

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

ALVEOLITIS

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

"Clínica Integral con servicio Estomatológico, UAM Iztapalapa"

Nombre del pasante de servicio social: Brandon Joset Huerta Chavarria

Matricula: 2173029002

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: 1 de agosto del 2022 al 31 julio del 2023

FECHA DE ENTREGA:

NOMBRE DE LOS ASESORES RESPONSABLES:

Asesor externo: Dra. Araceli Hernández Alpizar

Asesor interno: Dra. Patricia Enzaldo de la Cruz



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL
C.D Araceli Hernández Alpizar
SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

Patricia Enzaldo G

ASESOR INTERNO

C.D. Patricia Enzaldo de la Cruz

J. Buzpeán

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE
ESTOMATOLOGÍA

Resumen del informe

El presente documento es un informe del servicio social el cual realicé en la Clínica Integral Estomatológica, "UAM Iztapalapa (UAM- I)", ubicada en el edificio M planta baja, con un periodo de inicio del 1 de agosto del 2022 al 31 de julio del 2023.

Por su parte, en el trabajo bibliográfico sobre el tema "Alveolitis", se describe su etiología, diagnóstico y tratamiento de esta complicación postoperatoria, ya que es una condición debida a un proceso inflamatorio e infeccioso, localizado en el hueso alveolar y constituye una complicación común en el área odontológica; que se produce tras una extracción simple o cirugía de un órgano dentario, y aunque no se ha determinado su etiología, múltiples factores predisponen a la necrosis del coágulo, provocando con ello la exposición del hueso alveolar, esto hace que esta complicación postoperatoria sea frecuente en la práctica estomatológica, por consiguiente la principal arma terapéutica, por tanto, es la prevención.

La relevancia del presente trabajo radica en la adecuación de la atención que se brinda a los pacientes ante esta condición; por lo tanto, el estomatólogo debe planificar, tomar y proporcionar medidas preventivas como las indicaciones postoperatorias necesarias para esta condición postoperatoria, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Posteriormente se encuentra la descripción de la plaza donde se realizaron mis prácticas profesionales, realice el servicio social, describiendo los recursos físicos, humanos y los servicios que se ofrecen en la clínica. En seguida se encuentra el informe numérico narrativo, se describen las actividades que realicé durante el servicio social, las cuales están representadas en tablas mensuales y anuales, posteriormente se encuentra el análisis de la información de las actividades realizadas.

Finalmente, se encuentra la conclusión del servicio social en la clínica estomatológica de la UAM-I, donde he desarrollado habilidades y técnicas para brindar un servicio estomatológico en una clínica o de forma privada.

Palabras clave: Alveolitis, Causas, Etiología, Tratamiento

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	7
2.1.0 Introducción	7
2.1.1. Objetivo	7
2.1.2 Materiales y métodos	7
2.2. Marco Teórico	7
2.3 Resultados	28
2.4 Discusión	30
2.5 Conclusiones	33
2.6 Anexos	34
2.7 Bibliografía	35
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	40
CAPÍTULO IV: INFORME NUMERICO NARRATIVO	42
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	58
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	59

CAPITULO I: INTRODUCCION GENERAL

El presente documento es un informe del servicio social, el cual realicé en la clínica estomatológica de la UAM Iztapalapa (UAM-I), durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2022 y el 31 de julio de 2023.

Principalmente, es un trabajo bibliográfico sobre la alveolitis, donde se describen los síntomas, el diagnóstico, los factores etiológicos y el tratamiento de esta afección, enfatizando su importancia como una condición común en la práctica estomatológica.

Posteriormente, describo la plaza de servicio social donde realicé mis prácticas profesionales, donde se incluye la ubicación, una descripción del servicio estomatológico, en donde se mencionan como se encuentra integrado, en cuanto inmobiliario, insumos y material, así como la conformación del equipo de trabajo; así mismo la descripción de los programas y actividades que se llevan a cabo dentro de la clínica, también se presenta la organización que se encuentran en la plaza. La clínica tiene como objetivo brindar atención bucodental de calidad a la comunidad UAM-I, y del mismo modo desarrollar habilidades en el campo laboral de los alumnos de servicio social para formar profesionales con un fuerte compromiso social.

Consiguiente se encuentra el informe numérico narrativo, en el cual describo las actividades que desarrollé en el servicio social, que están presentadas en tablas mensuales y anuales.

Después se encuentra el análisis de la información de las actividades realizadas en el servicio social, donde se presenta una descripción y análisis de los datos que aparecen en las tablas y gráficas, así como la información de otras actividades realizadas durante mi servicio social.

Por último, realicé mi conclusión, presentando una descriptiva si es que en esta plaza desarrollé habilidades y destrezas para brindar un servicio estomatológico en la práctica profesional en un consultorio particular.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

2.1.0 Introducción

La alveolitis es la complicación postoperatoria más frecuente tras la extracción de dientes permanentes y oscila entre el 3-4% después de extracciones dentales simples y entre el 1-45% después de la extracción de los terceros molares mandibulares. (1,2,3,4,5)

Esta tiene un proceso inflamatorio e infeccioso localizado de manera superficial en el alvéolo durante el primero o tercer día posterior a la extracción, que se produce debido a que la sangre no coagula de manera adecuada, lo que permite que las terminaciones nerviosas queden expuestas y que se pueda desarrollar una infección bacteriana posterior, en donde se presenta un intenso dolor que se reagudiza en el entre el tercer y cuarto día , acompañado por mal olor y en algunos casos hasta fiebre.(3,4)

El dolor es el principal síntoma y motivo de consulta estomatológica y este puede ser desde leve hasta exasperante y este no se reduce con el consumo de analgésicos. (2,3,7,8,9)

Actualmente, el manejo de la alveolitis se enfoca en aliviar los síntomas informados por los pacientes mediante el uso de agentes paliativos como soluciones de irrigación e incluso medicamentos. Sin embargo, hasta el momento no se ha llegado a un consenso sobre su manejo, ya que su patogenia exacta sigue siendo poco estudiada. (6)

La teoría más generalizada sostiene que la desintegración fibrinolítica del coágulo se ha incrementado debido a la infección o el traumatismo quirúrgico, ambos de ser el causante de la alveolitis. (3) La alveolitis es de origen multifactorial tanto a nivel sistémico como local, por lo que se han empleado diferentes estrategias terapéuticas. (6)

Otros factores que contribuyen a la alveolitis son el género femenino ya que tiene una incidencia variable, entre el 1 y el 5%, el hábito de fumar, los anticonceptivos orales, la poca experiencia del operador, los dientes mandibulares y la irrigación o curetaje excesivos del alvéolo después de la extracción. (3)

2.1.1. Objetivo

- Conocer la etiología, diagnóstico y tratamiento de la alveolitis

2.1.2 Materiales y métodos

Para el desarrollo de esta investigación de tipo documental, se buscó bibliografía verídica de recursos vía internet como revistas de Scielo, Redalyc, Medigraphic, y páginas universitarias como la Bidi UAM, entre otras para llegar a la obtención de los recursos de información, para el efectuar este informe de servicio social con el tema "Alveolitis"

2.2. Marco Teórico

Definición

Hay términos que se utilizan para referirse a esta patología, algunos de estos son: "osteítis alveolar", "osteítis alveolar localizada", "alveolitis fibrinolítica", alvéolo necrótico", "alveolalgia", "alveolitis sicca dolorosa", alveolitis postoperatoria, alvéolo séptico y osteomielitis localizada. (6,10,11,12,13,14)

Se define la alveolitis como un proceso inflamatorio e infeccioso y está localizada en el hueso alveolar, esta es una complicación postextracción reversible del alveolo

superficial de aparición tardía, ya que se presenta entre 2 y 4 días después de la extracción del diente, suele durar unos 10 a 15 días, con o sin tratamiento. (5,6,11)

Además de que es una de las complicaciones más dolorosas con dolor leve a severo y es la causa más común en el servicio de urgencias. (15,16)

Se piensa que es una condición necrótica del coágulo, ya que en este proceso los vasos sanguíneos no permiten la proliferación de capilares o tejido de granulación, lo que da como resultado coágulos que no pueden formarse y se desintegran fácilmente provocando un retraso en la cicatrización y desprendimiento del coágulo. (17)

Cuadro clínico

Tiene un aspecto típico al segundo o tercer día después de la extracción del diente y suele durar entre diez o quince días con o sin tratamiento. Los pacientes experimentan una molestia leve inicialmente, seguida de una mejoría leve y un deterioro repentino del coágulo, que está acompañado con dolor intenso aun utilizando analgésicos. (10)

Epidemiología

La frecuencia de esta complicación alveolar varía entre 0.5-5% en extracciones no quirúrgicas y puede ocurrir en la extracción de cualquier diente, ocurriendo en 15-30% después de extracciones de tercer molar impactado. (10)

Aunque se ha informado hasta en un 70%, esto ocurre en la mayoría de los casos después de la extracción del tercer molar retenido, incluso con la técnica más perfecta, una excelente técnica aséptica y la competencia y buen juicio del cirujano, también suele ocurrir. (10,11,12,13,22,24)

Las mujeres se vieron más afectadas que los hombres, pero esto parece deberse al uso de anticonceptivos orales más que a cualquier preferencia de género subyacente. A diferencia de otras formas de infección de heridas, la osteítis alveolar ocurre con mayor frecuencia en grupos de edad más jóvenes, aunque la infección de heridas tiende a aumentar con la edad. (24)

Imagenología

Radiológicamente no se observaron cambios significativos y en estadios avanzados se pueden detectar áreas de escasez que se extendían desde la corteza alveolar hasta el tejido óseo adyacente. Histológicamente, se observó una tendencia de la osteítis confinada a la placa alveolar a progresar hacia el tejido óseo adyacente. (10)

Signos y Síntomas de la Alveolitis

- Los signos más evidentes son ausencia de coágulos, exposición ósea y mal aliento (halitosis). (4)
- En algunos casos, se puede observar un ligero aumento de la temperatura.
- Es más común en mujeres, y la mayoría de los casos ocurren entre los 30 y 40 años. (4)
- El síntoma característico es un dolor intenso en la zona alveolar. Por lo general, el dolor comienza el día 2 o 4 después de la cirugía y puede persistir durante días o semanas si no se trata. (4)

Diferenciación entre otras patologías

- Clínicamente se caracteriza por la presencia de un alveolo expuesto sin coágulos sanguíneos, paredes óseas expuestas y márgenes gingivales separados. (9,10, 17)
- El paciente presenta disgeusia, dolor agudo e irradiado con adenopatías y leve halitosis, dificultad en la función de la cavidad oral, dolor que aumenta en succión y masticación, persiste durante días, mal olor de boca, fetidez a la exploración, edema en la zona y clínicamente se observa una pérdida parcial o total del coágulo (algunos son de color grisáceos). (11,12,13)
- El alvéolo se encontrará o no lleno de restos de alimentos. (9)
- El dolor puede que se irradie hacia el oído y la sien del mismo lado. (10)
- Se puede encontrar el alveolo con trombos necróticos con alta sensibilidad. (9,17)
- Es raro desarrollar alveolitis en el primer día postoperatorio porque el coágulo necesita tiempo para ser afectado por la plasmina. Ya afectado por la plasmina provocaría que el coágulo de sangre se desprenda prematuramente. (10)
- La frecuencia de esta condición varía entre el 1% y el 4% de todas las extracciones dentales. Puede ocurrir con la extracción de cualquier diente, muy probablemente después de la extracción quirúrgica del tercer molar inferior impactado, que puede ser 20-30%. (1,3,18)

Tipos de alveolitis

Podemos distinguir dos tipos de alveolitis que pueden ocurrir después de una extracción dental, la alveolitis seca y la húmeda. (19)

La alveolitis seca, en donde el alvéolo está abierto, con paredes óseas hundidas, sin coágulo en el interior, con presencia de restos de alimentos y líquidos, acompañado de dolor agudo y constante, que se exacerba con la masticación. (19,20)

Y la alveolitis húmeda, la cual presenta un coágulo necrótico, lo que provocará una inflamación alveolar y el dolor no será tan fuerte como en el alveolo seco. (19,20)

A) Alveolitis Húmeda:

La alveolitis húmeda, supurativa o purulenta es una inflamación caracterizada por infección de los alvéolos y coágulos sanguíneos en los que la hemorragia se acompaña de un fuerte exudado purulento y tejido con un tono oscuro. Suele ocurrir de 48 a 72 horas después de la extracción del diente y se caracteriza por dolor intenso, así como mal aliento y sabor. (21, 22)

Este tipo de alveolitis es el resultado de una reacción después de la extracción del diente a objetos extraños en el alvéolo del diente, como restos de un diente roto, fragmentos de hueso y, en algunos casos, residuos de relleno de dientes adyacentes que cayeron en el proceso de extracción del diente. (21)

La alveolitis húmeda es menos dolorosa que la alveolitis seca, pero puede producir un olor desagradable en el área afectada. (21)

Características clínicas particulares

- Clínicamente se puede observar que la pared alveolar está expuesta, cubierta por una capa gris amarillenta y tejido necrótico, con inflamación pronunciada, eritema y margen gingival rojizo alrededor del alvéolo, en la mayoría de los casos halitosis por acumulación de alimentos, sangre, saliva y bacterias en los

alvéolos. (21)

- Se manifiesta con un dolor irradiado y de localización profunda, que empeora gradualmente durante la masticación y puede causar trastornos del sueño y de la alimentación. El grado de dolor está relacionado con el grado de daño tisular. (21)

B) Alveolitis Seca:

La alveolitis seca o también conocida como osteítis alveolar (AO), osteítis localizada, síndrome de osteomielitis post-extracción, alveolgia, alvéolo a vascular, alvéolo séptico, alvéolo necrosante. alveolitis sicca dolorosa, curación tardía de heridas por extracción y alveolitis fibrinolítica. (10,23,24)

Es una complicación posterior a la extracción dental muy común desagradable, que es más frecuente a la extracción de dientes permanentes, debido a la ruptura del coágulo dentro de la herida y deja el hueso al descubierto. (23,24,25)

Se puede definir como "dolor postoperatorio en y alrededor del sitio de extracción, que aumenta en cualquier momento entre el primer y el quinto día después de la extracción, acompañado de disolución parcial o total del coágulo de sangre en la cavidad del diente con o sin halitosis. (24)

Durante los primeros 2 días después de la extracción del diente, es menos probable que aparezcan alvéolos secos debido a la presencia de antiplasmina, que luego se ingiere. La plasmina hace que los coágulos de sangre se disuelvan y produzcan dolor (cininógeno-cininas). (10)

La mayoría de los estudios recomiendan apósitos intraalveolares con diversos fármacos y, en algunos casos, antibióticos y analgésicos si es necesario. La alveolitis seca generalmente se presenta con una membrana de tejido necrótico totalmente vacía o parcialmente cubierta con un color amarillo grisáceo. (10)

Los factores predisponentes son enfermedad sistémica preexistente, sexo femenino, anticonceptivos orales, infección bacteriana, tabaquismo. (10)

Características clínicas particulares

- Clínicamente se observa el hueso alveolar expuesto, ya que no se han formado coágulos de sangre y la mucosa peri alveolar está hinchada. (6 20) En algunos casos, aparece un coágulo grisáceo, luego se cae y desaparece por completo. (6)

Fisiopatología de la alveolitis

La alveolitis, que se considera una de las complicaciones médicas más comunes de la odontología, ocurre después de la extracción dental a causa de una infección de los alvéolos, provocando que el trombo se desprende después del procedimiento de extracción dental. Su tratamiento utiliza irrigación artificial, anestesia local, raspado alveolar y el uso de antibióticos analgésicos o antiinflamatorios. (26)

Al finalizar la exodoncia el alvéolo debe llenarse de sangre para lograr un apropiado proceso de cicatrización y una correcta hemostasia, permitiendo la formación del coágulo sanguíneo que se organizará a partir del tercer día. (6,21)

