

Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan

Dental alveolitis frequency and factors characterizing it

Dr. Virgilio León Montano,^I Dra. Cristina Victoria Hernández Roca,^I Dra. Indira Gómez Capote,^{II} Dra. Maureen Clausell Ruiz,^{II} Dr. Diego Michel Porras Valdés^{II}

^I Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

^{II} Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la alveolitis dentaria es la complicación postextracción dental más frecuente, caracterizada por un dolor postoperatorio en el alveolo, el cual se incrementa en severidad entre el primer y tercer día; síntoma que obliga al paciente a acudir al servicio estomatológico de inmediato.

Objetivo: describir la frecuencia de alveolitis dentaria y los factores que la caracterizan en el área de salud del Policlínico Docente Enrique de los Ángeles Betancourt Nenínger.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en el mencionado policlínico, de septiembre 2012 a septiembre 2013, con 140 pacientes, que después de realizada la exodoncia presentaron esta afección. Se recogió información y procesaron variables sociodemográficas, de caracterización y riesgo de alveolitis.

Resultados: el grupo de edad de 35 a 59 años representó el 5,72 %. El sexo femenino, 60 %; la localización mandibular, 51,4 %. El grupo dentario molares, 38,6 %; sin trauma del alveolo, 71,42 %, pero 82,85 % tienen hábito de fumar, y el 60 % no tuvo tratamiento con antibióticos.

Conclusiones: se concluyó que el grupo más afectado fue desde la mediana edad hasta el comienzo de la tercera, afectando más a las féminas, la localización mandibular y al grupo dentario molares. El trauma en el alveolo tiene una menor frecuencia, pero el hábito de fumar está relacionado con la mayoría de los afectados, y el tratamiento con antibióticos no influye en la aparición o no de alveolitis.

Palabras clave: extracción dental, alveolitis dental, complicaciones postextracción dental.

ABSTRACT

Background: Dental alveolitis is the most frequent dental post-removal complication, characterized by post-surgery pain in the alveolus, seriously increasing in the first and third day: this symptom makes the patient immediately visit the stomatologic service.

Aim: describing dental alveolitis frequency and factors characterizing it in the teaching Polyclinic Enrique de los Angeles Betancourt Neninger.

Materials and Methods: a cross-sectional, observational, descriptive study was carried out in the before mentioned polyclinic, from September 2012 to September 2013, with 140 patients showing this affection after removal. Information was collected and sociodemographic variables of alveolitis risk and characterization were processed.

Outcomes: the 35-59 years age group represented 5.72 %, and the 14-19 years one, 0 % from the total of the removals carried out; the female gender, 60 %; mandibular location, 51.4 %. The dental group molars represented 38.6 %; without alveolar trauma, 71.42 %, but 82.85 of the patients were smokers, and 60 % had not treatment with antibiotics.

Conclusions: it was concluded that the most affected age group was the one enclosing people from medium age to elder years, affecting more women, mandibular location and molars. The alveolar trauma is less frequent, but smoking habit is related with most of the affected people, and the treatment with antibiotics does not have influence in the alveolitis appearance or not.

Key words: dental removal, dental alveolitis, post dental removal complications.

INTRODUCCIÓN

La alveolitis dentaria es una complicación postextracción dental, local, dolorosa y reversible del alveolo.^(1,2) De aparición tardía, de 2 a 4 días después de la extracción, suele durar, ya sea con o sin tratamiento, unos diez o quince días.⁽³⁾ Se considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación, para organizar el coágulo sanguíneo, y al no organizarse, se desintegra.⁽⁴⁾

El término "alveolitis" es descrito por Blum (citado por la doctora Vallejos Valencia) como un dolor postoperatorio en y alrededor del alveolo dentario, el cual se incrementa en severidad en algún momento entre el primer y el tercer día postextracción, acompañado de una desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo intraalveolar, con presencia o no de halitosis.⁽⁵⁾ También lo definen como un estado de infección localizado, donde el alveolo está deshabitado o contiene restos de coágulo necrótico, asociándolo con mayor frecuencia a las extracciones difíciles y traumáticas, exceso de anestesia local, inmunodepresión, factores bacterianos, y otras.⁽⁶⁾

La alveolitis puede ser seca o húmeda. La forma seca se caracteriza por estar el alveolo abierto, sin coágulo y con paredes óseas desnudas, siendo el dolor violento y constante, que se exacerba con la masticación. Por su parte, en la alveolitis húmeda aparece la inflamación alveolar por la infección del coágulo, y el dolor es menos intenso que en la alveolitis seca.⁽⁷⁾

