alveolar revelan la presencia de una gran cantidad de bacilos fusiformes y espiroquetas de Vicent.

## ASPECTOS RADIOGRAFICOS.

La radiografía se realiza para observar si no existen espículas óseas, el estado del hueso, cuerpos extraños o raíces fracturadas que provoquen dolor, ya que no existe ninguna característica radiográfica que pueda distinguir una alveolitis. Por lo ya mencionado la radiografía es importante porque nos puede ayudar a determinar la causa y realizar así un mejor diagnóstico.

## MEDICAMENTOS QUIRURGICOS

Existe gran variedad de medicamentos para el tratamiento de la alveolitis de los cuales mencionare algunos:

Pell receta para la alveolitis:

Acido acetyl salicilico(antiputrescente y antiálgico)

Balsamo de Perú (estimulante y antiséptico)

Eugenol(antiséptico)

Benzoato de sodio (acción antifermentiva)

Lanolina (vehículo)

Fórmulas para el dolor de Durbeck :

1 (líquida)

Guayacol \_\_\_\_\_ 1 parte

Aceite de oliva \_\_\_\_\_ 4 partes

2(líquida)

Aceite mineral pesado \_\_\_\_\_ 1 parte

Eugenol \_\_\_\_\_ 1 parte

3(líquida)

Aceite de clavo \_\_\_\_\_ 1 parte

Aceite de wintergreen \_\_\_\_\_ 1 parte

Aceite de cassia \_\_\_\_\_ 1 parte

Clorobutanol \_\_\_\_\_ 125 grains

4 (pasta)

Petrulatum \_\_\_\_\_ 8 partes

Lanolina \_\_\_\_\_ 5 partes

Benzocaina \_\_\_\_\_ 1 parte

Eugenol \_\_\_\_\_ 3 partes

5 (pasta)

Ortoformo \_\_\_\_\_ 4 partes

Yoduro de timol \_\_\_\_\_ 6 partes

Aceite mineral \_\_\_\_\_ 5 partes

Vaselina \_\_\_\_\_ 5 partes

Romorino usa el Alvogil, compuesto por los siguientes medicamentos:

Triyodometano \_\_\_\_\_ 20%

Paraamidobenzoato de butilo \_\_\_\_\_ 25%

Eugenol \_\_\_\_\_ 135

Excipiente \_\_\_\_\_ 42%

Fórmula de Cabanne

Aspirina \_\_\_\_\_ 1.50g

Antipirina \_\_\_\_\_ 1 g

Aristol \_\_\_\_\_ 0.50g

Eugenol \_\_\_\_\_ 25 g

Todos estos tratamientos se usan en la alveolitis de intensa duración e intensidad, estos cementos quirúrgicos se retiran dos ó tres días después. En ocasiones es suficiente y eficaz el líquido

## FACTORES DE RIESGO.

Anticonceptivos orales: Mujeres que toman anticonceptivos orales muestran mayor grado de fibrinolisis que otras mujeres y hombres, en estas mujeres hay mas actividad fribinolítica en casos con alveolitis.

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

---

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

138 terceros molares retenidos fueron quirúrgicamente extraídos. Un estudio prospectivo de factores de riesgo asociados al desarrollo de osteítis alveolar post operatoriamente fueron efectuados. Dos cirujanos, uno con experiencia y otro sin experiencia, extrajeron los dientes. Los pacientes son controlados por edad, sexo, uso de anticonceptivos orales, dificultad radiográfica para la extracción, tabaquismo. Los pacientes tratados por un cirujano inexperto y con tabaquismo tienen una significativa incidencia de osteítis alveolar. Previamente se identificaron factores de riesgo como aumento en la edad, sexo femenino, uso de anticonceptivos orales y aumento en el tiempo quirúrgico.

---

## TRATAMIENTO

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

Existen varios tratamientos locales de los cuales mencionare algunos:

### TRATAMIENTO DE RIES CENTENO:

- 1.-Examen radiográfico;esto se hace con el fin de observar el estado del hueso y los borde óseos,cuerpos extraños,raíces o secuestros.
- 2.-Lavaje de la cavidad con clorro de suero fisiológico caliente.Para retirar las posibles esquirlas,restos de coágulo,fungosidades y dentritus.
- 3.-Lavaje con solución caliente de ácido fénico.
- 4.-Aislar el campo operatorio .
- 5.-Introducir en la cavidad alveolar una gasa con licor de Bonain,con pantocaína,dejarlo de 3 a 5 minutos.
- 6.-Se seca la cavidad alveolar y se coloca una gasa conalveoline,con cemento quirúrgico;esta gasa se renueva a las doce horas.

### TRATAMIENTO DE HOWE:

Lavar el alveolo con solución salina y remover todo el coágulo sanguíneo degenerado.Eliminar saliente óseas,empacar dentro del alveolo unrecubrimiento compuesto por óxido de cinc y eugenol con estrias de algodón.