Si esto no ocurre, la cicatrización alterada de la herida alveolar se asocia con un aumento de la fibrinólisis local causada por la activación del plasminógeno. (21)

Durante la alveolitis, se desarrolla en ausencia de vasos sanguíneos no se forma la erupción de capilares, y por lo tanto el coágulo de sangre que se descompone fácilmente no tiene organización; resultando en su pérdida prematura, y exposición

del hueso alveolar al aire, alimentos y líquidos, provocando molestia y dolor. (6)

Por su parte, el proceso de infección reduce el límite de formación de hueso nuevo, retrasando así la cicatrización alveolar. (6,21)

La alveolitis puede ocurrir en pacientes con predisposición a la insuficiencia vascular (como enfermedad vascular, osteosclerosis o enfermedad de Paget) o en pacientes sin ninguna predisposición a enfermedades sistémicas como: diabetes mellitus, discrasias sanguíneas, uso prolongado de antiinflamatorios, uso excesivo de vasoconstrictores y cambios hormonales durante la menstruación. (26)

Pero, en cualquier caso, el pronóstico y el tratamiento varían según el paciente. Generalmente se acepta que la enfermedad alveolar es más común en la extracción de terceros molares incluidos. (10)

Factores de riesgo

Algunos factores que interfieren son:

1. La dificultad de la extracción.

La dificultad de la extracción no se considera como un factor de riesgo determinante, sin embargo, la inexperiencia del cirujano y mala técnica relacionada con un mayor trauma y el consecuente retraso en la curación de los alvéolos se ha documentado ampliamente. (10, 26)

Se descubrió que el motivo de extracción y, en particular, la fractura radicular, estaban asociados con una mayor probabilidad de alveolitis postoperatoria. (27)

2. La falta de experiencia del cirujano.

La inexperiencia del cirujano podría ser crucial para que se desarrolle la alveolitis. (6)

- Experiencia laboral. La vasta experiencia del cirujano en el campo de la cirugía augura una operación sin dolor y una rapidez en el procedimiento. La forma en que el operador actúa influye en el comportamiento del paciente. Si el paciente percibe poca experiencia, puede experimentar un mayor nivel de ansiedad y tener complicaciones. (19)

La cirugía traumática que no esté acompañada de antibióticos postoperatorios está asociada a la alveolitis. (19)

3. La falta de irrigación intraoperatoria.

Usando un enjuague tópico como suero fisiológico o suero fisiológico, se puede limpiar la zona para eliminar restos y residuos bacterianos. Se ha demostrado que el sangrado después de la extracción del diente es muy importante para la curación del hueso. Dado que no se elimina con un enjuague excesivo, existe una mayor probabilidad de que se formen coágulos de sangre, impidiendo así el desarrollo de osteítis alveolar. (6)

4. El uso de anestésicos.

No hay evidencia de que el tipo de anestésico aumente la incidencia de alveolitis, pero si el uso excesivo de vasoconstrictores puede retrasar la cicatrización al reducir el sangrado y la tensión del oxígeno aumentando la fibrinólisis. (6,19)

Además, las condiciones anatómicas de los vasos mandibulares predisponen a un mayor riesgo de infección, por lo que deben evitarse condiciones que favorezcan un estado isquémico, como el uso excesivo de anestésicos con vasoconstrictores y su penetración a bajas temperaturas. (6)

5. La vejez.

A diferencia de los pacientes adultos mayores, los ligamentos periodontales de los pacientes más jóvenes son ricamente vascularizados y delgados. (19,24)

Se cree que la edad avanzada puede predisponer a la enfermedad alveolar porque los pacientes adultos tienen ligamentos periodontales más delgados y menos enrojecimiento. (6)

Esto predispone a los pacientes mayores de 60 años a la alveolitis. (19)

6. El género.

La alveolitis afecta a mujeres 5:1 en comparación con los hombres, con una mayor incidencia en mujeres que toman anticonceptivos orales. (10,19)

Las mujeres entre la segunda y la tercera semana de su ciclo menstrual tienen una incidencia mayor para desarrollar alveolitis. (6,10). A medida que aumentan los niveles de estrógeno durante la menstruación, aumenta la actividad fibrinolítica alveolar, lo que también ocurre con la terapia hormonal. (10)

- El uso de anticonceptivos orales y terapias hormonales: se consideran un factor de riesgo para la alveolitis debido a los efectos hormonales presentes en la mujer. (19)

La alveolitis post operatoria es más común en mujeres que usan píldoras anticonceptivas. Los anticonceptivos orales que contienen estrógenos aumentan la actividad fibrinolítica y aumentan los factores de coagulación, lo que provoca la disolución de los coágulos. También afectan a la cicatrización, ya que los estrógenos son los encargados de regular la regeneración y la inflamación. (19)

7. El tabaquismo

En la literatura se ha encontrado una mayor frecuencia de alveolitis y posible infección en pacientes fumadores. (6)

Debido a que la nicotina causa vasoconstricción periférica y después de la extracción, el efecto mecánico de la succión durante la aspiración del humo puede promover la disolución de la coagulación. (8)

Así como el efecto vasoconstrictor de la epinefrina liberada durante el tabaquismo y la hipoxia relativa en la zona capilar, lo que a su vez conduce a una disminución del potencial óxido reducción en la cavidad oral y un deterioro de la función de los leucocitos; también contribuye al efecto mecánico, ya que la succión durante la aspiración del humo que puede determinar un desplazamiento del coágulo. (5)

Aproximadamente del 80% al 85% de los pacientes con complicaciones dentales tienen antecedentes significativos de tabaquismo. Estimula la mucosa oral a través de un triple mecanismo: químico (alquitrán y fenoles), físico (térmico) y mecánico (tónico). (28)

Un aumento de la temperatura en la boca y el hábito de succión mientras se fuma pueden interferir con el proceso normal de curación ya que permite la penetración de contaminantes. El hecho de que dichos pacientes no reciban cuidados postoperatorios también puede ser de gran importancia. (6,19)

La coagulopatía y el tabaquismo se asociaron con un mayor riesgo de alveolitis post operatoria. (29)

El tabaco es un factor de riesgo para la salud del paciente, ya que no solo afecta su estado fisiológico, sino que también afecta el corazón, las glándulas, el sistema nervioso central y los vasos sanguíneos. Por otro lado, provoca disminución de la

capacidad pulmonar, vasoconstricción periférica y retraso en la cicatrización de heridas (tabaco y nicotina). (19)

Blum sugirió que fumar es un factor que contribuye al desarrollo de la alveolitis; la incidencia de alveolitis aumentó en un 20% en pacientes que informaron haber fumado más de un paquete en 24 horas y en un 40% en pacientes que fumaron el día de la cirugía o inmediatamente después de la cirugía. (19)

8. La inmunosupresión. (Pacientes sistémicamente comprometidos)

La diabetes no controlada, la anemia y la enfermedad hepática pueden alterar el sistema inmunológico y aumentar la incidencia de alveolitis seca. (19)

9. Traumatismo quirúrgico.

La mala práctica quirúrgica puede provocar lesiones y aumentar la susceptibilidad a la alveolitis. La manipulación violenta y la fuerza excesiva pueden causar daño trabecular, al igual que la perforación a alta velocidad y la irrigación deficiente. De manera similar, los septos mal vascularizados con márgenes irregulares y corteza hendida desarrollan necrosis. (19)

- Área quirúrgica: La incidencia de alveolitis es mayor en dientes mandibulares, siendo 2 a 5 veces mayor que en dientes maxilares. Esto puede deberse a una mejor irrigación sanguínea, menor densidad ósea y mayor capacidad para generar tejido de granulación en el maxilar. (6)
- Esto puede deberse a una mejor irrigación sanguínea, menor densidad ósea y mayor capacidad para generar tejido de granulación en el maxilar. El tipo de cirugía puede causar alveolitis: según varios autores, el grado de trauma durante la cirugía se correlaciona positivamente con la aparición de síntomas de dolor. La lesión quirúrgica requiere la liberación de diversos agentes en el tejido y la inoculación de agentes bacterianos que inducen actividad fibrinolítica local. (6)

10. Localización de la exodoncia.

Se debe tener en cuenta la pieza que se va a quitar y su ubicación. La mandíbula es un hueso esponjoso muy vascularizado con una cavidad medular amplia, por lo que rara vez se produce inflamación alveolar en el mentón; sin embargo, el hueso es denso y mínimamente vascularizado, especialmente en la región posterior con mayor densidad ósea, lo que da como resultado un espacio medular pequeño y menos volumen de tejido de granulación. Como resultado, la incidencia de inflamación alveolar es entre un 20 % y un 30 % mayor cuando se extraen molares y premolares inferiores en comparación con otras áreas dentales. (19)

11. Procesos infecciosos.

La cavidad oral es un ambiente favorable para el crecimiento de colonias bacterianas. Moore en 1982 reportó la colonización de la cavidad oral con 264 especies bacterianas diferentes. (19)

Varios de estos estudios han demostrado que la proliferación bacteriana es un factor de riesgo para el desarrollo de alveolitis, particularmente debido a la presencia de microorganismos anaerobios en las infecciones periapicales (por ejemplo; pericoronitis, gingivitis y periodontitis), incluso cuando ocurre diseminación bacteriana dentro del ligamento periodontal por las técnicas anestésicas. (19)

Estas infecciones previas del sitio quirúrgico (como la enfermedad periodontal y la

pericoronitis) pueden conducir al desarrollo de alveolitis. Los microorganismos en los alvéolos infectados consisten fundamentalmente en bacilos fusiformes, espiroquetas y estreptococos; además, los restos del ligamento periodontal inactivado junto con un suministro sanguíneo insuficiente crean un ambiente favorable para el crecimiento bacteriano. (6)

La administración de antibióticos redujo el porcentaje de bacterias, pero no redujo significativamente la incidencia de alvéolos secos. (19)

12. Saliva.

La actividad fibrinolítica de la saliva puede retrasar la cicatrización de heridas. Algunos autores sostienen que esta actividad se ve reducida tras la extracción por la acción de inhibidores que mantienen la coagulación sanguínea y favorecen una adecuada cicatrización de heridas. (19)

La ausencia de este factor conduce a un aumento de los niveles de plasmina salival y puede dar lugar a alveolitis, provocando la disolución del trombo entre el primer y segundo día del postoperatorio, y las bacterias saprofitas continúan infiltrándose hasta formar restos necróticos en la base de los alvéolos. (19)

Etiología de la Alveolitis

Un gran desafío clínico importante desde el informe del primer caso ha sido la inconsistencia en la documentación de la etiología, los factores de riesgo, la prevención y las modalidades de tratamiento. (23)

No existen datos concluyentes sobre los motivos que hacen que después de una exodoncia se produzca una alveolitis, además de que no ha sido posible atribuir la alveolitis a una causa determinada. (4,10)

Muchos artículos coinciden en que "se desconoce la etiología de esta afección" y que "el arma terapéutica más importante a nuestra disposición es la prevención". (10)

La mayoría de los autores consideran que la alveolitis tiene una etiología multifactorial, que se puede dividir en factores generales como la edad, el género, la disminución de la resistencia del organismo por enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, etc., y factores locales como la localización anatómica, cirugías traumatológicas, tabaquismo, etc., provocando la deficiencia en la coagulación y por ende no hay una cicatrización u fibrinólisis. (23)

Incluso en esta era de biología celular y molecular, la causa exacta de la alveolitis sigue siendo difícil de determinar ya que también se asocian a antecedentes de enfermedad periodontal, gingivitis ulcero necrotizante aguda, enfermedad ósea local o desarrollo de alveolitis seca. (24)

Algunos mecanismos que intentan explicar su aparición son:

- Se cree que la actividad fibrinolítica es la causa principal de la pérdida prematura de coágulos. (4)

Los estrógenos y otros fármacos activan indirectamente el sistema fibrinolítico (aumentan los factores II, VII, VIII, X y el plasminógeno), provocando la disolución prematura del coágulo y la formación de alveolitis seca. En este sentido, también inciden los cambios en la dosificación de los estrógenos endógenos durante el ciclo menstrual, reduciendo su efecto fibrinolítico entre los días 23 y 28 del ciclo menstrual. (10)

- Los factores sistémicos como la diabetes no controlada, la anemia, las deficiencias nutricionales o el envejecimiento pueden afectar la resistencia a las infecciones o reducir la capacidad del cuerpo para reparar heridas. (4)
- Ciertos factores locales, como la irrigación o el lavado, pueden prevenir o empeorar la formación de trombos. (4)
- El uso de anestésicos locales junto con vasoconstrictores puede afectar el suministro de sangre a los alvéolos. (4,17)
- La isquemia se considera una de las causas de la alveolitis. (4)
- Los materiales de restauración que interfieren con el proceso de cicatrización, los fragmentos de dientes o huesos residuales, o el traumatismo excesivo de la pared ósea pueden afectar la cavidad pulpar y alterar la cicatrización. (4)
- Se tienen en cuenta factores que aumentan su frecuencia, como: reducido aporte vascular al hueso, traumatismo excesivo del seno alveolar, compresión gingival y ósea, exodoncias por procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, tabaco o cigarrillos por la nicotina por razones etiológicas, causa vasoconstricción, y el efecto de inhalación también provoca la eliminación de coágulos de sangre, píldoras anticonceptivas, protección debilitada y regeneración. (4,5,17)
- El uso de píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, afecta el sistema de coagulación de la sangre. (23)

Para comprender las posibles causas de la alveolitis, se debe conocer el proceso de curación del hueso alveolar después de la extracción del diente. (21) Ya que el manejo de la alveolitis es tan controvertido como su etiología y prevención ya que siempre ha sido más empírico que científico. (23, 25)

La causa etiológica y las opciones de tratamiento de la alveolitis aún están en discusión. Para comprender la alveolitis, que es un fenómeno de curación tardía de heridas, los investigadores deben comprender los factores que impulsan la regulación de los mecanismos de curación de heridas, de esta manera, se puede concebir un enfoque de medicina regenerativa para tratar lesiones de alveolitis. (25)

Las técnicas actuales de curación de heridas que se emplean en odontología intraoralmente incluyen el plasma rico en plaquetas (PRP), el factor de crecimiento concentrado (CGF) y dos tipos de terapia de ultrasonido: el de baja intensidad pulsada (LIPUS) y el de bajo nivel láser (LLLT). Estas opciones de tratamiento, que se han desarrollado recientemente, han demostrado ser efectivas en cirugías, ahora se utilizan para implementar estrategias de curación de heridas intraorales. Estos procedimientos se encuentran diseñados para incrementar la capacidad de las células para regenerarse a nivel molecular. (25)

La cicatrización completa de las crestas óseas alveolares tiene un tiempo de 2-3 meses después de la cirugía de exodoncia, durante la cual se deben enfatizar diferentes fases, ya que el proceso de cicatrización es continuo y programado, y cualquier interrupción o prolongación de la fase puede provocar un retraso en la cicatrización de la herida. (21)

Teorías relacionadas con la alveolitis

A pesar de los estudios realizados, no se ha logrado descifrar la causa etiológica ni la fisiología de la alveolitis. Por ello, actualmente, se acepta y acepta científicamente dos teorías, que permiten entender el origen de esta complicación. (21)

Teoría Fibrinolítica. (21)

El sistema fibrinolítico, también conocido como activador del plasminógeno, está involucrado en varios procesos fisiológicos y patológicos, por ejemplo, en las respuestas inflamatorias, el crecimiento o la invasión de tumores, los eventos de remodelación de tejidos implican principalmente la conversión de plasminógeno.

La actividad fibrinolítica es un proceso local porque la antiplasmina inactiva la plasmina activa en la circulación sistémica. La fibrinólisis surge de vías que conducen a la activación del plasminógeno y requiere activadores que pueden ser liberados directa o fisiológicamente por las células óseas alveolares o indirectamente o no fisiológicamente activados por bacterias después de una lesión.