La primera vez que aparece este término en la literatura fue en 1896, utilizado por Crawford.^(4,8) La frecuencia de aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio, desde el 1 hasta el 70 %, aunque muchos estudios señalan entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales.⁽⁹⁾

Estos márgenes tan amplios en las cifras de aparición de la alveolitis, se debe a las diferencias en los criterios diagnósticos, los métodos de evaluación, la mezcla de datos procedentes de extracciones simples y de dientes retenidos, así como a la variabilidad en el tratamiento quirúrgico y postquirúrgico. El diagnóstico se realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico, donde se constata un alveolo doloroso y enrojecido, con sus márgenes edematizados, que al ser palpado o irrigado se torna hipersensible; la terapéutica está dirigida a eliminar la sintomatología dolorosa y a promover la curación de la herida alveolar.⁽¹⁰⁾

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se habla de un origen multifactorial. Considerados son por la literatura algunos factores de riesgo como el tabaquismo, diabetes mellitus, traumas excesivos de los bordes del alveolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos inflamatorios periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alveolo, restos radiculares, presencia de quistes y granulomas.⁽¹¹⁾

Este proceso se observa entre la tercera y cuarta décadas de la vida en la mayoría de los casos, y es más frecuente en el sexo femenino. Se plantea que los estrógenos y otras drogas activarían el sistema fibrinolítico de una forma indirecta (aumentando los factores II, VII, VIII, X y el plasminógeno), contribuyendo de esta forma a la lisis prematura del coágulo y al desarrollo de la alveolitis. Las dosis de estrógenos endógenos cambiantes durante el ciclo menstrual también influirían en este sentido, pues disminuyen la influencia fibrinolítica de estos en los días 23 a 28 del ciclo menstrual.⁽⁴⁾

El doctor Phillip Marucha, citado por Ahmad,⁽¹²⁾ director de Periodoncia, del Colegio de Odontología de la Universidad de Illinois, en Chicago, dijo: “[...] está científicamente demostrado que las mujeres son inferiores [...] en tiempo de cicatrización. Hemos descubierto que, cualquiera que sea la edad, las heridas de la mucosa bucal cicatrizan más rápido en los hombres que en las mujeres”. Las mujeres de mayor edad son las más expuestas a la cicatrización demorada. Esta “inferioridad” quedaría compensada con el dato de que a la inversa sucede con las heridas de la piel.

En Cuba, debido al alto grado de calificación de los profesionales y al grado de organización que han alcanzado los servicios estomatológicos, las cifras de prevalencia de alveolitis son del 3 al 4 % en la población que se realiza extracciones; cifras determinadas a través de sitios centinelas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.⁽¹³⁾

Debido al impacto que posee el dolor en el bienestar biopsicosocial del individuo, síntoma que le da la connotación a la afección, y por la que acuden los pacientes al servicio de forma urgente, se realizó este estudio con el objetivo de describir la frecuencia de la alveolitis dentaria y los posibles factores que la caracterizan.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el departamento de estomatología del Policlínico Docente Enrique Betancourt Neninger, del Consejo Popular de Alamar-Este, en el municipio La Habana del Este, en el período septiembre de 2012 a septiembre de 2013.

El universo estuvo conformado por los 3364 pacientes, quienes acudieron al servicio de estomatología a realizarse extracciones dentarias y la muestra fue el total de 140 pacientes con alveolitis dentaria, y a los cuales les fue practicada la exodoncia en el departamento de Estomatología del centro asistencial antes citado, y dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Se confeccionó una planilla para recoger los datos de cada paciente afectado. Esta fue llenada por el estomatólogo que recibió el caso, quienes funcionaron como facilitadores de la investigación. Se realizó un taller previo con vistas a homogenizar criterios diagnósticos en los estomatólogos. No se requirió tiempo extra del horario laboral de ellos, ya que los datos se recogieron en consulta y el instrumental para el examen del paciente fue el mismo que se utilizó en la consulta de atención primaria (pinza, espejo, explorador). Para el examen del paciente se utilizó la metodología propuesta en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.

Para calcular la frecuencia de presentación de esta afección, se obtuvieron del departamento de estadísticas del policlínico el total de extracciones dentales realizadas por grupos de edad en este período.