### TRATAMIENTO DE ARCHER:

Irrigar el alveolocon solución salina ,aislar,después colocar en el alveolo solución de iodo,eugenol y cinc(óxido)evitando así la entrada de saliva o comida.Y colocar una gasa para que el paciente la muerda por 30 minutos.Esta rutina se efectua por 2 a 3 días.



## TRATAMIENTO DEL DR.VICTOR MANUEL BARRIOS

- 1.-Lavar con solución salina a presión.
- 2.-Limpiar el alveolo con gasas , hasta que la gasa salga con sangre y sin mal olor.
- 3.-Preparar un apósito quirúrgico(wondrpack).
- 4.-Empacar en el alvéolo el apósito.
- 5.-Citar a el paciente para revisión.

### APOSITO QUIRURGICO

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

Se presentá en forma de polvo y líquido:

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

El líquido es eugenol con aceite de cacahuete o de almen -- dras 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 ultimo se empaaca en el alvéolo.

Debido ala 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 ultima 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 falta cambiar la medicación que esta en el álveolo y en caso de que persiste el dolor, repetir todo el tratamiento.

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

El tratamiento sistémico se usa cuando fracasa el tratamiento local y cuando los dolores y las parestesias progresivas apuntan a la presencia de una neuritis, está indicado el empleo de lapenicillina y de la supracillina en forma de inyecciones intramusculares.

---

#### METRONIDAZOL TOPICO EN EL TRATAMIENTO DE LOS ALVEOLOS SECOS

En una prueba clínica a doble ciego, controlada por placebo se empleo para comprobar la eficacia del metronidazol tópico en el tratamiento de el alveolo seco. El vehículo para el agente activo fue una pasta de carboximetilcelulosa, el placebo se uso como vehículo. Los dos vehículos se saborizaron con pimienta. 55 pacientes completaron la prueba, 29 recidieron el placebo y 26 el metronidazol. El resultado demostró que el metronidazol promovió una curación más rápida ( $p < 0.01$ ) que el placebo. El metronidazol tópico es fácil de ejecutar por lo que el mismo paciente puede llevarlo a cabo en casa.

---

#### EL ROLE DE LA ULTRASONOGRAFIA DE BAJA FRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE ELVEOLITIS

Los autores combinaron pasta tepeutica especial y el USG de baja frecuencia para tratar la alveolitis reduciendo el número de visitas al dentista y acortar la duración del tratamiento. 15 pacientes fueron tratados por este método. Ellos visitaron al dentista dos veces menos.

---

CASOS CLINICOS PRESENTADOS EN LA  
CLINICA DE EXODONCIA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CASO CLINICO

### SOBRE ALVEOLITIS

Nombre:Sergio Molina Hernández. Edad:32 años Casado Ocupa -  
ción:Estudiante.

SINTOMATOLOGIA:Dolor intenso,radiado ,no podía abrir la boca ,  
.ni hablar.

CLINICAMENTE:Olor fétido ,agujero sin cicatrización ,en el  
interior se observo presencia de alimento así como un color  
verde oscuro,caracterrístico de una alveolitis.

TRATAMIENTO:Se lavo con solución fisiológica a presión ,se  
limpio con gasas hasta producir sangrado y eliminar el aroma  
fétido ,posteriormente se coloco un apósito quirúrgico(wondr--  
pack),se cito a el paciente a los ocho días y el paciente  
refirio que el dolor disminuyo depués de haber colocado el  
apósito.

## CASO CLINICO.

Masculino de 23 años de edad al que se le realizaron 2 cirugías, un canino y un segundo premolar retenidos izquierdos. La técnica de anestésia utilizada fué la palatina anterior y la infraorbitaria; el anestésico utilizado fué carbocaina.

Se realizó una incisión con hoja de bisturí del No 15, se levantó el colgajo por palatino, se realizó la osteotomía y ostectomía para poder localizar primero al segundo premolar, una vez localizado se hizo un punto de apoyo entre el hueso y el diente para luxarlo, una vez luxado con el elevador de bandera se eliminó y se cureteó la zona. Posteriormente se localizó el canino, el cual se encontraba hacia la zona de anteriores y se realizó osteotomía y ostectomía para liberar el canino, con lo que se observó que la corona del canino estaba a un lado de la raíz del lateral produciendo resorción en la parte distal, por lo que se tuvo que extraer el lateral para poder eliminar el canino, se realizó un punto de apoyo entre el canino y el hueso para poderlo luxar, una vez luxado con el forceps No 69 se extrajo, se cureteó la zona, se lavo con suero fisiológico, y por último se procedió a suturar con puntos aislados.

## CONCLUSIONES.

31

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 profiláxis 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.8aEdición,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 yGolman M.Henrry: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.-Mitchell Laura:Metronidazol tópico en el tratamiento de los alveolos secos .Br.Dental J.