Si están ausentes en el plasma o son característicos, también pueden clasificarse como activadores extrínsecos. Los activadores directos intrínsecos son el activador dependiente del factor XII y la uroquinasa mediada por leucocitos. Los activadores directos del plasminógeno exógenos incluyen el activador del plasminógeno tisular (tPA) y el activador del plasminógeno endotelial.

Birn sugirió en 1973 que la etiología de la alveolitis es una mayor actividad en comparación de fibrinólisis en alvéolos normales y alveolitis. Confirmó que la ruptura del coágulo se asocia primero con daño mecánico al tejido, luego se liberan proteínas de la matriz de fibrina, que serán reemplazadas por tejido de granulación.

Además, en el trabajo de Birn, varios factores de riesgo como los estrógenos, los pirógenos bacterianos y otros fármacos que estimulan la fibrinólisis aparentemente se explicaban de forma independiente por el mecanismo fibrinolítico de la alveolitis.

También se ha demostrado que el traumatismo del hueso alveolar es un factor de riesgo porque es un irritante que provoca la conversión de plasminógeno en plasmina, lo que favorece la fibrinólisis de la coagulación.

Otros análisis de Birn concluyeron que los desencadenantes indirectos pueden desempeñar un papel importante en el que no se había pensado anteriormente.

Para muchos autores, esta teoría es la causa principal de la alveolitis. Por ejemplo, Birn, Moody y Southam brindan una revisión detallada de las diferencias locales en la actividad fibrinolítica en diferentes tejidos corporales.

Concluyeron que los tejidos óseo y uterino tienen un mayor potencial para la actividad fibrinolítica que el músculo esquelético, riñón, corazón, cerebro, hígado, bazo, pulmón y tejido tiroideo.

Teoría Bacteriana. (21)

Es efectivo debido a la gran cantidad de bacterias en el sitio de extracción antes y después de la cirugía en pacientes con alveolitis.

Las bacterias son habitantes normales de la cavidad oral y crecen en el tejido muerto cuando se reducen las defensas celulares y aumenta el suministro de alimentos. En la alveolitis, la población bacteriana aumenta, provocando que se liberen más toxinas en la zona, lo que provoca dolor alveolar al actuar sobre las terminaciones nerviosas alveolares.

Brown, Merrill y Allen et al. Observaron la presencia de estreptococos alfa y beta hemolíticos en muestras alveolares de dientes humanos. En 1977, Ingham y Col observaron que los microorganismos anaerobios constituyen el 72% del número total de bacterias aisladas de diferentes partes de la cavidad bucal.

En esta prueba se hallaron Enterococcus, Streptococcus viridians, Streptococcus, Corynebacterium, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa, Citrobacter freundii y Escherichia coli.

En 1978 Nitzan y Col proponen una relación entre la presencia de microorganismos anaerobios y la etiología de la enfermedad del nido seco. Se observó una actividad fibrinolítica más fuerte en cultivos anaeróbicos de Treponema; un microbio periodontal patógeno que no reside en la cavidad oral hasta el final de la adolescencia y tiene una fuerte afinidad por la actividad fibrinolítica.

Por lo tanto, la enfermedad alveolar no suele ocurrir en la infancia porque Treponemella treponema no se encuentra en la cavidad bucal de los niños menores de 10 años. Si un niño desarrolla una enfermedad alveolar, el dentista debe considerar complicaciones relacionadas con infecciones o trastornos del sistema inmunitario.

En 1989, Awan coincidía en el papel de las bacterias anaerobias en el desarrollo de la alveolitis, pero argumentaba que la relación entre los aspectos clínicos y los patrones de actividad típicos de estos microorganismos es controvertida; debido a la acción fibrinolítica de las bacterias orales comunes, como los Streptococcus β hemolyticus y el staphylococcus, no es suficientemente activo como para causar alveolitis.

Sin embargo, el T. denticola tiene propiedades que difieren de otras bacterias que se encuentran en la cavidad oral y pueden desempeñar un papel importante en la etiología de la alveolitis.

Estos hallazgos agregan credibilidad y valor a la teoría de la participación bacteriana, ya que pueden inducir cambios en el proceso de coagulación al activar los fagocitos y producir mediadores inflamatorios como el factor de necrosis tumoral- α , la interleucina-1 y las citocinas inflamatorias que interfieren con el proceso de reparación.

La etiología de la alveolitis no es universalmente aceptada, ya que no existen datos concluyentes para rechazar o aceptar la teoría bacteriana o fibrinolítica. Incluso se especuló que la alveolitis podría ser causada por ambas teorías.

Tratamiento

Usar la palabra "tratamiento" en el contexto de la alveolitis puede ser engañoso porque la afección no se puede tratar adecuadamente sin una causa subyacente clara. El manejo clínico está dirigido a asegurar y aliviar rápidamente el dolor hasta que comience el proceso de curación normal. (3)

Para reducir la incidencia de alveolitis, se han empleado diferentes enfoques locales y sistémicos, a saber, el uso de antibióticos, antisépticos de irrigación, antifibrinolíticos, vendajes obturadores, agentes antiinflamatorios y agentes de soporte de coágulos. (3)

Los médicos han utilizado diferentes opciones de tratamiento, como colocar apósitos de vitamina C en el alveolo dental para aprovechar sus efectos antioxidantes, introducir ácido hialurónico como apósito para heridas, introducir miel y cúrcuma para favorecer la regeneración del crecimiento, y óxido de zinc, eugenol o apósito analgésico que utiliza butamben o yodoformo para un efecto antiséptico, eugenol, o un efecto analgésico y antiséptico, y un material de relleno fibroso biocompatible, como penghawar djambi, mientras que la rifampicina tópica se ha utilizado por su propiedad antimicrobiana. (25)

Antes de proceder con cualquier tipo de tratamiento, se debe considerar que el paciente va a tener un dolor intenso, y se debe considerar algún tipo de anestesia local, y las suturas, si las hubiera, se deben retirar con cuidado del sitio de extracción. (4)

Consideraciones

- Se debe enjuagar cuidadosamente el sitio de extracción con solución salina y el exceso deberá ser succionado cuidadosamente del sitio de extracción.
- No se debe curetear porque puede introducir tejido infectado en el hueso trabecular, lo que hace que las bacterias se propaguen y tanto la curación y la cicatrización del tejido sea menor. (4)
- El alvéolo limpio se sella con un apósito impregnado de eugenol (considerado un potente analgésico por su rápida acción sedante) o una solución medicada con yodoformo (gasa yodo formada) o benzocaína, que debe cambiarse periódicamente (72 horas); con esto se logra la cicatrización por segunda intención por los siguientes 10 días. Durante 48 horas, se le permite tomar analgésicos. (4)
- No debe usar antibióticos porque se trata de una inflamación local y no de una infección. (4)
- Se le debe decir al paciente que mantenga el alvéolo limpio y que el alvéolo seco es un retraso en la cicatrización que generalmente desaparece en unos pocos días. (4)

La solución salina fisiológica y la clorhexidina generalmente se usan para irrigar los alvéolos. Todos estos enfoques se recomiendan para el alivio de los síntomas y la protección de las heridas comprometidas, pero no abordan con precisión los problemas principales de la dehiscencia de heridas y la terapia regenerativa. (25)

El enfoque convencional actual para el tratamiento de la alveolitis implica un legrado suave de la alveolitis, seguido de irrigación con solución salina y la aplicación de un apósito analgésico como alveogyl, que proporciona un efecto sedante. Luego se permite que el alvéolo sane naturalmente. (25)

Pronóstico

Debido a que no hay consenso sobre la etiología de la alveolitis, algunos autores se niegan a discutir el tratamiento hasta que se haya determinado su etiología, señalando que el tratamiento puede o debe estar dirigido únicamente a aliviar el malestar del paciente. (10)

Actualmente no existen pautas para el tratamiento de la alveolitis. Algunos autores sugieren utilizar: (6)

- Uso de medicamentos paliativos como apósitos y medicamentos como antibióticos: (6)
Para ello se recomienda la terapia analgésica, antiinflamatoria y antibiótica, y nos centramos en la prevención, eliminando los factores de riesgo descritos antes de la intervención. (10)
- En otros casos, tratamientos más invasivos, como el desbridamiento local. (6)

Pastas y apósitos

- Gasa yodo formada recubierta con óxido de zinc y eugenol

Los apósitos son el tratamiento más utilizado para la alveolitis. La más utilizada es la gasa yodo formada recubierta de óxido de zinc y eugenol, aunque ya existen en el mercado otros preparados a base de eugenol que contienen glicerina, lanolina y aceite de oliva. Estos han sido criticados porque se ha informado que el uso de óxido de zinc y eugenol causan osteonecrosis y retrasan la cicatrización ósea. (6)

- Alveogyl

Se ha informado que alveogyl (yodoformo más p-aminobenzoato de butilo o p-aminobenzoato de butilo) es eficaz para aliviar los síntomas dolorosos. Sus componentes inhiben los receptores sensoriales implicados en la percepción del dolor al inhibir la síntesis de prostaglandinas. Por otro lado, el yodoformo se considera un conservante antiséptico. (6)

- Esponja de colágeno con plasma que contiene factores de crecimiento (PRFC)

Se ha demostrado que las esponjas de colágeno incrustadas con factor de crecimiento rico en plasma autólogo derivado de sangre (PRFC) son los apósitos más efectivos para la alveolitis seca, y el uso de apósitos en las alveolitis ha mostrado mejores resultados con el uso en opciones de tratamiento más nuevas

mostrando mejores resultados frente al uso de pasta de óxido de zinc y eugenol. (6)

Estudios previos sobre cicatrización ósea han demostrado su eficacia en el tratamiento de defectos óseos periodontales. Se ha postulado que los factores de crecimiento aceleran el proceso de curación y la angiogénesis, reduciendo así el dolor. (6)

- GECBB

El uso de pastillas GECBB a base de guayaco, eugenol, clorobutanol y bálsamo mostró mejores resultados en el alivio del dolor en comparación con las terapias convencionales a base de óxido de zinc y eugenol. Es una pasta de tabletas a base de gelatina, glicerina y azúcar en escamas que se coloca en los alvéolos y se usa como apósito y no requiere preparación antes de su uso. (6)

Es importante recordar que todos los apósitos son barreras físicas para mantener los alvéolos bloqueados y evitar la exposición de las terminaciones nerviosas óseas al medio ambiente, aunque en algunos casos pueden reaccionar como cuerpos extraños, retrasando el período de cicatrización. (6)

Analgésicos y antiinflamatorios

Su prescripción es necesaria y adecuada porque el objetivo principal del tratamiento de la alveolitis es el control del dolor. Algunos autores recomiendan cambiar de AINE a paracetamol con preparados que contengan codeína. Se recomienda ketorolaco 30 mg IM + 10 mg por vía oral cada 6 horas para aliviar el dolor. Otros estudios también recomiendan Celecoxib de 200 mg. (6,11,12,13)

Antisépticos

Geles tópicos

Para aliviar estos síntomas y/o complicaciones, se han sugerido y estudiado varios medicamentos o geles tópicos. De estos, se ha demostrado que la clorhexidina como gel antiséptico o enjuague reduce estas complicaciones. (30)

- Clorhexidina al 0,2%,

La clorhexidina es un desinfectante de síntesis química con acción bactericida de amplio espectro, activo frente a bacterias y hongos tanto Gram-positivos como Gram-negativos. (31)

Esto conduce a la precipitación de macromoléculas en el citoplasma, seguida de la lisis de la célula bacteriana o fúngica que conduce a la muerte celular.

Como se reporta en la literatura, la clorhexidina también puede ser utilizada en la fase post-cirugía oral para la desinfección de heridas quirúrgicas. (31)

- La clorhexidina en alcohol isopropílico (IPA)

Se utilizó clorhexidina al 2% en alcohol isopropílico (IPA) al 70% como antiséptico cutáneo de referencia para el acceso intravenoso. El alcohol de clorhexidina al 2% es la primera opción para la desinfección cutánea segura y eficaz, (4)

Una combinación de clorhexidina al 2 %, alcohol al 70 % y povidona yodada al 10 % con dos de estos antisépticos (es decir, clorhexidina al 2 % en alcohol) debe considerarse la mejor opción para la desinfección de la piel antes y después de la colocación de un acceso venoso. (4)

- Clorhexidina combinada con Xilitol

La combinación de clorhexidina con xilitol crea un efecto sinérgico que aumenta su eficacia. El uso excesivo de clorhexidina puede causar manchas en los dientes, especialmente en las restauraciones con resina. Además, pueden ocurrir cambios en el gusto (disgeusia), este último síntoma puede eliminarse sin el uso a largo plazo de clorhexidina.

Aunque no existe suficiente información en la literatura para afirmarlo con certeza, algunos artículos reportan que para aumentar el efecto de la clorhexidina se recomienda esperar al menos 30 minutos entre el cepillado de los dientes y el uso de un enjuague bucal que contenga este principio activo para el componente de 2 horas. (4)

- Clorhexidina en Gel

La clorhexidina se ha estudiado específicamente por su actividad antibacteriana y se ha demostrado que reduce los síntomas de la alveolitis seca en un 24,5-80,2 %. Sin embargo, varios autores han aplicado gel de clorhexidina a las heridas y no encontraron diferencias entre la clorhexidina y el placebo en la formación de alvéolos secos después de la extracción o cirugía dental y en la reducción del dolor y la inflamación. (30)

La clorhexidina se ha utilizado en combinación con otros productos para aumentar la eficacia. (30)

- Quitosano

El quitosano es un polímero natural derivado de la quitina. Sus cualidades naturales hacen que el quitosano sea biodegradable, biocompatible, hemostático, antioxidante, antimicrobiano y mucoadhesivo. (30)

Estas propiedades parecen ser muy útiles en el control de las complicaciones postoperatorias tras la extracción de dientes o la cirugía del tercer molar. El quitosano se puede utilizar para reducir el dolor y la inflamación postoperatorios, y para reducir

el crecimiento bacteriano después del tratamiento de la enfermedad periodontal y periimplantaria. (30)

El gel de quitosano crea una capa hidrolipídica protectora que previene y mejora la perfusión tisular, favoreciendo así la regeneración tisular y aportando propiedades antiinflamatorias. (30)

- Povidona yodada o Betadine

La povidona yodada o povidona yodada es otro desinfectante más utilizado en cirugía porque estos irrigantes de povidona yodada evitan que se produzca la formación de alvéolos secos después de la cirugía del tercer molar. (30)

Sin embargo, no hay evidencia de que betadine también promueve la cicatrización de heridas y reduce el dolor postoperatorio. Por lo tanto, el gel experimental utilizado aquí puede ser más efectivo que el betadine después de la extracción dental o la cirugía del tercer molar. (30)

- Ácido hialurónico

El ácido hialurónico también se usa mucho en la práctica diaria después de la extracción dental o la cirugía del tercer molar. Porque el spray de ácido hialurónico tiene el efecto de reducir la hinchazón, el dolor y el trismo después de la cirugía del tercer molar mandibular con clorhidrato de bencidamina. (30)

Aunque no hubo evidencia de una reducción en los niveles de dolor entre los dos grupos, el ácido hialurónico tendrá beneficios clínicos en términos de inflamación y trismo en el período posoperatorio inmediato. (30)

Esto está relacionado con las propiedades reparadoras de tejidos del ácido hialurónico, que pueden promover la cicatrización de heridas, reducir así la inflamación y previniendo la osteítis alveolar. (30)

- Propóleo

Las medicinas naturales y tradicionales como tratamientos alternativos tienen cabida en el tratamiento de muchas enfermedades bucodentales, como por ejemplo fármacos como la tintura de propóleos. (32,33)

El propóleo es un producto natural extraído de las colmenas que tiene propiedades antibacterianas, antifúngicas y antiinflamatorias. En el campo de la cirugía oral, se ha demostrado que tiene un efecto positivo en el tratamiento de las úlceras aftosas orales y en la prevención de la colonización bacteriana de las suturas después de la cirugía oral. No hay estudios que evalúen su eficacia después de la cirugía del tercer molar. Por lo tanto, los geles que contienen propóleos no son un sustituto. (30)