Los porcentajes de alveolitis se calcularon del número de exodoncias en cada grupo de edad.

Las variables que se utilizaron en el estudio fueron las siguientes:

- Edad del paciente. Se clasificó en los grupos de edades de 0 a 14, 15 a 19, 20 a 34, 35 a 59, 60 y más.
- Sexo del paciente. Se clasificó según género: masculino y femenino.
- Grupo dentario. Se clasificó según el grupo al que pertenece el diente extraído: incisivo, canino, premolar, molar y tercer molar.
- Localización. Se clasificó según el lugar donde se encontraba ubicada la alveolitis: maxilar y mandibular.
- Trauma en el alveolo. Se determinó su existencia según examen clínico del estomatólogo: sí y no.
- Hábito de fumar. Si el paciente tenía el hábito cuando se realizó la exodoncia: sí y no.
- Antecedente de diabetes mellitus. Si el paciente padece cualquier tipo de diabetes: sí y no.
- Antibioticoterapia. Si el paciente recibió tratamiento con antibiótico indicado por el estomatólogo, al menos 72 horas antes de realizada la exodoncia: sí y no.

Una vez recogida la información fue procesada utilizando las facilidades del programa Excel. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje, presentándose los resultados mediante tablas y gráficos.

RESULTADOS

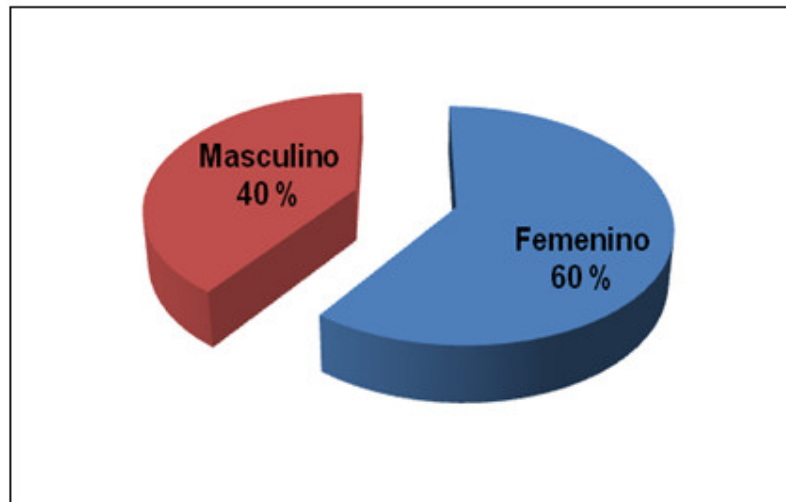
La tabla muestra el total de exodoncias realizadas y la frecuencia de alveolitis por grupo de edad. En el grupo de 35 a 59 años se realizó el 41,97 % de las extracciones dentales. No se reportó alveolitis en los menores de 14 años; las edades entre 35 a 59, un 5,52 %, y las de 20 a 34 años, 4,60 % de las extracciones realizadas.

Tabla. Pacientes con exodoncias realizadas y frecuencia de alveolitis, según grupos de edad.

Grupos de edad	Exodoncias		Alveolitis	
	No.	%	No.	%
Menor de 14	426	12,66	-	-
15-19	134	3,98	2	0,06
20-34	956	28,42	44	1,31
35-59	1 412	41,97	78	2,32
Mayor o igual a 60	436	12,97	16	0,48
Total	3 364	100	140	4,16

Fuente: Modelo de recogida de información.

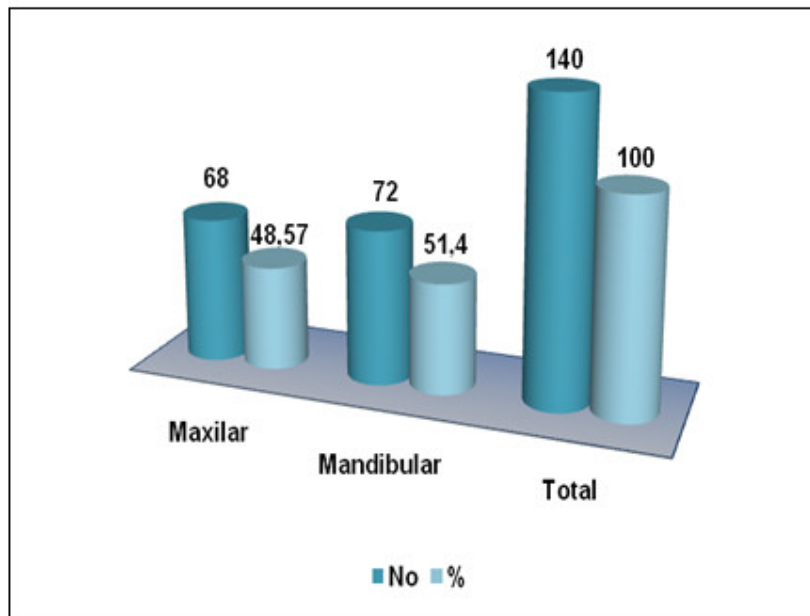
El gráfico 1 muestra la presencia de alveolitis según el sexo, y se evidencia que el 60 % son del sexo femenino y el 40 % del masculino, del total de pacientes con alveolitis.



