

**Dr. VICENTE ROMEO**

Ex ayudante de la cátedra de dentistería operatoria de la  
Escuela Dental de Córdoba  
Ex Jefe de la Sala del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba

# ALVEOLITIS Y SAGROTAN

Publicado en LA TRIBUNA ODONTOLOGICA  
Núm. 4, Abril de 1939

BUENOS AIRES  
Imprenta Frascoli y Bindi  
Belgrano 2563  
1939

# ALVEOLITIS Y SAGROTAN

por el

**Dr. Vicente Romeo (Azul, Prov. de Bs. As.)**

Ex ayudante de la cátedra de dentistería operatoria de la  
Escuela Dental de Córdoba

Ex Jefe de la Sala del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba

Con mucha frecuencia el cirujano dentista es sorprendido por la vuelta a su gabinete, de pacientes a quienes se ha efectuado, con una anterioridad que varía entre 24 y 48 horas, extracciones dentarias, quejándose de dolores molestos originados por dicha operación. En una gran mayoría de los casos este retorno es producido por una alveolitis, accidente de orden infeccioso y que tiene una gran importancia, ya que siendo un proceso limitado al alvéolo, puede llegar luego a una osteomielitis con todas sus secuelas, cuando no a otra complicación no menos desagradable y peligrosa por falta de defensas en el enfermo o por una excesiva virulencia.

Es común, y esto no deja de ser un inconveniente muy atendible, que no se de a la alveolitis la importancia que realmente tiene, ya que por lo general se la considera englobada en los accidentes consecutivos a la extracción dentaria, cuando en realidad constituye de por sí una entidad nosológica cuya etiología y tratamiento deben determinarse perfectamente, para que el práctico tenga noción exacta de lo que tiene entre manos y lo que debe hacer en cada caso.

Se entiende por alveolitis la inflamación del alvéolo, tanto en sus partes blandas como de las duras, ya que al limitarse a una sola de ellas, sería simplemente una gingivitis o una osteítis. La iniciación del dolor comienza generalmente al día siguiente de haberse practicado la extracción, pero adquiere su mayor intensidad a las 48 horas. Es un dolor continuo, mortificante, que puede variar desde la simple molestia hasta el agudo dolor de la pulpitis. El enfermo se siente intranquilo, insomne y así trasnochado, macilento y mal alimentado, después de haber tomado

dosis excesivas de anodinos, concurre al consultorio de su dentista en busca de alivio. Algunas veces el dolor no se radica solamente en el lugar de la extracción, sino que se irradia a toda la cara y puede tener proyecciones hasta el oído, cráneo, garganta, etc.

El paciente al recurrir al odontólogo, inmediatamente le transmite, por lo general, dos impresiones que permiten a este último determinar el caso con toda premura y con toda justeza; el enfermo sin ninguna vacilación dice: “me duele mucho donde me sacó la muela y tengo muy mal gusto en la boca”. Con estos dos datos el dentista ya tiene la impresión exacta del caso que se le presenta.

Al examen detenido luego, el alvéolo se presenta sumamente sensible, sin evidencia de cicatrización alguna. Los tejidos blandos que lo circundan están ligeramente enrojecidos por la inflamación y aumentados ligeramente también de volumen, por el edema, pero el signo de mayor y capital importancia lo constituye la presencia en el alvéolo de un magma mucoso, fétido, de color gris tirando a castaño, cuyo olor característico nos indica una alveolitis. Este magma está formado por restos del coágulo descompuesto, células epiteliales, restos de alimentos, una gran cantidad de microorganismos saprófitos y patógenos y muchas veces partículas radicales y esquirlas óseas. Los bordes del tejido blando, pueden estar lacerados especialmente en las superficies palatina y vestibular y algunos colgajos cubrir flojamente el alvéolo.

Todos estos exudados suelen estar muy adheridos a las paredes del alvéolo, en forma tal que no es suficiente para desprenderlo la torunda de gasa esterilizada (no se debe usar algodón absorbente para torundas porque los extremos flojos y sueltos de las fibras, se adhieren al alvéolo y causan irritaciones) sino que hay que recurrir a la cureta.

La alveolitis será mucho más frecuente en las clases pobres, donde es dado hallar mayor número de bocas sépticas y desprovistas en absoluto del menor cuidado higiénico y donde las colonias microbianas se hallan exaltadas por las gingivitis crónicas de que padecen todos los sujetos abandonados. Se observa mayor frecuencia en los molares inferiores, sobre todo en los grandes molares y especialmente en el cordal.

Esta predilección por los molares inferiores tiene su explicación: la posición del alvéolo hace que obrando como reservorio, junte más fácilmente los restos alimenticios y el juego de la lengua al hablar o masticar moviliza y llega a destruir más fácilmente el coágulo sanguíneo. En cuanto al tercer molar inferior, que es el que mayor número de veces hace gingivitis, hay que agregar siempre a su condición de gran molar inferior, que requiere una mayor instrumentación para su extrac-

ción, mayor traumatismo, y muchas veces existe una infección latente en su capuchón mucoso que cubre parte de su corona y que luego con mucha facilidad hace su propagación al alvéolo.