Estudios científicos han demostrado que el propóleo actúa como un potenciador inmunológico no específico porque activa la liberación del factor inhibidor de leucocitos y la formación de anticuerpos. (32,33)

Además, estimula la respuesta de defensa del organismo (independientemente del tipo de lesión) y actúa como un potente agente antimicrobiano, inactivando la energía de la membrana plasmática de la célula e inhibiendo la motilidad bacteriana, haciéndola más vulnerable al sistema inmunitario. (32,33)

El sistema de propóleos tiene propiedades antiinflamatorias debido a la importante actividad antiinflamatoria tópica del extracto de etanol, sus constituyentes y compuestos volátiles. (34)

La consulta odontológica dispone de tinturas de propóleos al 5% y 10% y varias investigaciones sobre su eficacia en el tratamiento de la alveolitis. (35,36)

Las tinturas de propóleo al 5% y al 10% están disponibles en los consultorios dentales y se han realizado varias investigaciones sobre su eficacia en el tratamiento de la alveolitis. (35,36)

Por ello, el tratamiento con propóleos se considera eficaz y una opción para los pacientes con alveolitis, independientemente de su tipo o localización, destacando su inocuidad en el tratamiento de esta complicación estomatológica. (37)

Antibióticos

No se recomienda a menos que el paciente esté inmunocomprometido o con riesgo de desarrollar osteomielitis. Varios autores hacen referencia a que los antibióticos no son necesarios para la profilaxis, siendo los más utilizados la amoxicilina y la clindamicina. (6)

- Amoxicilina

Recomendado como primera opción para abscesos dentales, puede usarse en combinación con metronidazol (6)

- Clindamicina

Debido a su baja especificidad para los patógenos orales, se recomienda la clindamicina como segunda opción. El aumento de pacientes que desarrollan resistencia a la terapia antibiótica debe hacernos considerar si su uso como profiláctico es perjudicial. (6)

Quirúrgicos

- Curetaje e irrigación:

El curetaje y otros procedimientos más invasivos con irrigación con suero fisiológico se encuentran entre estas opciones. (6,11,12,13)

- El curetaje agresivo:

Este no es el caso, ya que provoca un daño alveolar severo e induce una posible bacteriemia. Otras manipulaciones incluyen la alineación previa de los márgenes del hueso alveolar y el uso de colgajos para cubrir el alveolo expuesto. (6,11,12,13)

Laserterapia

Se ha demostrado que el tratamiento con láser de diodo de arseniuro de galio de baja potencia es beneficioso para acelerar la cicatrización ósea y descontaminar los implantes dentales. (6)

La terapia con láser estimula el metabolismo celular, la microcirculación, tiene efectos analgésicos, anti edematosos y antiinflamatorios, y ha demostrado ser útil en pacientes diabéticos y está ganando cada vez más reconocimiento. (6,11,12,13). También acelera el proceso de cicatrización de heridas en diabéticos. (6)

Plasma rico en plaquetas PRP

El uso de plasma rico en plaquetas (PRP) es un enfoque propuesto recientemente para manejar las complicaciones de la cirugía del tercer molar mandibular impactado/retenido. Varios autores han descrito el PRP como un medio eficaz para mejorar la cicatrización de los tejidos duros y blandos, lo que reduce el dolor, la inflamación, el trismus y acelera los procesos de regeneración ósea. (38)

El PRP contiene altas concentraciones de factores de crecimiento que estimulan diferentes funciones biológicas como la quimiotaxis, la angiogénesis, la proliferación y diferenciación celular, todo lo cual contribuye a la cicatrización, por lo que cuando las plaquetas liberan factores de crecimiento desencadenan el proceso de regeneración de los tejidos. Además de los factores de crecimiento, el tejido de granulación en las heridas tratadas con PRP contiene componentes intraplaquetarios y extraplaquetarios que también pueden contribuir a la regeneración tisular. (38)

El PRP presenta un menor riesgo de infección o respuesta inmunitaria porque las plaquetas juegan un papel importante en el mecanismo de defensa del huésped en el sitio de la herida, ya que libera péptidos señal que atraen a los macrófagos. También se ha mencionado la actividad antibacteriana de los concentrados de plaquetas frente a diversas bacterias implicadas en infecciones orales. (38)

PRGF

El plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) obtenido de sangre autóloga se utiliza para administrar altas concentraciones de factores de crecimiento en el sitio del defecto óseo. Por lo tanto, combinamos PRGF con esponja de gelatina para promover la cicatrización y lo comparamos con el tratamiento tradicional de vendaje con óxido de zinc y eugenol. La regeneración ósea guiada se ha convertido en un procedimiento quirúrgico bien establecido para aumentar la cantidad y calidad del hueso huésped en defectos óseos alveolares locales. (10)

El fundamento para usar PRGF junto con esponja de gelatina se basó en estudios previos, que demostraron el potencial de PRGF en el proceso de cicatrización ósea.[10 14] PRGF contiene plaquetas, factores de crecimiento y fibrinógeno.[15] Los gránulos alfa de plaquetas incluyen una alta concentración de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF), el factor de crecimiento tisular (TGF), el factor de crecimiento endotelial derivado de plaquetas (PDEGF), el factor de angiogénesis derivado de plaquetas (PDAF), el factor de crecimiento intersticial IGF -1, y factor plaquetario 4 (PF-4). Estos factores aumentan la vascularización del tejido a través de una mayor angiogénesis, quimiotaxis de macrófagos y fibroblastos, mayor producción de tejido de granulación y epitelización, mayor osteogénesis. Estos también podrían tener un efecto antimicrobiano y proporcionar un agente quimiostático quirúrgico inmediato que sea biocompatible, eficaz y seguro. (39)

PRF

Sin embargo, la literatura reciente sobre la cicatrización de tejidos blandos y el dolor posoperatorio en alvéolos de extracción tratados con o sin concentrados de sangre PRF mostró que cuando los alvéolos se llenan con PRF, la cicatrización de heridas fue significativamente mejor y más rápida y el dolor posoperatorio se redujo significativamente. (40)

Dado que la cicatrización puede verse comprometida incluso en pacientes normalmente sanos, es de gran importancia evaluar la cicatrización del alvéolo de extracción, especialmente en los casos en los que se ha alterado la cicatrización, y considerar una rehabilitación adicional mediante implantes dentales u otros procedimientos. (3)

La comparación de diferentes fármacos alveolares y su efecto sobre la cicatrización de heridas alveolares y la resolución de la infección es un objetivo que se puede lograr mediante la evaluación de la cicatrización del hueso alveolar. (3)

Además, el mismo enfoque también se puede utilizar para identificar los factores responsables de promover o retrasar la curación. Sin embargo, varias variables que se creen que están involucradas en la patogénesis de la enfermedad han afectado la interpretación de los estudios en humanos, y el mecanismo exacto de la patogénesis de la alveolitis seca no se comprende completamente, lo que dificulta la prevención. Y en detrimento de estrategias para desarrollar tratamientos más efectivos. (3)

Proceso de cicatrización

El proceso de curación de los alvéolos pasa por diferentes etapas para regenerar el tejido afectado, al igual que sucede en la piel u otros órganos. Varios factores pueden afectar la integridad de la cicatrización, como la edad, la oxigenación, factores físicos, vitaminas, etc. La naturaleza de la lesión, el entorno en el que surge y las diferencias histológicas también juegan un papel importante. (21)

Por eso es importante comprender las formas en que sanan los alvéolos.

- La cicatrización de primera intención se produce cuando la lesión conserva un borde que puede ser enfrentado de borde a borde, sin exposición significativa a la cavidad bucal y con mínima pérdida de tejido; este tipo de cicatrización es más rápida, con menor riesgo de infección y menos cicatriz. (21)
- La cicatrización por segunda intención ocurre cuando hay una gran pérdida de tejido. Se dará de forma lenta, ya que los márgenes de la herida no pueden ser confrontados y se presenta una brecha entre los bordes, por esta razón es necesaria una mayor formación de tejido de granulación para que la herida cierre; Un buen ejemplo de este tipo de cicatrización es el alveolo post exodoncia. (21)
- La cicatrización por intención secundaria se produce cuando hay una gran pérdida de tejido. Ocurre lentamente ya que los bordes de la herida no están confrontados y hay un espacio entre los bordes, por lo que se requiere una mayor formación de tejido de granulación para el cierre de la herida; un buen ejemplo de este tratamiento es el alvéolo después de la extracción. (21)

Después de la extracción del diente, el hueso alveolar consistirá en hueso cortical, restos del ligamento periodontal desgarrado y parte de la encía. Inmediatamente después, ocurren dos procesos, la hemostasia primaria para evitar la pérdida de sangre y la hemostasia secundaria para producir la coagulación, un proceso complejo debido a que la ausencia de un solo procoagulante o factor de coagulación puede llevar a un sangrado recurrente en un individuo. (21)

Ambos procesos son muy importantes para el inicio de la reparación alveolar porque los procesos subsiguientes no pueden proceder normalmente sin la formación de tapón primario. (21)

Durante las 24 a 48 horas después de la extracción del diente, los vasos sanguíneos del ligamento periodontal se congestionan y dilatan, aparecen glóbulos blancos (leucocitos) alrededor del coágulo de sangre y la superficie del coágulo de sangre se cubre con una capa gruesa de fibrina. El paso final en la coagulación es la fibrinólisis, que es fundamental para la eliminación de coágulos de fibrina durante el proceso de curación, así como la eliminación de coágulos extravasculares para prevenir la trombosis. (21)

La actividad fibrinolítica está localizada porque la captación de plasminógeno en el coágulo limita la actividad de la plasmina. La liberación lenta de esta sustancia desde el tejido dañado y el endotelio vascular debido al activador tisular del plasminógeno (t-PA), una cinasa que destruye o disuelve parcial o totalmente los coágulos sanguíneos; esta conversión debe ir acompañada de una organización de proactivación o activación o plasma. (21)

Los activadores necesarios para convertir el plasminógeno en plasmina se pueden dividir en activadores endógenos, es decir, compuestos derivados del plasma, y activadores exógenos, es decir, derivados del exterior del plasma o la sangre. Este grupo se divide a su vez en factores directos e indirectos. Los factores intrínsecos directos incluyen el factor de Hagemann o el factor XII de la cascada de la coagulación y la uroquinasa mediada por leucocitos. (21)

El grupo de factores extrínsecos directos incluye el activador tisular del plasminógeno y el activador epitelial del plasminógeno; en el grupo de activadores indirectos, hay sustancias como la estreptoquinasa y la estafiloquinasa producidas por bacterias, que interactúan con el plasminógeno, que se unen para formar un complejo de activación y escinden el plasminógeno. a la plasmina. (21)

La plasmina también es importante en la conversión de calicreína en quinina, ya que el dolor de alveolitis seca se asocia con la presencia y formación de quininas en los alvéolos, ya que los estudios han demostrado que las quininas activan los aferentes primarios. Así, se pudo determinar que las dos características principales de la alveolitis, el dolor y la disgregación del coágulo, están asociadas a la presencia de plasmina. (21)

Proceso por semana:

- Durante la primera semana hay una fase inflamatoria en la que los glóbulos blancos (leucocitos) se desplazan hacia la zona cercana al coágulo y luego los macrófagos eliminan las bacterias y/o los restos de tejido alojados en los alvéolos. Los fibroblastos, que se encuentran en el ligamento periodontal, crecen alrededor del coágulo y forman un andamio para migrar durante la respuesta inflamatoria. Las células epiteliales periféricas migrarán más profundamente hacia la pared alveolar para alcanzar el nivel de contacto con las células epiteliales del otro lado. (21)
- En la segunda semana, el coágulo estará mejor organizado y las trabéculas óseas comenzarán a extenderse desde las paredes alveolares, lo que indica actividad osteoblástica y reabsorción de osteoclastos en los bordes alveolares. La actividad sostenida de osteoblastos y osteoclastos conducirá a la remodelación ósea y al crecimiento epitelial en la herida, lo cual es clínicamente observable. (21)
 - Esta semana se caracteriza por el depósito de una gran cantidad de tejido de granulación que rellena la cavidad del alveolo y continúa con la proliferación epitelial sobre la superficie de la herida.
- A la tercera semana, el coágulo estaba casi completamente formado y los alvéolos estaban llenos de tejido de granulación maduro. La corteza primitiva se remodela y la superficie de la herida se epiteliza. (21)
- A partir de la cuarta semana continúa el proceso de remodelación de la reabsorción ósea y la agregación en el hueso alveolar, y la reabsorción no se produce por completo hasta 4 a 6 meses después. A medida que se forma el

hueso alveolar, las células epiteliales migran hacia el reborde alveolar y finalmente se enrojecen con la encía adyacente. (21)

Las fases del proceso de cicatrización son las siguientes: (21)

- La formación de coágulos de sangre se logra a través de un proceso de hemostasia y vasoconstricción que comienza inmediatamente después de la extracción.
- El coágulo formado por proliferación el tejido de granulación es proporcionado por una pared de fibrina que integra células sanguíneas y plaquetas, y cuando la sangre ingresa a los alvéolos, entra en contacto con el colágeno existente, lo que resulta en la agregación y adhesión de las plaquetas en esta área endotelial lesionada.

Al mismo tiempo, las plaquetas cambian de forma y liberan serotonina, lo que provoca vasoconstricción en los vasos sanguíneos dañados y, al mismo tiempo, se produce la cascada de la coagulación.

- Entre los días 5 y 7, el tejido de granulación es reemplazado por tejido conectivo que conduce a la epitelización de la herida, en la que las trabéculas de tejido fibroso inmaduro forman hueso.
- Una vez que la herida está epitelizada, se logra el reemplazo del tejido conectivo por tejido óseo y el tejido conectivo existente se reemplaza por hueso alveolar. Los condroblastos y los osteoblastos están involucrados en este proceso.
- Finalmente, el tejido óseo inmaduro es reemplazado por tejido óseo maduro y la cresta alveolar se vuelve a formar.

Cualquier cosa que interfiera con la formación de coágulos e impida la formación normal de tejido conectivo después de la extracción del diente puede producir signos y síntomas de alveolitis. Hay varios factores que afectan la cicatrización del hueso alveolar, se pueden dividir en locales y sistémicos. Los factores locales son los que inciden directamente en las características de la herida, mientras que los factores sistémicos dependen del estado general del paciente, como si está sano o enfermo y cómo afecta este estado a la capacidad de cicatrización. (21)

Prevención

Antes de la cirugía o extracción (41)

Medidas para prevenir la alveolitis

- El dentista u odontólogo debe tener experiencia y conocimiento de la extracción de dientes.
- Indicaciones para los pacientes:
 - Se debe dejar de fumar y otros productos de tabaco antes de la extracción dental porque aumentan el riesgo de alveolitis seca.
 - Recomendación: Considere un programa para ayudar a los pacientes a dejar de fumar de forma permanente.
- Se debe informar al dentista u odontólogo sobre cualquier medicamento de venta libre o suplementos que esté tomando, ya que pueden interferir con la coagulación de la sangre.