Fuente: Modelo de recogida de información.

Gráf. 1. Pacientes con alveolitis, según sexo.

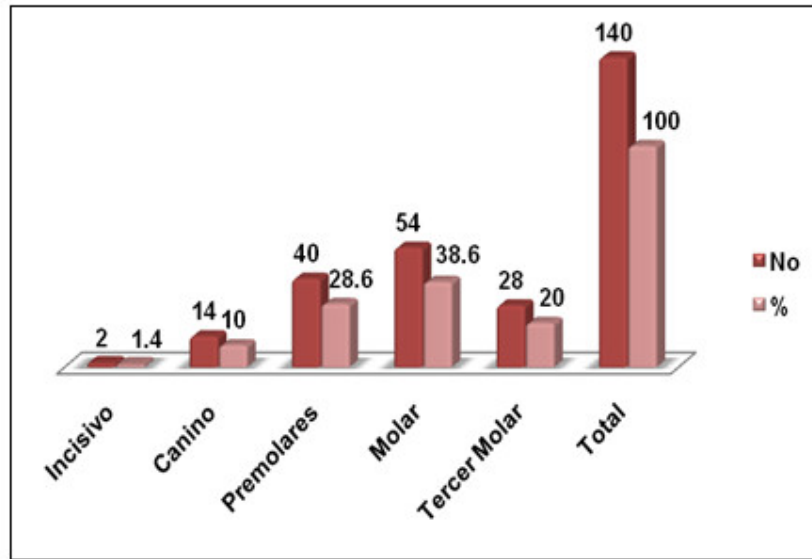
En el gráfico 2 se observa la distribución de la localización de la alveolitis en los casos estudiados. La localización mandibular tuvo una frecuencia de 51,4 % y la maxilar, un 48,57 % del total.



Fuente: Modelo de recogida de la información.

Gráf. 2. Localización de la alveolitis en los pacientes estudiados.

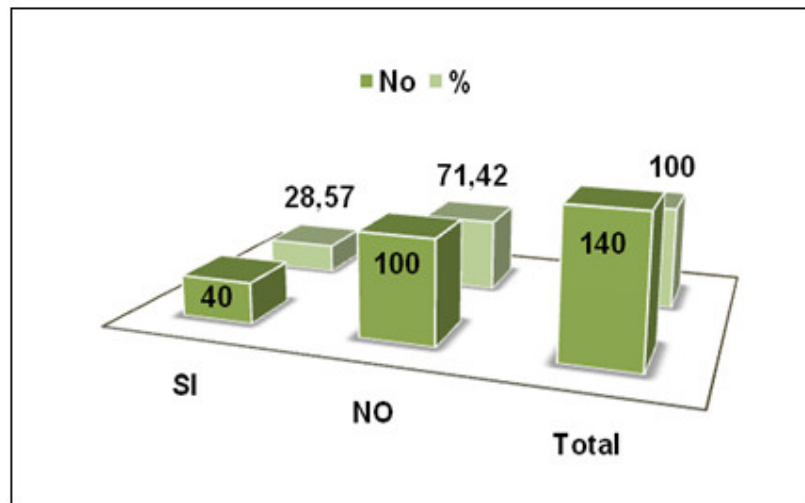
En el gráfico 3 se observa el número y el porcentaje de alveolitis en los grupos dentarios de los pacientes estudiados. Los molares, con 54 para un 38,6 % son el grupo dentario del diente extraído más frecuente en los pacientes con alveolitis dentaria.



Fuente: Modelo de recogida de la información.