Las causas de la alveolitis pueden ser:

1.º Extracciones complicadas que requieren instrumentaciones laboriosas y ocasionan traumatismos mayores que el común de los casos.

2.º Infección introducida, preexistente a la operación, teniendo acceso a los tejidos por vía del periodonto, de los conductos radiculares o en el capuchón, por una pericoronaritis en la muela del juicio.

3.º Osteítis anterior a la extracción.

4.º Taponamiento demasiado apretado del alvéolo en vez de una ligera cura.

5.º Técnica incorrecta para la administración de la anestesia local:

a) Inyección demasiado rápida.

b) Mucha presión.

c) Exceso de adrenalina en la solución anestésica.

6.º Resistencia disminuída del paciente cuando se practicó la operación.

7.º Pérdida o falta del coágulo sanguíneo:

a) Por la saliva que penetrando en el alvéolo arrastre la sangre.

b) Por lavajes demasiado enérgicos, que impidan la acumulación de sangre, para la formación del tapón.

c) Por succión del paciente.

d) Por acción de la lengua.

e) Por propia gravitación, en los casos de extracción en el arco superior.

Es sabido que al efectuarse la avulsión, el proceso de reintegración comienza de inmediato, siendo el coágulo la base o armazón que permitirá el desarrollo de los vasos sanguíneos y del tejido fibroso que transformándose luego en tejido de granulación, cicatrizará la herida. El coágulo es el protector del hueso alveolar, impidiendo la contaminación proveniente de las bacterias de la boca y de los alimentos.

Ahora bien, cuando el coágulo se contamina y se desvirtúa su función, se presenta la alveolitis cuyo primer y más molesto síntoma, el dolor, es producido por la infección de las terminaciones nerviosas o por los estímulos externos que actúan sobre los nervios expuestos del hueso alveolar y en la mayoría de los casos, las dos causas juntas.

Los agentes causales de las alveolitis son siempre los microorganismos entre los cuales los estafilococos y estreptococos son los más frecuentes, con un predominio grande de los estafilococos. Todo tratamiento debe, pues, dirigirse a destruir las bacterias que ya en la superficie o en la intimidad de los tejidos circundantes, pululan en gran cantidad.

En cuanto al diagnóstico, es fácil de establecer teniendo en cuenta el dolor persistente después de la avulsión, la sensación de ardor localizada, el color y tumoración de las partes blandas circundantes, la presencia de exudados nauseabundos que rellenan al alvéolo y los infartos ganglionares que suelen aparecer muy a menudo.

En presencia de una alveolitis supurada, podría confundirse con una osteomielitis, pero la diferencia está precisamente en la duración del proceso, que en la alveolitis obedece rápidamente a un tratamiento adecuado, mientras que en las inflamaciones óseas son mucho más rebeldes y de más larga duración.

Las complicaciones a que puede dar lugar una alveolitis son las comunes a todo proceso inflamatorio, con las particularidades de la región: osteomielitis, necrosis, sinusitis, fístulas, adenitis, absceso retro-maxilar, angina de Ludwig, tromboflebitis del seno cavernoso, faringitis, amigdalitis, flebitis, ulceraciones de la carótida, edema de la glotis, focos metastásicos de pulmón y pleura, etc., pero todas estas complicaciones graves solo aparecen en contadas ocasiones, ya que en la gran mayoría de los casos las alveolitis, después de algunos días, con un tratamiento adecuado, terminan por resolución sin más consecuencias que los dolores y molestias de las primeras jornadas.

### **Tratamiento:**

Después de cualquier extracción el operador debe pensar siempre en que puede luego sobrevenir cualquier complicación y entre ellas, muy frecuentemente de un 10 a 15 %, la gingivitis, de modo que se pondrá siempre a cubierto si efectúa:

1.º Una prolija limpieza de la cavidad, retirando colgajos de mucosa, removiendo esquirlas óseas y regularizando los bordes de la brecha ósea.

2.º Un lavaje tibio a presión moderada con un antiséptico suave, no irritante y de acción efectiva sobre los microorganismos que pueden pulular en la boca del paciente.

3.º En la extracción de terceros molares inferiores o en aquellas en

que ha sido muy laboriosa la operación, taponar con gasa yodoformada orillada de 2 cm. de ancho, que se renueva cada 48 horas.

4.º En aquellos pacientes, en que se observa una boca descuidada y sucia y que se sospecha una inminente complicación, prescribir antisépticos, pues en ese caso, si la complicación sobreviene estaremos en situación mucho más cómoda ante el cliente que fatalmente le atribuye al operador todos sus sufrimientos postoperatorios.

Producida la alveolitis el tratamiento a seguir y que siempre nos ha dado espléndidos resultados es el siguiente:

1.º Se irriga la cavidad, con una solución salina, tibia, al 10 %.