Lo que el dentista o cirujano dental puede hacer (38)

El dentista u odontólogo tomará una serie de medidas para garantizar la curación adecuada de la cavidad y prevenir la alveolitis. Estos pasos pueden incluir recomendar uno o más de estos medicamentos, que pueden ayudar a prevenir la alveolitis:

- Use un enjuague bucal o gel antibiótico inmediatamente antes y después de la extracción dental.
- Antibióticos orales, especialmente si el sistema inmunológico del paciente está debilitado.
- Solución antiséptica aplicada a las heridas.
- Aplicar un vendaje medicado después de la cirugía

Lo que puedes hacer después de la cirugía (41)

Durante el proceso de curación después de la extracción del diente, es importante conocer las indicaciones postoperatorias, ya que pueden promover la curación y prevenir el daño de la herida. Estas instrucciones pueden ayudar a prevenir la alveolitis al abordar los siguientes problemas:

- Actividad. Después de la cirugía, planifique descansar durante un día completo. Siga los consejos de su dentista o dentista sobre cuándo volver a sus actividades normales y por cuánto tiempo evitar el ejercicio y el ejercicio extenuantes, que pueden eliminar los coágulos de sangre de la cavidad del diente.
- Tratamiento del dolor. La aplicación de compresas frías o calientes en la cara el primer día después de la extracción del diente puede reducir el dolor y la hinchazón, y se pueden recetar analgésicos.
- Bebidas. Evite las bebidas alcohólicas, calientes, carbonatadas y con cafeína según lo recomendado por su dentista u odontólogo. No beba agua con una pajilla durante al menos una semana, ya que la succión puede desalojar los coágulos de sangre de la cavidad.
- Alimentos. Coma alimentos blandos como yogur y puré de manzana el primer día. Tenga cuidado con los líquidos fríos o calientes y evite morderse las mejillas hasta que pase el efecto de la anestesia. Coma alimentos semiblandos si puede tolerarlos. Evite masticar el lado de la boca donde se realizó el procedimiento.
- Limpieza de la boca. Después de la cirugía, puede enjuagar y cepillar suavemente, pero evite el sitio de extracción durante las primeras 24 horas. Después de las primeras 24 horas, enjuague suavemente con agua tibia con sal varias veces al día durante una semana. Mezcla 1/2 cucharadita (2,5 ml) de sal de mesa con 8 onzas (237 ml) de agua. Siga las instrucciones de su dentista u odontólogo.
- Consumo de tabaco. Si fuma o usa tabaco, abstenerse de hacerlo durante al menos 48 horas después de la cirugía y durante el mayor tiempo posible después de la cirugía. El uso de productos de tabaco después de una cirugía oral puede retrasar la curación y aumentar el riesgo de complicaciones.

2.3 Resultados

Tabla 1. Tabla de Alveolitis

PATOLOGÍA: ALVEOLITIS (OSTEÍTIS ALVEOLAR AGUDA)	CÓDIGO CIE- 10 - K 10.3
Definición:	Infección alveolar post exodoncia dentaria causada por la desintegración del coágulo en su alveolo dentario.
Etiología	Pérdida del coágulo sanguíneo Sepsis quirúrgica o post quirúrgica.
Clasificación	Alveolitis seca Alveolitis húmeda Alveolitis crónica la cual puede ser seca o húmeda
Manifestaciones clínicas	Dolor profundo pulsátil e irradiado Halitosis (mal aliento) Aumento de dolor a la exploración Malestar general No suele haber supuración.
Criterios de diagnóstico	Radiográfico.
Diagnóstico diferencial	Osteomielitis.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento: Alveolitis húmeda <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminado a aliviar el dolor ○ Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo) ○ Lavado y limpieza prolija del alveolo (NO CURETEAR) ○ Lavado con suero fisiológico o clorhexidina ○ Antibiótico terapia si el caso lo requiere ○ Analgésicos. ● Tratamiento: Alveolitis seca <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminado a aliviar el dolor ○ Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo) ○ Curetaje y limpieza prolija del alveolo ○ Lavado con suero fisiológico o clorhexidina ○ Estimulación del sangrado del alveolo ○ Aplicación de alveogyl o tapón de óxido de zinc-eugenol con limallas de algodón que debe ser cambiado todos los días hasta que se forme tejido de granulación) ○ Analgésicos. 	

Complicaciones	Celulitis Infección generalizada Limitación funcional Trismus
Criterios de referencia	Si el caso lo requiere referencia a Cirujano Máxilo-Facial.
Criterios de alta	Resolución de la Patología.
Control y mantenimiento	Se deberá controlar al paciente diariamente hasta que haya formado tejido de granulación y este alcance la línea gingival.
Fuente: Componente Normativo. Atención Integral de Salud Bucal. Protocolos de Atención de Salud Bucal Primer Nivel. Proceso de Normatización del SNS. Subcomisión de Prestaciones del SNS. Área de Salud Bucal MSP. Abril-2011 Ministerio de Salud Pública. Normatización del SNS. Área de Salud Bucal. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. Universidad. Cristiana Latinoamericana. Escuela de Odontología.(42)	

Hace unos años, un gran número de investigadores de todo el mundo se dieron a la tarea de estudiar, analizar, prevenir y tratar las complicaciones de las extracciones dentales intermedias y directas. (5)

Entre ellas la alveolitis es la complicación más grave y dolorosa después de la extracción dental, manifestándose como dolor leve a severo y la causa más común es el dolor agudo en el postoperatorio. (27)

Esta urgencia oral tiene importantes implicaciones porque, aunque el dolor del paciente puede ser leve, casi siempre es constante, molesto, insoportable y se acompaña de radiación. Tiene una duración de días y en la mayoría de los casos, las actividades habituales de los pacientes limitaban su desarrollo laboral y social, en algunos casos hasta por 20 días. Si la alveolitis no se trata adecuadamente desde el principio, pueden ocurrir complicaciones como la osteomielitis de la mandíbula. (8)

Normalmente, cuando un paciente acude a nuestro servicio de urgencias con esta enfermedad, culpa al dentista de no hacer bien su trabajo; en lo que respecta a los profesionales, se supone que la persona con la enfermedad no ha seguido las reglas prescritas para evitar la aparición, las reglas tienden a reducir su responsabilidad.

Cabe señalar que en la mayoría de los casos, a pesar de las instrucciones posteriores a la extracción, muchos pacientes no siguen las pautas, argumentando en esta situación con el trabajo diario, tanto en el hogar como en el trabajo, el incumplimiento de las siguientes precauciones: mantener los bastoncillos de algodón mordidos durante media hora, no enjuagar la boca, no fumar después de la extracción del diente, observar la higiene bucal normal, comer alimentos blandos durante dos días, preste atención a su dieta, no se acueste 6 horas después de la extracción dental y evite la exposición al sol y el ejercicio después de la extracción dental.(28)

Sin embargo, se debe enfatizar que la alveolitis es una enfermedad multifactorial que incluye muchos factores y muestra diferentes eventos en la patogenia del proceso.

Por lo tanto, a menudo se encuentran diferentes factores asociados con el desarrollo de esta complicación en un mismo paciente.

Afecta a mujeres en una proporción de 5:1 y es más común en mujeres que toman píldoras anticonceptivas, ya que estas hormonas también predisponen a la trombosis intravascular durante la menstruación debido al pico hormonal durante este período. También puede ser promovida por dosis de estrógenos endógenos durante el ciclo menstrual, ya que su efecto fibrinolítico disminuye en los días 23-28 del ciclo menstrual. (17,43)

La enfermedad alveolar ocurre en el 20-35% de las extracciones de terceros molares y en el 2-5% de todos los demás dientes que requieren extracción. (27)

El predominio de esta condición en este grupo de dientes también se debe a que los terceros molares inferiores son retenidos con mayor frecuencia, entre los factores que aumentan la tendencia a la retención se pueden mencionar la falta de espacio durante la erupción, dientes con posición y forma, densidad del hueso circundante. (28,44)

Los dientes retenidos se definieron como dientes que permanecieron total o parcialmente en el maxilar o la mandíbula sin alcanzar su posición en el arco dentario después de un período de erupción normal. Este puede estar contenido, afectado o presente en la boca sin llegar al plano oclusal. (44)

Todos los dientes retenidos son propensos a múltiples condiciones patológicas. Pueden ocurrir accidentes mecánicos, tumores, infecciones entre ellas una alveolitis, alérgicas, entre otras complicaciones. (44)

Cuando se toma la decisión de extraer un diente retenido, se debe realizar un estudio exhaustivo, analizando el tipo de diente retenido y su relación con las estructuras adyacentes. Una variedad de accidentes y complicaciones pueden ocurrir durante el trans operatorio o el período postoperatorio. Las complicaciones postoperatorias más comunes incluyen dolor, edema, trismus, sangrado o una infección. (44)

Los posibles factores de riesgo para esta complicación son la vasoconstricción por exceso de anestesia y la extracción dental traumática, aunque otros factores como la infección previa a la extracción y las enfermedades crónicas no infecciosas (diabetes e hipertensión arterial) y el tabaquismo son los principales factores de riesgo, seguidos de la mala conducta del paciente, por ejemplo, no mantener el sitio de extracción limpio, aunque sabemos que el propio cuerpo tiene las condiciones para repararlo ante cualquier circunstancia. (5,27,28,45)

2.4 Discusión

La alveolitis, considerada una enfermedad multifactorial, ha sido una complicación clínica considerable y sigue siendo la complicación más común después de la extracción dentaria, con mayor incidencia cuando se extraen dientes de la dentición permanente. (20)

Los agentes implicados son numerosos y pueden tener una incidencia variable en la patogenia del proceso. Por estas razones, los autores creen que es fundamental que los odontólogos, estomatólogos, cirujanos dentistas y todos los involucrados en el cuidado de la salud bucal sean capaces de identificar los factores asociados con el origen de la alveolitis, para planificar e implementar estrategias encaminadas a eliminar estos factores y acción de patógenos, reduciendo así la incidencia de esta dolorosa enfermedad. (20)

La enfermedad se presenta principalmente en la edad de los 30 y 40 años, con mayor incidencia en mujeres. (32)

La extracción dental es un procedimiento quirúrgico para extraer un diente erupcionado de su alvéolo con el menor trauma posible.

La alveolitis es una de las complicaciones más dolorosas que pueden ocurrir debido a la cicatrización deficiente de la herida alveolar causada por la extracción del diente. La alveolitis se considera una condición multifactorial en la que intervienen muchos factores y pueden tener diferentes incidencias en la patogenia del proceso.

Actualmente se desconoce la etiología de este proceso, lo que sugiere que puede ser de origen multifactorial.

La literatura incluye factores de riesgo como tabaquismo, diabetes, trauma excesivo en los márgenes alveolares y gingivales, fracturas, inflamación periodontal o periapical aguda durante la extracción dental, mala higiene bucal, cuerpos extraños remanentes en el hueso alveolar, quistes que permanecen en la raíz y granulomas. (1)

Es probable que esta gran variación en la incidencia notificada de alveolitis se deba principalmente a los criterios de diagnóstico y los métodos de evaluación, el tratamiento intraoperatorio y posoperatorio, la edad del paciente, el sexo, la técnica quirúrgica, el tabaquismo, las condiciones médicas, la experiencia del operador y el uso de anticonceptivos orales. (6)

La literatura no brinda pautas estrictas para el uso de antibióticos para prevenir la infección posoperatoria después de la extracción dental, y muchos estudios están divididos sobre la efectividad del tratamiento con antibióticos antes y después de procedimientos dentales como la extracción dental. (29)

Recientemente, ha crecido el problema de las bacterias resistentes a los medicamentos, por lo que la profesión médica está tratando de regular el uso de antibióticos, incluso después de los procedimientos dentales. Se puede inferir de muchos estudios que el tratamiento con antibióticos en individuos sanos no reduce la incidencia de complicaciones postoperatorias, por lo que la prescripción debe tener como objetivo reducir el riesgo de resistencia a los antibióticos involucrados en la evaluación de riesgo-beneficio. (29)

De manera controvertida, algunos autores han indicado que la terapia con antibióticos después de la cirugía del tercer molar facilita la recuperación postoperatoria. (29)

En cuanto al tipo de alveolitis, seca o húmeda, y los factores asociados a su aparición, la influencia del manejo incorrecto en esta urgencia en el origen de esta enfermedad, odontólogo y paciente. En su estudio, los autores dividieron estos factores en dos grupos básicos: conductas inadecuadas del paciente y factores relacionados con los procedimientos dentales, partiendo también del hecho de que la alveolitis es una enfermedad multifactorial, muchos factores están involucrados y ocurren tasas que varían a lo largo del curso de la enfermedad. (46,47,48)

Por ello, en un mismo paciente pueden encontrarse diversos factores asociados al desarrollo de esta complicación, independientemente de su pertenencia a un grupo u otro. El predominó la alveolitis seca y está asociada con el mal comportamiento del paciente. Se cree que, en la mayoría de los casos, a pesar de brindar indicaciones post-extracción, muchos pacientes no se adhieren a las pautas indicadas. La aparición de esta condición está asociada con las tareas cotidianas en el hogar y en el trabajo. (1)

Otros datos mostraron que la incidencia de alveolitis fue de 47% que estaba fuertemente relacionado con la falta de trabajo de los odontólogos, y los autores decidieron nombrar esta variable como un factor relacionado con el comportamiento del odontólogo. (20,47,48)

Se deben seguir estrictamente las siguientes medidas después de la extracción del diente: mantener la torunda de algodón mordida durante media hora, no hacer gárgaras, no fumar, higiene bucal normal, comer alimentos blandos durante los dos primeros días, no acostarse durante 6 horas, evitar la exposición al sol y el ejercicio físico. (1)

Relacionado con el procedimiento del odontólogo, el uso excesivo de anestesia y los procedimientos de extracción incorrectos juegan un papel importante en el origen de la inflamación alveolar, aunque existen otros factores como la infección previa a la extracción y enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial. De acuerdo, con respecto a las alveolitis húmedas, el procedimiento de extracción incorrecto es uno de los factores de riesgo. (1)

Esto se debe a que los procedimientos profesionales inadecuados a menudo se asocian con la persistencia de fragmentos óseos, residuos de dientes rotos, extracciones o residuos de empastes de dientes adyacentes que cayeron en el alveolo durante la extracción y produjeron una reacción que resultó en un patrón húmedo. (1)

Fumar se asoció con el desarrollo de ambos tipos de alveolitis, aunque fumar se asoció más fuertemente con la alveolitis seca.

Esto concuerda con diferentes datos publicados en la literatura científica. Los estudiosos están convencidos de que la nicotina induce la vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos y que, después de la extracción, el efecto mecánico de la aspiración durante la aspiración puede favorecer el desalojo del coágulo. (1)

Según Del Toro Gámez, propuso una relación entre el efecto vasoconstrictor de la adrenalina liberada al fumar y la hipoxia relativa en la zona capilar, lo que a su vez reduce la probabilidad de oxidación, reduce la función oral y empeora los glóbulos blancos; también aumenta los efectos mecánicos ya que la succión durante la inhalación de humo puede determinar el desplazamiento del coágulo. (5)

Como se ha demostrado, en raras ocasiones, el profesional no instruye adecuadamente al paciente, lo que conduce a este comportamiento inapropiado por parte del paciente casi siempre por una violación de la norma de indicación médica y como consecuencia el riesgo de desarrollar una alveolitis.

2.5 Conclusiones

La alveolitis es un proceso inflamatorio e infeccioso y entre los factores predisponentes incluidos en este reporte, no se puede determinar la causa directa, pero mencionan múltiples factores que conducen a la alveolitis. Por ello, el estomatólogo u odontólogo debe prever y tomar las medidas necesarias para evitar esta situación postoperatoria.

La alveolitis se presenta con una frecuencia del 1% al 5%, y la mayoría de los casos se deben a la extracción de terceros molares retenidos, siendo más frecuente en mujeres, el dolor postoperatorio es la principal causa de malestar del paciente, el cual se incrementa en severidad, entre el primer y el tercer día postextracción, acompañado con la desintegración parcial o total de los coágulos de sangre en los alvéolos, con o sin halitosis.

Se considera que la alveolitis no tiene etiología determinada, debido a que está asociada a múltiples factores que la predisponen como la edad, el sexo, la disminución de la resistencia corporal por enfermedades sistémicas, las deficiencias nutricionales y algunos factores de riesgo como la extracción quirúrgica, el trauma, las fuentes microbianas y el tabaquismo.

También se asocia la presencia de enfermedad periodontal, gingivitis ulcerosa necrosante aguda, enfermedad ósea localizada o antecedentes de enfermedad alveolar.

Durante este proceso, la falta de vasos sanguíneos no permite la proliferación de capilares o tejido de granulación, lo que da como resultado coágulos que no pueden formarse o desintegrarse fácilmente, lo que provoca un retraso en la cicatrización y el desprendimiento del coágulo. La exposición de los huesos alveolares al aire, los alimentos y los líquidos provoca dolor.