Gráf. 3. Pacientes, según grupo dentario afectado.

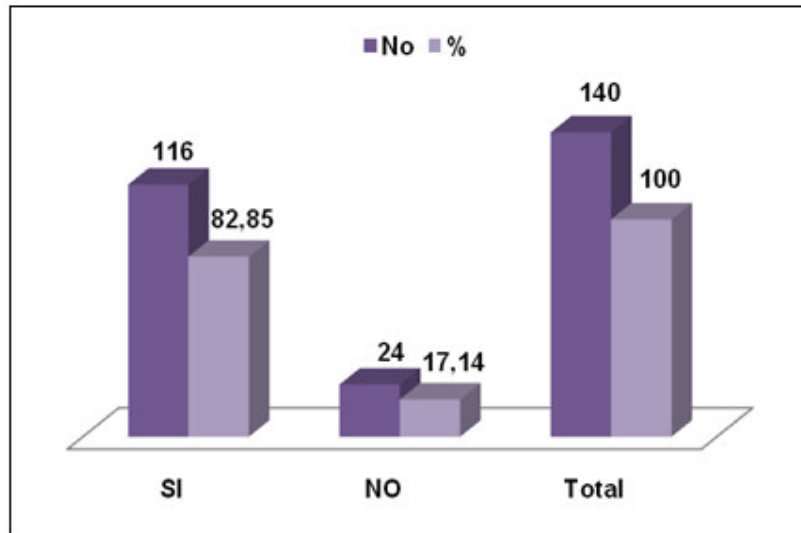
En el gráfico 4 se observan la distribución de los casos con alveolitis y con trauma en el alveolo dentario. El 71,42 % no presentó, y el 28,57 %, sí presentó la afección.



Fuente: Modelo de recogida de la información.

Gráf. 4. Distribución de los casos con trauma en el alveolo.

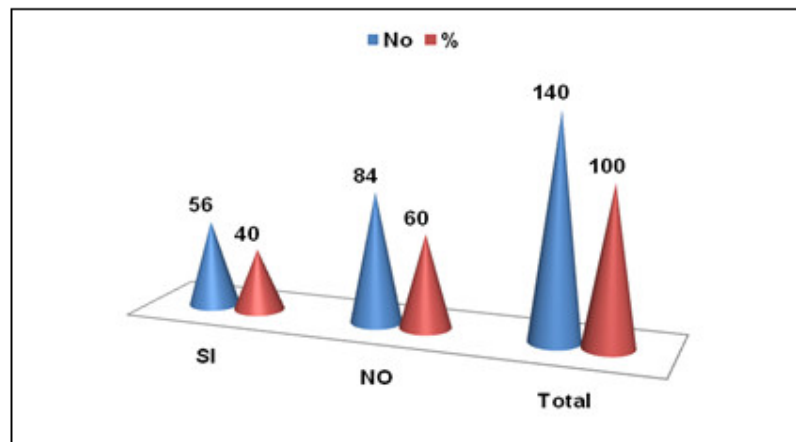
En el gráfico 5 se representan los pacientes con alveolitis y el hábito de fumar. El 82,85 % presentó hábito de fumar, y un 17,14 % no lo presentó.



Fuente: Modelo de recogida de la información.

Gráf. 5. Distribución de pacientes, según hábito de fumar.

El gráfico 6 representa el número y el porcentaje de pacientes con alveolitis dentaria según tratamiento con antibióticos en el momento de realizada la exodoncia, resultando 84, que representan un 60 % los que desarrollaron la enfermedad sin tener tratamiento con antibióticos.



Fuente: Modelo de recogida de la información.

Gráf. 6. Pacientes, según tratamiento con antibiótico.

DISCUSIÓN

La cifra encontrada de alveolitis es similar a la que se hace referencia en algunos estudios de otras poblaciones, que señalan entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales.^(4,8,10) Bagain, citado por la doctora Vallejos Valencia,⁽⁵⁾ encuentra resultados mayores: 9,4 % de los pacientes presentaron alveolitis luego de la exodoncia.

En Cuba, los sitios centinelas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, reportan de 3 a 4 % de alveolitis, elaborado en un escenario con el formato de los sitios de monitoreo dentro del Sistema Nacional de Salud.⁽¹³⁾ Los resultados de esta investigación concuerdan con lo anteriormente expuesto.