2.º Se aísla el campo operatorio con rollos de algodón y se limpia bien el alvéolo con una cureta librándolo del tejido flojo o esfacelado, restos de coágulo, restos alimenticios, esquirlas, etc.

3.º Se hace luego un lavaje caliente, con Sagrotán al 1 % para sacar los restos desprendidos, para aliviar las terminaciones nerviosas expuestas e irritadas y para impedir el desarrollo de microorganismos.

4.º Tapónese suavemente, con gasa yodoformada empapada en Sagrotán puro, lo que evitará la descomposición de los exudados que se formen posteriormente. Estas curas se renovarán cada 48 horas.

### Casos clínicos.

N.º 1.—M. I. C., 18 años, argentina, educacionista. Se le extrae el 3er. M. I. D. semiincluido. Dos días después se presenta con una alveolitis típica. Se le efectúa la cura ya indicada y dos horas después ceden los dolores y 48 horas más tarde se le retira el apósito. Cicatriza normalmente.

N.º 2.—N. A., argentina, 25 años. Se le extrae el 3er. M. I. I. incluido. Hace una alveolitis supurada, que cura perfectamente con solo lavajes diarios de Sagrotán al 1 %. Un mes después se le extrae el 3er. M. I. D. que reproduce exactamente el mismo caso. Cura en la misma forma.

N.º 3.—S. P. A., argentino, 30 años, hacendado. Extracción del 1.º Pr. S. D. Hace una alveolitis. Se le han ensayado diversos tratamientos, pero lleva una semana de intenso dolor, insomnio, cefalea, inapetencia, etc. A la primera cura, dejando gasa yodoformada con Sagrotán puro, ceden completamente los dolores. Dos curas más cada 48 horas y se despide en vías de franca cicatrización.

N.º 4.—A. M., argentino, 14 años, estudiante. Extracción del 1er. M. I. D. Hace una alveolitis típica a las 48 horas. Se le efectúa la primera cura y ceden todos los fenómenos, cura que se renueva cada dos días, hasta que se inicia una franca cicatrización.

N.º 5.—T. V. de D., 45 años, argentina. Se le extraer el 3er. M. I. D. que está en muy malas condiciones de conservación. Dos días después, se presen-

ta con una alveolitis a pesar de las precauciones tomadas. Una sola cura basta para que desaparezcan todos los fenómenos.

N.º 6.—I. D. Z., 35 años, uruguayo, oficinista. Extracción del canino superior derecho. Tres días después aparece una alveolitis muy dolorosa. Se le efectúa la primera cura y a las pocas horas ceden los dolores. Tres curas más cada 48 horas y se inicia una franca mejoría.

N.º 7.—E. D., argentina, educacionista, 25 años. Dos días después de la extracción del primer molar inferior izquierdo, se le hace una alveolitis. Después de tres curas se inicia la cicatrización.

N.º 8.—P. A., argentina, 25 años. A las 24 horas de la extracción del 3er. M. I. D. hace una alveolitis. A las dos horas de la primera cura ceden los dolores y luego de dos sesiones más se despide en vías de cicatrización.

N.º 9.—A. C., argentina, 30 años. Extracción del tercer M. I. D. incluido. Operación sumamente laboriosa. A las 24 horas se inicia una alveolitis de serias proporciones. Se le efectúa la primera cura y 24 horas después se inicia la mejoría.

N.º 10.—D. C., argentina, 20 años, educacionista. Después de la extracción del 3er. M. I. I. hace una alveolitis supurada. Se cura con lavajes de Sagrotán al 1 %; se le hacen lavajes todos los días durante los seis primeros, y luego día por medio, una semana más. Cura perfectamente.

N.º 11.—E. P. R. de B., argentina de 37 años. Extracción del 2.º premolar superior derecho. Tres días después hace una alveolitis. A la tercera cura se inicia la franca mejoría.

N.º 12.—P. A., argentina, 16 años, estudiante. Extracción del 1er. molar inferior derecho. Dos días después se presenta la alveolitis. A la primera cura cesan los dolores. A las 48 horas se retira el apósito. Cicatriza perfectamente.

N.º 13.—G. Q., 29 años, argentino, motorista. Se le extrae el 3er. molar inferior derecho incluido. Operación completamente laboriosa. A las 24 horas hace una alveolitis supurada. Se inicia la cicatrización franca y cesan completamente los fenómenos a las cuatro sesiones, en las que se le hicieron lavajes con Sagrotán al 1 %.

N.º 14.—A. C. de B., argentina, 37 años. Se le extrae el 1er. y 2.º premolares superiores izquierdos y 1er. y 2.º molares superiores izquierdos. Cuarenta y ocho horas después hace una alveolitis con grandes dolores. Después de la primera cura cesan todas las molestias y se inicia la cicatrización. En este caso sólo bastaron los lavajes con Sagrotán al 1 %.

N.º 15.—P. J. de L., argentina, 22 años. Se le extrae el 1er. molar inferior izquierdo. A las 24 horas se presenta con una alveolitis. Después de la primera cura cesan todos los fenómenos, se retira el apósito y no hay necesidad de curar nuevamente.