A menudo, la alveolitis tiene una patología muy dolorosa, dificulta la función de la cavidad oral y se observa clínicamente con pérdida parcial o total de coágulos (algunos son grises).

La alveolitis se puede dividir en dos tipos de alveolitis: alveolitis seca, en la que los alvéolos están abiertos, las paredes óseas están hundidas, no hay coágulo dentro, hay restos de alimentos, líquido, dolor intenso y persistente, dolor intenso y persistente, masticación agravará la situación.

La alveolitis húmeda se presenta como un coágulo necrotizante que produce inflamación de los alvéolos y es menos dolorosa que la alveolitis seca.

2.6 Anexos

Fotografía tomada en el servicio social Clínica Estomatología UAM Iztapalapa



2.7 Bibliografía

1. Guerra-Lorenzo Y, Rodríguez-Rodríguez A, Alemán-Hernández E, Valdés-Barroso LM, Valiente-Rodríguez B. La alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia Morales. Municipio Boyeros. Rev Méd Electrón [Internet]. Dic 2018 [citado 3 Abril 2023];40(6):1856-74. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n6/1684-1824-rme-40-06-1856.pdf>
2. MSc. Dra. Yudit Berrio Rey.MSc.Dra. María Elena Rey Ávila.MSc. Dra. Xiomara Suárez Morales.Alveolitis, factores que predisponen a su aparición.Acta Médica del Centro / Vol. 8 No. 3 [Internet] 2014[Citado 2023 Feb 07]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>
3. Rodrigues, M. T., Cardoso, C. L., Carvalho, P. S., Cestari, T. M., Feres, M., Garlet, G. P., & Ferreira, O., Jr. Experimental alveolitis in rats: microbiological, acute phase response and histometric characterization of delayed alveolar healing. Journal of applied oral science : revista FOB, 19(3), 260–268. [Internet]. 2011 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1678-77572011000300015>
4. Chiapasco, M. Cirugía oral: texto y atlas en color. Editorial Masson. 2004. México. [Internet]. 13 de febrero de 2019 - [citado 2023 Mayo 25];38(1).
5. Del Toro Gámez Y, Díaz del Mazo L, Ferrer González S, Céspedes Ruiz A de los Á, González Mateo A. Eficacia del extracto fluido de Vimang® en el tratamiento de pacientes con alveolitis. MEDISAN [Internet]. 2014 Sep [citado 2023 Mayo 01]; 18(9): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900001&lng=es.
6. Andrea Vergara Buenaventura.Alveolitis seca: una revisión de la literatura.Vol. 36. Núm. 4.páginas 169-173 (Octubre - Diciembre 2014).Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial se adhiere a los principios y procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE) Internet]. 2014 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: www.publicationethics.org.
7. Soto Caballero DR, Troya Borges E, Padilla Suárez E, Rodríguez Ramos SL. Morbilidad por urgencias estomatológicas. Clínica Docente Estomatológica 27 de Noviembre. Municipio Colón. 2007-2008. Rev Méd Electrón. [Internet]. 2011 [citado 2023 Mayo 01]; 33(1). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%20011/tema09.htm>.
8. Bravo Venero AV, Díaz García LM, Armas González L. Tratamiento de la alveolitis dental con tintura de propóleos al 5 %. Rev Cubana Farm [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Mayo 01]; 46(1): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152012000100012&lng=es
9. Morales Trejo B. Alternativas de tratamiento para la osteítis alveolar (alveolo seco) y revisión de la literatura. Rev ADM [Internet]. 2011 nov- dic [citado 2023 Mayo 01]; LXVIII (6): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od116d.pdf>
10. CIRUGÍA BUCAL.Alveolitis seca. Etiología y tratamiento de la alveolitis.[Internet] PUBLICADO EL 4 OCTUBRE, 2019 POR COMUNICACIÓN. CIMEV [Citado 2023 Feb 09]. Disponible en:<https://cimev.es/alveolitis-seca/>
11. Vergara A (2014) ?Alveolitis seca; una revisión de la literatura?, Rev Esp Cir Oral Maxilofac, Vol. 36(4), pág. 1697173

12. Gonzalez G & Montero M.E (2013) Estomatología General Integral?, Editorial ciencias médicas, La Habana-Cuba
13. Leyva A. Capetillo G. Cortés S. Tiburcio L. Parra C. (2014) "Importancia de la alveolitis seca y su atención oportuna." Facultad de Odontología, Universidad Veracruzana
14. Vergara Buenaventura Andrea. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Feb 07] ; 36(4): 169-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582014000400004&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.006>.
15. Berrio Rey Y, Rey Ávila ME, Suárez Morales X. Alveolitis, factores que predisponen a su aparición. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 2023 Mayo 20];8(3). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/155>
16. Marchena Rodríguez L, Osorio Robles M, Diaz Almanara EM, et al. Complicaciones en las extracciones de terceros molares: Alveolitis seca. Gaceta dental: Industrial y profesiones [Internet]. 2015 [citado 2023 Mayo 20];268:172-77. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2015/04/complicaciones-en-las-extracciones-de-terceros-molares-alveolitis-seca-53711/#>
17. 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 2023 Mayo 20];XVI(1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320/485>
18. Martín Reyes O, Lima Alvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. AMC [Internet]. 2015 [citado 2023 Mayo 20];7(2). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3316>
19. Marian Antonia Anampa Paucar, Lisbeth Katerine Onori Quispe, Graciela Mendoza Lupaca, Noemi Antonia Escobar Cabrera, Ledy Lizeth Viveros Salas, Juan José Arias López y Susan Yanapa Vilca. Alveolitis dental: Factores de riesgo. Alveolitis: Risk factors. Revista Odontológica Basadrina. [Internet] 2022 [citado 2023 Mar 27]; 6(1):28-32. ISSN-e: 2664-4649. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2022.6.1.1268>
20. Berrio Rey Y, Rey Ávila ME. Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. Medicentro Electrón [Internet]. 2013 [citado 05/11/2017];17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000100004
21. Aguirre Jessica Paola, Milena Durán Ana Milena, Paula Andrea Jaimes y Villabona Diana Paola. PREVALENCIA DE ALVEOLITIS POST EXODONCIA EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DURANTE EL AÑO 2017. 2018
22. Dr. Norberto ¿Qué es la alveolitis?.[Internet]13 junio,2015 [citado 2023 Feb 07] Montané. Disponible en: <https://www.clinicadentalmontane.com/blog/que-es-la-alveolitis/>. Clínica Dental Montané
23. Faizel, S., Thomas, S., Yuvaraj, V., Prabhu, S., & Tripathi, G. (2015). Comparison between neocone, alvogyl and zinc oxide eugenol packing for the treatment of dry socket: a double blind randomised control trial. Journal of

- maxillofacial and oral surgery, 14(2), 312–320. Internet]. 2015 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12663-014-0667-z>
24. Kamal, A., Salman, B., Abdul Razak, N. H., Qabbani, A. A., & Samsudin, A. R. (2020). The Efficacy of Concentrated Growth Factor in the Healing of Alveolar Osteitis: A Clinical Study. *International journal of dentistry*, 2020, 9038629. Internet]. 2020 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/9038629>
 25. Kamal, A., Salman, B., Razak, N. H. A., & Samsudin, A. B. R. (2020). A Comparative Clinical Study between Concentrated Growth Factor and Low-Level Laser Therapy in the Management of Dry Socket. *European journal of dentistry*, 14(4), 613–620. Internet]. 2020 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714765>
 26. Elyer Abraham Ortega Fruto; Julio Cesar Quiñonez Becerra; Richard Javier Serrano Vasquez; Jenny María Ochoa Armijos. Causas y consecuencias de la alveolitis seca en adultos mayores [Internet] Vol. 3, núm. 3., (2019) [citado 2023 Feb 07] *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. 3(3). pp. 568-594. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/290/306>
 27. Rodríguez Alonso G, Toledo Reyes L, Gálvez Moya M, Trujillo Gálvez B. Prevalencia de la alveolitis postextracción y factores asociados en la población mayor de 15 años. *MEDICENTRO* [Internet]. 2010 [citado 2023 Mayo 20];14(4). Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/187/284>
 28. Xiomara González García, Lena Lugo Bencomo, Maily Figueroa Andino, Máximo Corrales Fonte. Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. Incidence of alveolitis and main associated factors in patients older than 19 years. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Marzo -abril, 2017; vol. 21(2)162-170
 29. Vettori, E., Costantinides, F., Nicolin, V., Rizzo, R., Perinetti, G., Maglione, M., & Di Lenarda, R. (2019). Factors Influencing the Onset of Intra- and Post-Operative Complications Following Tooth Exodontia: Retrospective Survey on 1701 Patients. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 8(4), 264.
 30. Sáez-Alcaide, L. M., Molinero-Mourelle, P., González-Serrano, J., Rubio-Alonso, L., Bornstein, M. M., & López-Quiles, J. (2020). Efficacy of a topical gel containing chitosan, chlorhexidine, allantoin and dexpanthenol for pain and inflammation control after third molar surgery: A randomized and placebo-controlled clinical trial. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 25(5), e644–e651. Internet]. 2020 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4317/medoral.23661>
 31. Fiorillo L. (2019). Chlorhexidine Gel Use in the Oral District: A Systematic Review. *Gels (Basel, Switzerland)*, 5(2), 31. Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/gels5020031>
 32. Guerra-Lorenzo Y, Rodríguez-Rodríguez A, Alemán-Hernández E, Valdés-Barroso LM, Valiente-Rodríguez B. La alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia Morales. Municipio Boyeros. *Rev Méd Electrón* [Internet]. Dic 2018 [citado 3 Abril 2023];40(6):1856-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n6/1684-1824-rme-40-06-1856.pdf>
 33. Miniguano-Viteri GA. Estudio in vivo sobre la aplicación del apósito de propóleos en el proceso de cicatrización post extracción dental complicada, en pacientes que acuden a la unidad de atención odontológica "Uniandes"

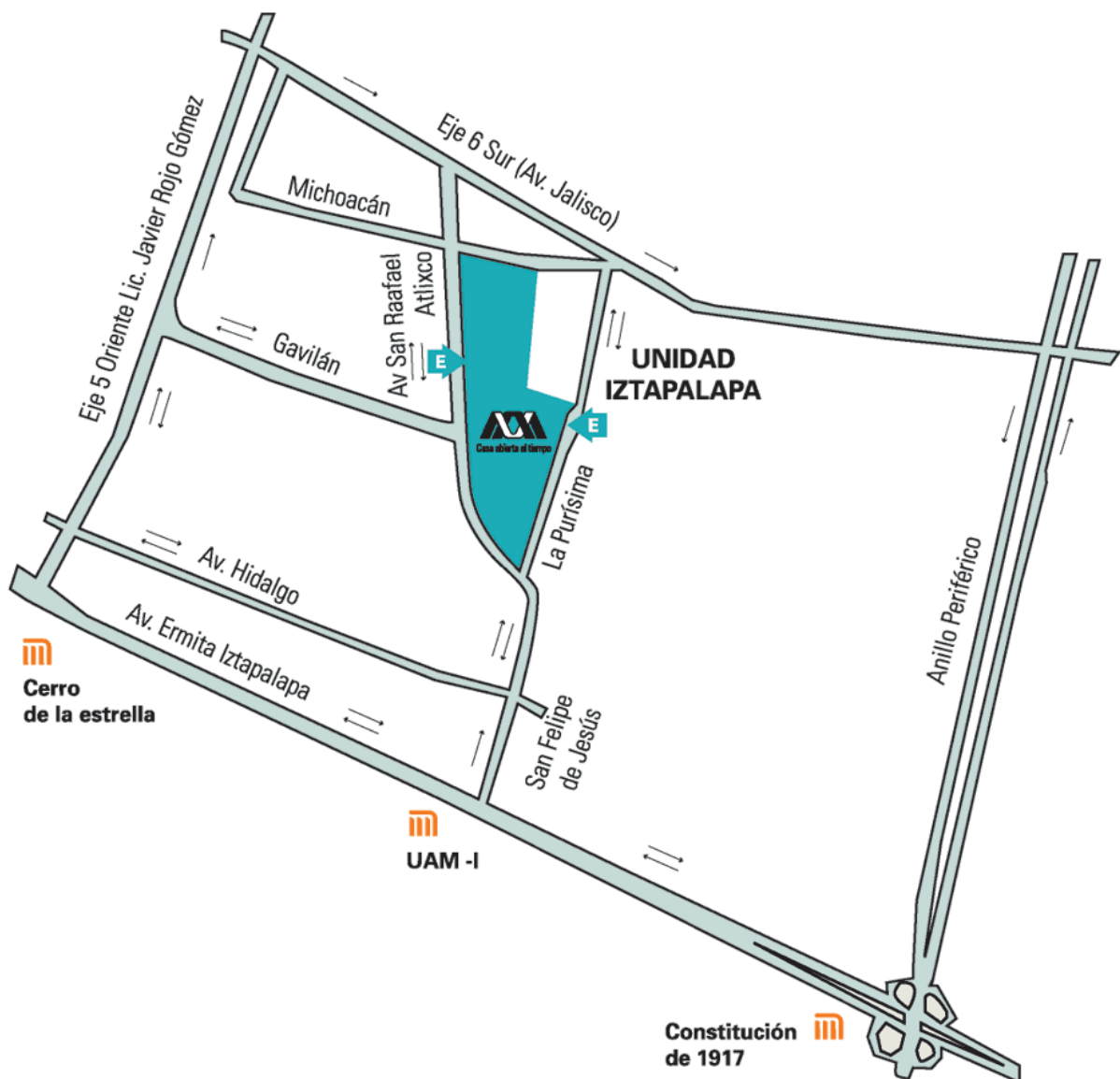
- [Internet]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes”; 2018 [citado 3 Abril 2023]; Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9386/1/PIUAODONT015-2018.pdf>
34. Núñez D, Balboa N, Alvear M, Ceron A, Abarzua K, Vasconcellos A. Evaluación de la actividad anti-inflamatoria de propóleos chileno sobre cortes histológicos de orejas de ratón. *Int. J. Morphol*[Internet]. Mar 2018 [citado 3 Abril 2023];36(1):189-93. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v36n1/0717-9502-ijmorphol-36-01-00189.pdf>
 35. Acosta-Nápoles I, Barrera-Campos A, Afonso-Sánchez LM. Uso preventivo del Propomiel en las exodoncias de la clínica estomatológica del municipio Colombia. *RCCS* [Internet]. Dic 2018 [citado 3 Abril 2023]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/uso-preventivo-propomiel.zip>
 36. Souto-Román MC, Rosales-Reyes M, Sánchez-Rodríguez R. Eficacia de la aplicación de propóleos al 8 % en alveolitis dentaria. *Multimed* [Internet]. 2016 [citado 3 Abril 2023];20(5):83-94. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/388/623>
 37. Yelnya Bertolín Alonso, Martha Zuzana Piñeyro Puebla. Comentario a propósito del artículo “Tintura de propóleos al 12 % y Alveogyl® en el tratamiento de la alveolitis dental” Comment on the article "12% propolis tincture and Alveogyl® in the treatment of dental socket". *Publicación Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila | Editorial Ciencias Médicas. REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA*. 2021;27:e2972. ISSN: 1029-3035. RNPS: 1821
 38. Barona-Dorado, C., González-Regueiro, I., Martín-Ares, M., Arias-Irimia, O., & Martínez-González, J. M. (2014). Efficacy of platelet-rich plasma applied to post-extraction retained lower third molar alveoli. A systematic review. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 19(2), e142–e148. [Internet]. 2014 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4317/medoral.19444>
 39. Pal, U. S., Singh, B. P., & Verma, V. (2013). Comparative evaluation of zinc oxide eugenol versus gelatin sponge soaked in plasma rich in growth factor in the treatment of dry socket: An initial study. *Contemporary clinical dentistry*, 4(1), 37–41. [Internet]. 2013 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0976-237X.111592>
 40. Ghanaati, S., Śmieszek-Wilczewska, J., Al-Maawi, S., Neff, P., Zadeh, H. H., Sader, R., Heslich, A., & Rutkowski, J. L. (2022). Solid PRF Serves as Basis for Guided Open Wound Healing of the Ridge after Tooth Extraction by Accelerating the Wound Healing Time Course-A Prospective Parallel Arm Randomized Controlled Single Blind Trial. *Bioengineering (Basel, Switzerland)*, 9(11), 661. [Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/bioengineering9110661>
 41. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición. [Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 25];38(1). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dry-socket/symptoms-causes/syc-20354376#:~:text=La%20causa%20exacta%20de%20la,una%20muela%20de%20juicio%20retenida>
 42. Componente Normativo. Atención Integral de Salud Bucal. Protocolos de Atención de Salud Bucal Primer Nivel. Proceso de Normatización del SNS.