El Dr. Rafael S. Borgesy otros,⁽¹⁴⁾ en un estudio en Villa Clara, monitorean dicha afección por 1 año en un área de salud, y detectan 57 pacientes afectados. Ellos no refieren el dato sobre el total de las extracciones realizadas, que permitiría analizar si fue menor o mayor la frecuencia de presentación a la de este monitoreo en igual tiempo y en una zona urbana. Aunque se presume más bajo este dato al de este estudio.

Cuando se analizan los datos de la investigación y los de otros estudios revisados^(4,5,8,10,14), se aprecia que el porcentaje de individuos afectados por alveolitis es variable.

La ausencia de alveolitis en los menores de 14 años, se debe quizás a lo sencillo de las extracciones en dientes temporales, o a las exodoncias indicadas por ortodoncia, que son, por lo general, dientes completamente sanos, donde lo poco complejo del acto, unido al bajo conteo de microorganismos y a las capacidades defensivas efectivas en estas edades, pudieran estar condicionando este resultado para este grupo de edad. Morales Trejo⁽¹⁵⁾ defiende que el coágulo no se forma por un aporte sanguíneo insuficiente al hueso alveolar; cabe recordar que en el caso de la mandíbula, esta recibe aporte sanguíneo de la siguiente manera; en el niño y joven a través de una irrigación centrífuga y centrípeta, en cambio, en los adultos mayores y ancianos, esta irrigación cambia, siendo solo centrípeta, por lo que el periostio es el único responsable de proporcionar aporte sanguíneo, comprometiendo la nutrición de la misma.⁽¹⁵⁾ En la investigación de 2009, en Villa Clara, el Dr. Borges y otros,⁽¹⁴⁾ obtuvieron más representadas las edades entre 31-40 años, con un 40 % del total.

La mayoría de los casos afectados se observaron en la cuarta década de la vida, etapa en que como promedio se extraen mayor cantidad de dientes. Además, en esta etapa de la vida el aporte vascular del hueso disminuye, factores estos que incrementan la frecuencia de aparición de la alveolitis dental.⁽¹⁶⁾ La mayoría de las investigaciones coinciden en que se trata de una entidad más frecuente entre 20 y 50 años de edad. También está asociado a que la caries dental en estas edades muestra sus grados más avanzados, y en muchos casos la exodoncia es el tratamiento indicado.

También es sabido que el efecto de la testosterona podría ayudar a la curación más rápida en los hombres, por ser una hormona antiinflamatoria poderosa, abundante en la saliva. La doctora Rodríguez Alonso⁽¹⁷⁾ plantea que la alveolitis puede llegar a afectar a las mujeres en una relación de 5:1 respecto al sexo masculino, con una mayor frecuencia entre las que toman anticonceptivos orales; además, de que los cambios de estrógenos endógenos que ocurren durante el ciclo menstrual también pueden ocasionar esta afección.

Según el diente extraído, en la bibliografía médica se asevera que la citada alteración suele originarse en la mandíbula y afectar principalmente a los molares, pero de manera específica a los terceros. Generalmente se acepta que la mayor incidencia acontece tras la extracción de terceros molares mandibulares retenidos, en la que la aparición de esta complicación se tasa en un 20 al 30 % de las extracciones dentarias, 10 veces más que el resto de las extracciones dentales.⁽¹⁰⁾ En un estudio se reporta una mayor incidencia en terceros molares inferiores.⁽¹⁸⁾ En este estudio la mayor incidencia es en la localización mandibular, lo cual se ha atribuido a la densidad del hueso alveolar posterior de la mandíbula.

La alveolitis en la mandíbula es más frecuente que en el maxilar. Alonso⁽¹⁹⁾ asocia esta incidencia al menor aporte sanguíneo mandibular, sobre todo en sectores posteriores (cortical gruesa, pequeños espacios medulares). La dificultad de la extracción y el trauma quirúrgico, por ejemplo, no ha sido demostrado como un factor de riesgo, tal vez debido a que el tiempo de intervención quirúrgica no sea un buen indicador de la dificultad de la extracción o más importante aún, del trauma que se produce. Sin embargo, podría relacionarse como factor, la inexperiencia del cirujano, provocando un mayor trauma durante la extracción. Este produciría un retraso en la curación alveolar, y puede dar lugar a trombosis de los vasos subyacentes y a una menor resistencia a la infección del hueso alveolar.⁽²⁰⁾ También el tipo de cirugía podría originar alveolitis dentaria; ya que existe una correlación positiva entre la cantidad de traumatismo durante la cirugía y la aparición de sintomatología dolorosa. Bortoluzzi y otros,⁽²¹⁾ asocian a la técnica de seccionar la pieza dentaria, con la aparición de alveolitis.

Al analizar el agente causal de la alveolitis dental, se puede apreciar que el tabaco es un factor de riesgo importante en la aparición de esta complicación estomatológica, ya que la nicotina produce vasoconstricción de los vasos periféricos, y después de la exodoncia el efecto mecánico de la succión durante la aspiración del humo puede favorecer el desplazamiento del coágulo.⁽¹⁶⁾ Se plantea que la tasa de alveolitis aumenta en un 20 % en pacientes que fuman más de un paquete por día, y hasta un 40 % si el paciente fuma el día de la cirugía o en el posoperatorio inmediato. La incorporación de contaminantes a la herida y el efecto de succión sobre el coágulo en formación, son los mecanismos por los que el tabaquismo interfiere en la cicatrización alveolar.⁽⁸⁾

Lodi⁽²²⁾ plantea la eficacia de los antibióticos sistémicos para la prevención de la alveolitis, y que es considerado uno de los factores protectores de la entidad que se estudia. Aunque se cree que su uso podría prevenir la aparición de infecciones y de alveolitis, reporta que no es necesario el uso de antibióticos como profilácticos. Su uso no está recomendado a menos que el paciente esté inmunocomprometido, o si existiera el riesgo de desarrollar osteomielitis.⁽²²⁾

La escuela cubana de Estomatología no promueve el uso de antibióticos para la prevención de la alveolitis; excepto en casos con enfermedades sistémicas debilitantes, descompensadas, afecciones del sistema inmune, o que comprometan la cicatrización de tejidos. Otros señalan que no existe evidencia concreta a favor o en contra de la eficacia de la antibioterapia sistémica preventiva.⁽¹⁵⁾ Además, se conoce que el uso inapropiado de antibióticos, puede causar aumento de las resistencias bacterianas y de los costos del tratamiento. Las indicaciones de la Federación Dental Internacional, para la prescripción racional de antibióticos en la profesión dental, no incluyen la prevención de alveolitis entre las indicaciones que requieren tratamiento antibiótico.

Se concluye que el grupo más afectado fue desde la mediana edad hasta el comienzo de la tercera, variable condicionada por el patrón de irrigación al hueso

alveolar descrita por algunos autores. Las féminas, son las más afectadas, lo que se relaciona con la prevalencia de estrógenos en el ciclo menstrual de la mujer. La frecuente localización mandibular y el grupo dentario molar en esta afección están condicionados por las características del hueso alveolar de la zona. El trauma en el alveolo y el tratamiento con antibióticos tienen una menor frecuencia, características que quizás no constituyen factores a tener en cuenta en la aparición de dicha entidad. El hábito de fumar estuvo relacionado en la mayoría de los afectados, condición que favorece la incorporación de contaminantes a la herida, el efecto de succión sobre el coágulo en formación y los daños vasculares locales que presenta el paciente con este hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Summers A. Emergency management of alveolar osteitis (Cover story). Emergency Nurse [Internet]. 2011 [citado 2 Mar 2015];19(8). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=69826745&lang=es&site=eds-live>
- 2- Morejón Álvarez F, Pino Malagón E, Morejón Álvarez T. Efectividad de la magnetoterapia en el tratamiento de la alveolitis. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Abr-Jun [citado 2 Mar 2015];15(2). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/761>
- 3- Gámez Y, del Mazo L, González S, Céspedes Ruiz A, Mateo A. Eficacia del extracto fluido de Vimang® en el tratamiento de pacientes con alveolitis. Medisan [Internet]. 2014 Sep [citado 2 Mar 2015];18(9). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/SAN%2018%289%29/HTML/san01189.htm>
- 4- García González V, Solís Cartas U, Ulloa Alfonso A. Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. Rev Cub Reumatología [Internet]. 2014 [citado 4 Feb 2015];XVI(1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320>
- 5- Vallejos Valencia BA, Marino Espinosa AE. Frecuencia de complicaciones post exodoncias simples. Rev Oral [Internet]. 2012 Sep [citado 8 Ene 2015];13(42). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=87388&id_seccion=2029&id_ejemplar=8607&id_revista=124
- 6- Bestard Romero J, Ocaña Fontela N, López Vantourt AC, García Fajardo IM, Escalona Betancourt M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario "Josué País García". Medisan [Internet]. 2011 [citado 14 Ene 2015];15(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000600011&script=sci_arttext
- 7- Berrio Rey Y, Rey Ávila ME. Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. Medicentro Electrón [Internet]. 2013 ene-mar [citado 23 Ene 2015];17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000100004
- 8- Bergara Buenaventura A. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. Rev esp cir oral maxilofac [Internet]. 2014 [citado 23 Ene 2015];36(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.006>