- Subcomisión de Prestaciones del SNS. Área de Salud Bucal MSP. Abril-2011
Ministerio de Salud Pública. Normatización del SNS. Área de Salud Bucal.
Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. Universidad.
Cristiana Latinoamericana. Escuela de Odontología.
43. García AJ. El sexo y el hábito de fumar como factores asociados a la alveolitis postextracción. *Medicentro Electrón* [Internet] 2010 [citado 2023 Mayo 25]; 14(4). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/188/218>
 44. Martínez Gómez N, Díaz Díaz D, Guerra Cobian O, Pérez Díaz A, Guilian Carrión M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. *Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Revhabancienméd* [Internet]. 2013 [citado 2023 Mayo 25]; 12(Suppl 5): [Aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000500009&lng=es.
 45. Bestard Romero J, Ocaña Fontela N, López Vantourt A C, García Fajardo I M, Escalona Betancourt M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario "Josué Paíz García". *MEDISAN* [Internet]. 2011 Jun [citado 2023 Mayo 25]; 15(6): [Aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600011&lng=es
 46. Albear Caró F, Albear Caró Y, Albear Caró Z, et al. Uso de Oleozón en alveolitis en la Clínica Estomatológica Lidia Doce, Guantánamo. *Rev inf cient* [Internet]. 2015 [citado 2023 Mayo 25]; 91(3). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/229/539>
 47. León Montano V, Hernández Roca CV, Gómez Capote I, et al. Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan. *Rev Médic Electrón* [Internet]. 2016 [citado 2023 Mayo 25]; 38(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1377>
 48. Faustino, I. S. P., Ramos, J. C., Mariz, B. A. L. A., Papadopoulou, E., Georgaki, M., Nikitakis, N. G., Vargas, P. A., Santos-Silva, A. R., & Lopes, M. A. A Rare Case of Mandibular Aspergillus Osteomyelitis in an Immunocompetent Patient. *Dentistry journal*, 10(11), 213. [Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 25]; 38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/dj10110213>

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

Realicé mi servicio social en la clínica estomatológica de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa (UAM-I), tiene el objetivo "brindar atención bucodental de calidad a la comunidad UAM-I, del mismo modo desarrollar habilidades en el campo laboral de los alumnos de servicio social para formar profesionales con un fuerte compromiso social".

Ubicada en Av. San Rafael Atlixco 186, Leyes de Reforma 1ra Secc, Iztapalapa, 09340 Ciudad de México, CDMX. Ya dentro del plantel localizada en el edificio "M", planta baja.



El servicio es exclusivo para la comunidad universitaria, con credencial y matrícula vigente. La clínica cuenta con un número telefónico (Teléfono: 55 58 04 46 00 Ext: 2792) y un correo electrónico: odonto@xanum.uam.mx y los horarios de atención son de lunes a viernes de 9:00 horas a 17:00 horas.

La clínica estomatológica se encuentra equipada con 4 unidades dentales, un autoclave, cavitron, lámparas de fotocurado, materiales, insumos e instrumentos, un aparato de rx, una caja de revelado y la atención estomatológica cuentan con un protocolo para brindar los servicios.

En cuanto a los recursos humanos, la clínica está integrada por una jefa de servicio social que es la Dra. Araceli Hernández Alpízar, un auxiliar administrativo la Dra. Beatriz López Romero y 4 pasantes provenientes de la UAM-X (UAM Xochimilco)

Los servicios que se ofrecen son:

1. Tratamientos preventivos
 - Control de placa. El diagnóstico se realiza mediante pastillas reveladoras que muestran la cantidad de restos de comida que se han acumulado en los dientes (Biofilm).
 - Odontoxesis. Es la eliminación manual o mecánica de los restos de comida calificados de los dientes.
 - Profilaxis: Limpieza bucal profesional, cuyo objetivo es eliminar mecánicamente las bacterias y el sarro de los dientes, la encía y los espacios interdentes.
2. Tratamientos restaurativos

Su objetivo es restaurar la forma y la función de los dientes dañados por caries o fracturados mediante el uso de técnicas y materiales específicos, tales como:

- AMALGAMAS
 - RESINAS
3. Tratamientos protésicos:

Es un procedimiento clínico diseñado para reconstruir y/o restaurar el 80% o el 100% de la estructura dental dañada por caries o fracturas con prótesis fijas y removibles.

- PRÓTESIS FIJA
 - INCRUSTACIONES
 - CORONAS
 - PRÓTESIS REMOVIBLE (AUSENCIA DE DIENTES)
4. Tratamiento de conductos o endodoncia (sujeto a valoración):

Se realiza para conservar los órganos dentales sin necesidad de extracción dental, y es el último recurso para conservar los dientes en la cavidad bucal, que tienen alguna afección en el nervio dental y su periferia circundantes con ciertas condiciones.

5. Exodoncia o extracciones dentales (sujetos a valoración):

Está indicado para pacientes con caries muy severas que no permiten que el diente permanezca en la boca, que tienen un diente profundamente fracturado o que tienen una enfermedad periodontal severa que provoca que el diente se afloje.

6. Urgencias dentales:

Atención principalmente relacionada con el tratamiento de los síntomas dolorosos agudos asociados con los dientes y las membranas mucosas circundantes.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMERICO NARRATIVO

El servicio social (SS) lo realicé en la Clínica Integral Estomatológica, UAM Iztapalapa (UAM- I)", con un periodo de inicio del 1 de agosto del 2022 al 31 de junio del 2023, encabezada por una jefa del servicio, la Dra Araceli Hernández Alpizar que está encargada de supervisar las actividades.

Las actividades que realice en la clínica Estomatología de la UAM Iztapalapa, cumplen con las normas oficiales que se requieren para brindar el servicio estomatológico a la comunidad, ya que brindan la atención correspondiente a la salud bucal de cada uno de los pacientes vistos en este año de servicio social, se cuentan con protocolos de atención y previas medidas de bioseguridad para el personal que acude al servicio estomatológico y como el que labora en la clínica brindando los servicios de atención.

Dicha clínica cuenta con el instrumental, materiales y equipos necesarios para ofrecer un servicio estomatológico de calidad a la comunidad asistente.

Cabe rescatar que los servicios brindados solo corresponden a la comunidad UAM Iztapalapa y las actividades realizadas tienen una cuota de recuperación que varía los costos dependiendo si son estudiantes, administrativos y académicos.

Durante el Servicio Social participé en programas y cursos, los cuales fueron:

- Exposiciones: Extracción simple, Gingivitis a Periodontitis
- Programas y cursos: Terapia Psicológica, Manejo del estrés, bienestar psicosocial Adultos mayores (55+) y Trauma a la vuelta de la esquina "Primeros auxilios para el estrés traumático y postraumático" (que constaba de 5 sesiones).

Las siguientes tablas presentan las actividades que realice cada mes en servicio social.

Tabla 2. AGOSTO 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES

AGOSTO 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACION		
CURETAJE 3ER MOLAR	1	0,89%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	3	2,68%
REVISIÓN	12	10,71%
EXODONCIA		
CX TERCER MOLAR	1	0,89%
RETIRO DE PUNTOS	2	1,79%
SUTURA	1	0,89%
FARMACOLOGIA		
FARMACOLOGIA	2	1,79%
OTROS		
ASISTENCIA	42	37,50%
OPERATORIA		
AMALGAMA	3	2,68%
ANESTESIA	1	0,89%
RESINA	13	11,61%
OBTURACION PROVISIONAL	8	7,14%
PREVENCION		
CONTROL DE PLACA	0	0,00%
ODONTOXESIS	6	5,36%
TECNICA DE CEPILLADO	6	5,36%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	0,89%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	2	1,79%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	2	1,79%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	2	1,79%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	2	1,79%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	2	1,79%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	112	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 3. SEPTIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES

SEPTIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	1	1,27%
RX	1	1,27%
REVISIÓN	4	5,06%
EXODONCIA		
EXTRACCIÓN	1	1,27%
RETIRO DE PUNTOS	1	1,27%
REVISIÓN POST EXTRACCIÓN	1	1,27%
SUTURA	1	1,27%
OTROS		
ASISTENCIA	25	31,65%
OPERATORIA		
ANESTESIA	1	1,27%
RESINA	9	11,39%
OBTURACION PROVISIONAL	8	10,13%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	5	6,33%
PROFILAXIS	1	1,27%
TECNICA DE CEPILLADO	6	7,59%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	1,27%
INSTRUMENTACION DE CONDUCTO	2	2,53%
MEDICACION INTRACONDUCTO	2	2,53%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	1,27%
GUARDA OCLUSAL	1	1,27%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	2	2,53%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	1	1,27%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	2	2,53%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	2	2,53%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	79	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 4. OCTUBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES

OCTUBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACION		
CURETAJE	1	0,77%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	12	9,23%
RX	3	2,31%
REVISIÓN	6	4,62%
EXODONCIA		
EXTRACCIÓN	1	0,77%
RETIRO DE PUNTOS	2	1,54%
SUTURA	1	0,77%
FARMACOLOGIA		
FARMACOLOGIA	1	0,77%
OTROS		
ASISTENCIA	39	30,00%
OPERATORIA		
AMALGAMA	2	1,54%
ANESTESIA	1	0,77%
RESINA	9	6,92%
OBTURACION PROVISIONAL	10	7,69%
PULIDO DE RESINA	1	0,77%
RETIRO DE FERULA DE ORTODONCIA	1	0,77%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	10	7,69%
PROFILAXIS	2	1,54%
TECNICA DE CEPILLADO	10	7,69%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	0,77%
INSTRUMENTACION DE CONDUCTO	3	2,31%
MEDICACION INTRA CONDUCTO	2	1,54%
OBTURACION DE CONDUCTO	1	0,77%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
AJUSTE DE INCRUSTACIÓN	1	0,77%
CEMENTACIÓN DE CORONA		

CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	2	1,54%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	2	1,54%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	2	1,54%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	2	1,54%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	2	1,54%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	130	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 5. NOVIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES

NOVIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	9	7,09%
RX	2	1,57%
REVISIÓN	7	5,51%
OTROS		
ASISTENCIA	38	29,92%
OPERATORIA		
AMALGAMA	5	3,94%
ANESTESIA	1	0,79%
RESINA	26	20,47%
OBTURACION PROVISIONAL	11	8,66%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	8	6,30%
TECNICA DE CEPILLADO	8	6,30%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	0,79%
INSTRUMENTACION DE CONDUCTO	3	2,36%
MEDICACION INTRACONDUCTO	1	0,79%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	3	2,36%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	1	0,79%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	1	0,79%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	0,79%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	1	0,79%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	127	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 6. DICIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES

DICIEMBRE 2022-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	6	7,50%
RX	1	1,25%
REVISIÓN	2	2,50%
EXODONCIA		0,00%
RETIRO DE PUNTOS	1	1,25%
OTROS		
ASISTENCIA	20	25,00%
OPERATORIA		
AMALGAMA	3	3,75%
ANESTESIA	1	1,25%
RESINA	13	16,25%
OBTURACION PROVISIONAL	8	10,00%
PREVENCION		
CONTROL DE PLACA	1	1,25%
ODONTOXESIS	7	8,75%
PROFILAXIS	2	2,50%
TECNICA DE CEPILLADO	7	8,75%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
INSTRUMENTACION DE CONDUCTO	2	2,50%
MEDICACION INTRACONDUCTO	1	1,25%
OBTURACION DE CONDUCTO	1	1,25%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		0,00%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	1	1,25%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	1	1,25%
PRUEBA DE INCRUSTACIÓN	1	1,25%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	1	1,25%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	80	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 7. ENERO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

ENERO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	3	10,71%
RX	2	7,14%
FARMACOLOGIA		
FARMACOLOGIA	1	3,57%
OTROS		
ASISTENCIA	9	32,14%
OPERATORIA		
AMALGAMA	1	3,57%
ANESTESIA	1	3,57%
RESINA	5	17,86%
OBTURACION PROVISIONAL	2	7,14%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	1	3,57%
TECNICA DE CEPILLADO	1	3,57%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	3,57%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE CORONA	1	3,57%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	28	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 8. FEBRERO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

FEBRERO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACION		
CURACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS	1	1,52%
CURETAJE	1	1,52%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	5	7,58%
RX	2	3,03%
REVISIÓN	9	13,64%
FARMACOLOGIA		
FARMACOLOGIA	1	1,52%
OTROS		
ASISTENCIA	20	30,30%
OPERATORIA		
ANESTESIA	1	1,52%
RESINA	4	6,06%
OBTURACION PROVISIONAL	8	12,12%
RECONSTRUCCIÓN CON IONOMERO	1	1,52%
RETIRO DE FERULA DE ORTODONCIA	1	1,52%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	4	6,06%
TECNICA DE CEPILLADO	3	4,55%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		0,00%
CANALIZACIÓN	1	1,52%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	1,52%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	1	1,52%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	1	1,52%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	1,52%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	66	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 9. MARZO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

MARZO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	5	12,50%
RX	1	2,50%
REVISIÓN	1	2,50%
OTROS		
ASISTENCIA	12	30,00%
OPERATORIA		
RESINA	1	2,50%
OBTURACION PROVISIONAL	3	7,50%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	3	7,50%
PROFILAXIS	2	5,00%
TECNICA DE CEPILLADO	4	10,00%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	2	5,00%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	3	7,50%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	2,50%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	2	5,00%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	40	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 10. MAYO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

MAYO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACION		
RETIRÓ DE ESPÍCULA	1	3,33%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	4	13,33%
RX	1	3,33%
REVISIÓN	4	13,33%
OTROS		
ASISTENCIA	8	26,67%
OPERATORIA		
RESINA	2	6,67%
OBTURACION PROVISIONAL	2	6,67%
PREVENCION		0,00%
ODONTOXESIS	1	3,33%
PROFILAXIS	3	10,00%
TECNICA DE CEPILLADO	4	13,33%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	30	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 11. JUNIO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

JUNIO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
DIAGNOSTICO		
FICHA DE URGENCIA	8	10,39%
RX	2	2,60%
REVISIÓN	3	3,90%
EXODONCIA		
CX TERCER MOLAR	1	1,30%
REVISIÓN POST EXTRACCIÓN	2	2,60%
SUTURA	1	1,30%
FARMACOLOGIA		
FARMACOLOGIA	1	1,30%
OTROS		
ASISTENCIA	24	31,17%
OPERATORIA		
ANESTESIA	3	3,90%
RESINA	7	9,09%
OBTURACION PROVISIONAL	5	6,49%
PREVENCION		
ODONTOXESIS	4	5,19%
PROFILAXIS	1	1,30%
TECNICA DE CEPILLADO	5	6,49%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	1	1,30%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	4	5,19%
IMPRESIÓN CON ELASTOMERO	1	1,30%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	1	1,30%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	1	1,30%
PRUEBA DE DIENTES EN CERA PARA PROTESIS	1	1,30%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	1	1,30%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	77	100,00%