- 9- Olate V, Olate G, Cortes B, Olate S. Urgencias odontológicas en la provincia de Cautín-Chile, entre los años 2009 a 2013. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2014 [citado 7 Feb 2015];8(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000300020&script=sci_arttext
- 10- Marchena Rodríguez L, Osorio Robles M, Fernández Ortega CM. Revisión sistemática: Complicaciones en las extracciones de 3º Molares. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2014 Dic [citado 7 Feb 2015];8(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000300020&script=sci_arttext
- 11- Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2013 [citado 7 Dic 2014];16(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.116897>
- 12- Ahmad Reza N, Rawle F, Philbert. Modern concepts in understanding and management of the "dry socket" syndrome: comprehensive review of the literature. *Oral Endodontology* [Internet]. 2008 [citado 25 Nov 2014];107(1). Disponible en: http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugiabucal/tema-2/page_12.htm
- 13- Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Integral a la Población. La Habana: MINSAP; 2009. p. 97.
- 14- Borges R, Caraballo Y, Carrasco J, Sánchez J, Morell D, Alonso E. Evaluación de pacientes afectados de alveolitis: uso del metronidazol tópico en dosis única. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2009 Apr [citado 2 Mar 2015];11(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=59623974&lang=es&site=eds-live>
- 15- Morales Trejo B. Alternativas de tratamiento para la osteitis alveolar (alveolo seco) y revisión de la literatura. *Rev ADM* [Internet]. Nov-Dic 2011 [citado 2 Dic 2014];LXVIII(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od116d.pdf>
- 16- Bravo Venero A, Díaz García L, Armas González L. Tratamiento de la alveolitis dental con tintura de propóleos al 5 %. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2012 Jan [citado 2 Mar 2015];46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152012000100012&script=sci_arttext&tlng=pt
- 17- Alonso G, Moya M, García A. El sexo y el hábito de fumar como factores asociados a la alveolitis postextracción. *Medicentro Electrón* [Internet]. 2010 Mar [citado 2 Oct 2014]. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/188>
- 18- Tek M, Akkas I, Toptas O, Ozan F, Sener I, Bereket C. Effects of the topical hemostatic agent Ankaferd Blood Stopper on the incidence of alveolar osteitis after surgical removal of an impacted mandibular third molar. *Nigerian Journal Of Clinical Practice* [Internet]. 2014 Jan [citado 2 Mar 2015];17(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=93640849&lang=es&site=eds-live>

19- Alonso G, Reyes L, Moya M, Gálvez B. Prevalencia de la alveolitis postextracción y factores asociados en la población mayor de 15 años. *Medicentro Electrón* [Internet]. 2010 Mar [citado 2 Mar 2015]. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/187>

20- Millones Gómez P, Huamaní Muñoz W. Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis seca postexodoncia simple. Ensayo clínico aleatorizado de grupos en paralelo, controlado y ciego simple. *Rev Esp Cir Oral Maxilo Fac* [Internet]. 2014, [citado 2 Mar 2015];XXX(XX). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.004>

21- Bortoluzzi MC, Capella DL, Barbieri T, Marchetti S, Dresch CP, Tirello C. Does smoking increase the incidence of postoperative complications in simple exodontia? *Int Dent J*. [Internet]. 2012 [citado 2 Mar 2015]; 62(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00098.x>

22- Lodi G, Figini L, Sardella A, Carrassi A, del Fabbro M, Furness S. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [citado 2 Mar 2015];(11). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003811.pub2>

Recibido: 18 de marzo de 2015.

Aceptado: 24 de agosto de 2015.

Virgilio León Montano. Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. Ramón Pintó No. 202 e/ Ensená y Villanueva. La Habana. Cuba. Correo electrónico: vleon@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

León Montano V, Hernández Roca CV, Gómez Capote I, Clausell Ruiz M, Porras Valdés DM. Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2016 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 38(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2910/1377>