Fuente: Bitácora personal

Tabla 12. JULIO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES

JULIO 2023-REPORTE DE ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACION		
CURETAJE 3ER MOLAR	1	20,00%
DIAGNOSTICO		0,00%
FICHA DE URGENCIA	1	20,00%
OTROS		
ASISTENCIA	2	40,00%
TRATAMIENTOS PROTESICOS		
COLOCACION DE PROTESIS	1	20,00%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	5	100,00%

Fuente: Bitácora persona

Tabla 14. CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL 2022-2023

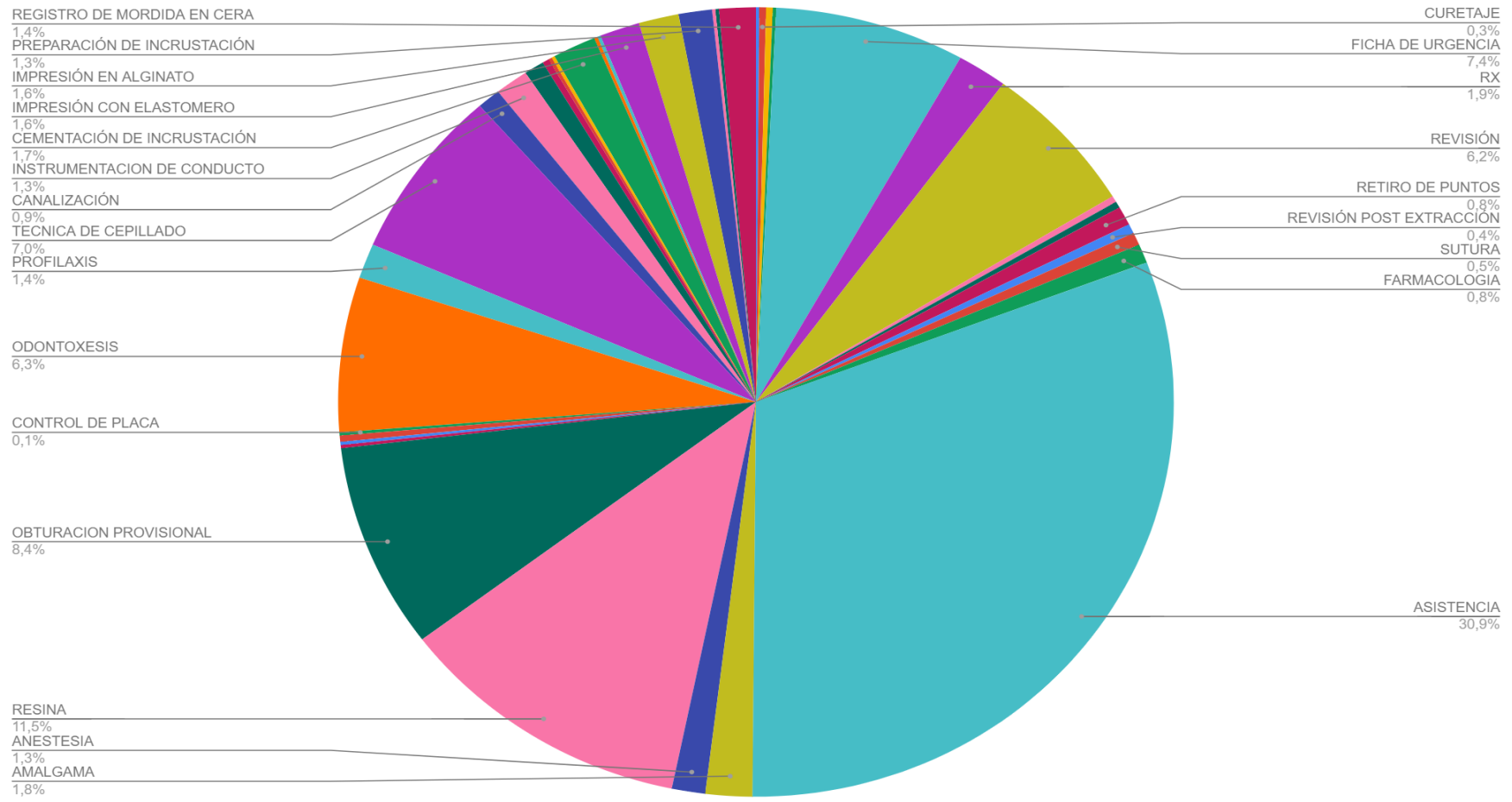
CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES 2022-2023		
ACTIVIDADES	TOTAL	%
CURACIÓN		
CURACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS	1	0,13%
CURETAJE	2	0,26%
CURETAJE 3ER MOLAR	2	0,26%
RETIRÓ DE ESPÍCULA	1	0,13%
DIAGNÓSTICO		
FICHA DE URGENCIA	57	7,36%
RX	15	1,94%
REVISIÓN	48	6,20%
EXODONCIA		
CX TERCER MOLAR	2	0,26%
EXTRACCIÓN	2	0,26%
RETIRO DE PUNTOS	6	0,78%
REVISIÓN POST EXTRACCIÓN	3	0,39%
SUTURA	4	0,52%
FARMACOLOGÍA		
FARMACOLOGÍA	6	0,78%

OTROS		
ASISTENCIA	239	30,88%
OPERATORIA		
AMALGAMA	14	1,81%
ANESTESIA	10	1,29%
RESINA	89	11,50%
OBTURACION PROVISIONAL	65	8,40%
PULIDO DE RESINA	1	0,13%
RECONSTRUCCIÓN CON IONÓMERO	1	0,13%
RETIRO DE FÉRULA DE ORTODONCIA	2	0,26%
PREVENCIÓN		
CONTROL DE PLACA	1	0,13%
ODONTOXESIS	49	6,33%
PROFILAXIS	11	1,42%
TÉCNICA DE CEPILLADO	54	6,98%
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		
CANALIZACIÓN	7	0,90%
INSTRUMENTACIÓN DE CONDUCTO	10	1,29%
MEDICACIÓN INTRACONDUCTO	6	0,78%
OBTURACIÓN DE CONDUCTO	2	0,26%
TRATAMIENTOS PROTÉSICOS		
AJUSTE DE INCRUSTACIÓN	1	0,13%
CEMENTACIÓN DE CORONA	1	0,13%
CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN	13	1,68%
COLOCACION DE PROTESIS	1	0,13%
GUARDA OCLUSAL	1	0,13%
IMPRESIÓN CON ELASTÓMERO	12	1,55%
IMPRESIÓN EN ALGINATO	12	1,55%
PREPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN	10	1,29%
PRUEBA DE DIENTES EN CERA PARA PROTESIS	1	0,13%
PRUEBA DE INCRUSTACIÓN	1	0,13%
REGISTRO DE MORDIDA EN CERA	11	1,42%
SUMA TOTAL DE ACTIVIDADES	774	100,00%

Fuente: Bitácora personal

GRÁFICA DE PASTEL 1. REPORTE DE ACTIVIDADES 2022-2023

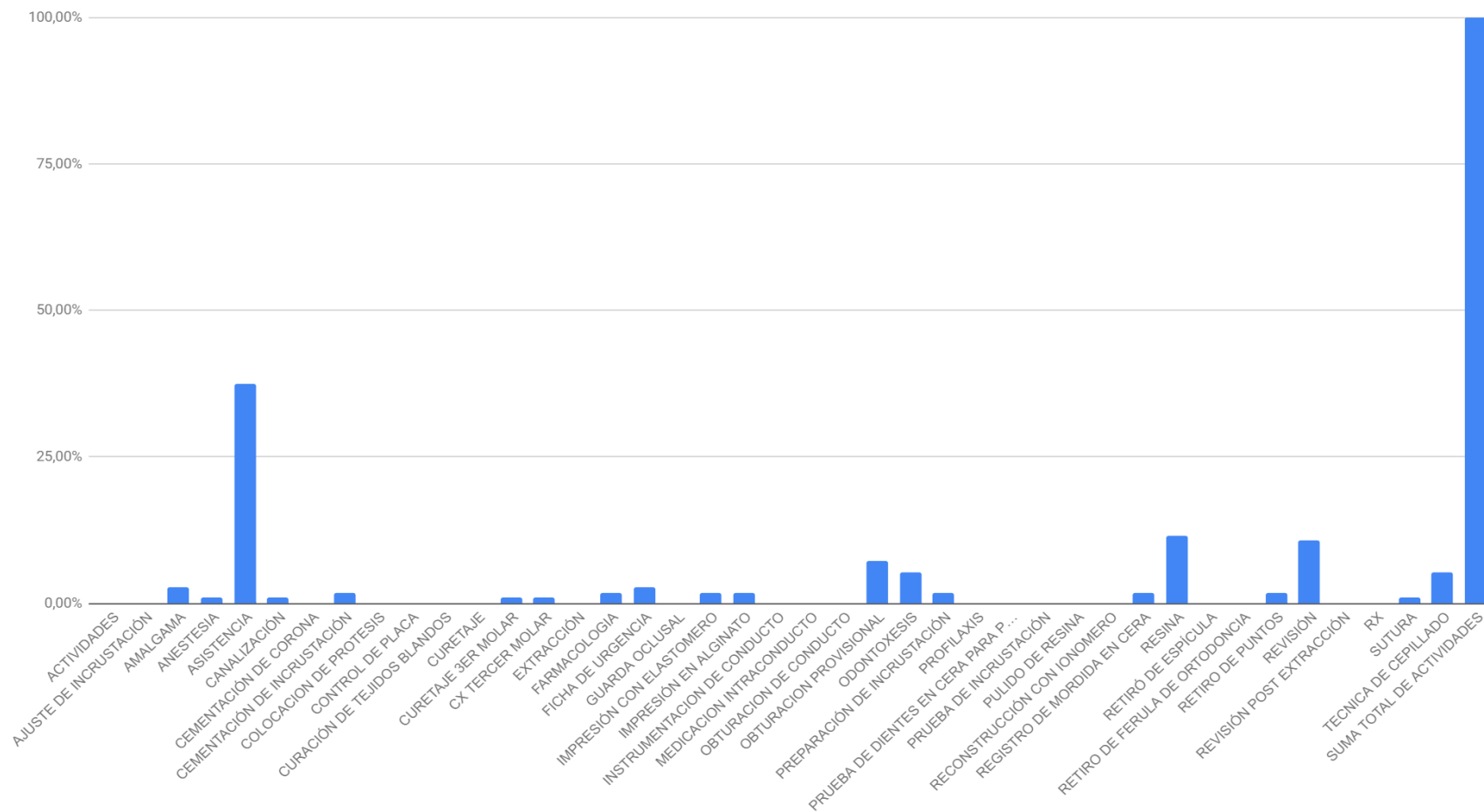
REPORTE DE ACTIVIDADES 2022-2023



Fuente: Bitácora personal

GRÁFICA 1. REPORTE DE ACTIVIDADES 2022-2023

REPORTE DE ACTIVIDADES 2022-2023



Fuente: Bitácora personal

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el servicio social realice el informe mensual de las actividades elaboradas en la clínica de Estomatología de la UAM-Iztapalapa. El cual resalta información importante por la cual los pacientes acuden a una consulta dental, cabe resaltar que la sociedad que se presentó era por estudiantes, trabajadores y docentes pertenecientes a la UAM-Iztapalapa, donde de primera instancia en la que acudían se realizaron una limpieza dental ya sea una profilaxis u odontoxesis, teniendo un mayor número de porcentaje representado en la tabla 14 (CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL 2022-2023), teniendo un 6.33 % en odontoxesis y 1.42% en profilaxis.

Esto relacionado a los expedientes o fichas de urgencia abiertos para nuevos pacientes tiene un porcentaje del 7.36% (aproximadamente 57 pacientes nuevos se presentaron a la clínica para su tratamiento dental durante este año que presente el servicio social), donde después de una limpieza la mayoría de los pacientes seguían con su tratamiento, en la mayoría de los procedimientos se pudo determinar de manera gráfica que los pacientes se les colocó una obturación provisional que representó el 8.40%, esto se debe a que los pacientes presentaron una lesión cariosa bastante profunda y por ende necesitan una base de IRM, para posterior colocar una amalgama donde tiene un porcentaje del 1.81%, o alguna preparación para una restauración indirecta ya sea una incrustación o corona teniendo porcentajes de 1.68% para incrustaciones y 0.13% para coronas, pero si bien se presentaban lesiones menos invasivas donde está bien indicada una restauración con resina para el tratamiento da un porcentaje del 11.50%. Esto refleja que alrededor de 178 procedimientos se colocaron una restauración directa, ya sea una amalgama, resina o una obturación provisional.

Basándose en estos datos se determina que el paciente que acudía a una revisión era más por prevención a su salud bucal, donde el procedimiento más demandado era la limpieza dental y el trato de lesiones cariosas. El valor más grande presentado en las tablas son las asistencias con un porcentaje del 30.88%, esto se debe a que la manera de trabajo en la clínica es por la técnica 4 manos, lo cual las actividades se iban tomando entre operador y asistente, se iban rotando por turno entre cada paciente, pero teniendo en cuenta la suma de todas las actividades da un 69.12% lo que quiere decir que en este porcentaje están reflejadas de manera general las actividades realizadas en los pacientes por mi propia atención, dando una suma de 535 de 774 actividades realizadas en todo el año presentado en el servicio social, estadísticamente y la media de las actividades realizadas mensualmente fue del 64.5%.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante el período del servicio social que presenté en la UAM Iztapalapa en la Clínica Estomatológica, logré desarrollar destrezas que me ayudaron a brindar una mejor atención al personal que acudía para una consulta o revisión dental. Debido a la pandemia de COVID-19 (SRAS-CoV-2), mi trayectoria académica se vio afectada, lo cual tuvo repercusiones en la práctica clínica, pero eso no fue un impedimento para tener un desequilibrio en mi formación profesional ya que siempre me encontré bien dispuesto para aprender y aplicar mis conocimientos en el área.

Aprendí cómo tratar a un paciente, desde el momento en que se presenta en la clínica o consultorio por primera vez, brindando una atención detallada de lo que podemos realizar, al igual del protocolo de atención en la clínica, desde abrir un expediente clínico con sus informes y consentimientos informados, además de resolver los principales motivos de su visita o cita dental.

Desarrollé habilidades y destrezas para realizar cada tratamiento y que en un futuro cuando yo esté brindando la atención estomatológica a la sociedad pueda tener una mejor visualización de mi servicio y mejorar en ello.

Realice la investigación bibliográfica sobre el tema "alveolitis", porque me pareció interesante y que puedo ver que es un padecimiento frecuente en la práctica que es un proceso inflamatorio e infeccioso que ocurre después de una extracción dental ya sea simple o hasta una cirugía de terceros molares, aunque encontré información contemporánea, aún no hay un factor bien establecido que estipule bien por qué ocurre una la necrosis del coágulo y por ende cause una alveolitis, estoy de acuerdo que la única herramienta para evitar cualquier tipo de complicación va a hacer el tomar medidas preventivas y las cuales deben conocerse y ser aclaradas a los pacientes, para junto con su ayuda la comunicación y relación que exista con el estomatológico sea más clara y precisa para tener un mayor éxito en los tratamientos dentales.

En el año en que realicé 774 actividades, determiné que el paciente que acude a una consulta es por prevención a su salud bucal, donde el procedimiento más demandado era la limpieza dental ya sea por una profilaxis o una odontoxesis y el trato de lesiones cariosas con tratamientos restaurativos desde la colocación de una resina o amalgama hasta la colocación de una corona, y que esto dependía de que tanto remanente dentario se encontraba tras el retiro de la lesión cariosa.

Concluyó que mi experiencia como pasante en la Clínica Estomatológica de la UAM Iztapalapa fue bastante satisfactoria y agradable, aprendí destrezas, habilidades y conocimientos tanto de mis compañeros, como de las doctoras asesoras que siempre estaban al pendiente de nuestro trabajo diario, para así nosotros como pasantes, estudiantes de la carrera de Estomatología, lograr una preparación en nuestra próxima vida profesional, brindando una atención idónea, aplicando de la mejor forma los conocimientos aprendidos.