



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-
EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN
PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA
III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor(es):
Alexia Díaz
C.I: 24.611.291
María Fernanda Rojas
C.I: 25.357.634

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241 871.42.40 (master) – Fax: (0241) 871.932



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

**PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS
MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autor (es):
Alexia Díaz
C.I: 24.611.291
María Fernanda Rojas
C.I: 25.357.634

Tutor : Od. Pablo Mirabal

San Diego, Febrero 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS
MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

1. V-24.611.291

2. V-25.357.634

Tutor Propuesto: Od. Mirabal Pablo

Cédula de Identidad N° V- 9.878.599

Nombres y apellidos

Díaz Díaz Alexia Emperatriz

Rojas Martínez María Fernanda

Firma:

COORDINACIÓN DE PASAJES Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha

10/04/2018



República Bolivariana de Venezuela
 Universidad José Antonio Páez
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Escuela de Odontología

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Díaz Díaz	Nombres: Alexia Emperatriz	C.I.: V - 24.611.291
Dirección: Terrazas de San Diego		TLF.: 04247802631
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 12,97
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre: Díaz Díaz Alexia Emperatriz		TLF.: 04247802631
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve explicación: Este trabajo tienen como finalidad diagnosticar la osteitis alveolar post-exodoncia de terceros molares, establecer los factores que contribuyen al apareamiento de la osteitis alveolar post-exodoncia de terceros molares, y analizar la prevalencia de osteitis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRIL.		
Lugar donde se desarrollara el proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de desarrollo del proyecto: Julio 2017 - Enero 2018		
Tutor Académico propuesto: Od. Pablo Mirabal		

APROBADO

NO APROBADO

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE

GRADO

<u>Erny Waffer</u>	<u></u>	<u>Julio 2017</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Rodolfo Puz</u>	<u></u>	<u>17/07/18</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA



DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



República Bolivariana de Venezuela
 Universidad José Antonio Páez
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Escuela de Odontología

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Rojas Martinez	Nombres: María Fernanda	C.I.: V - 25.357.634
Dirección: Residencias Orion San Diego		TLF.: 04261552943
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		Indicé Académico: 12,28
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autor		
Nombre: Rojas Martinez María Fernanda		TLF.: 04261552943
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve explicación: Este trabajo tienen como finalidad diagnosticar osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares, establecer los factores que contribuyen al apareamiento de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares, y analizar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11.		
Lugar donde se desarrollara el proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de desarrollo del proyecto: Julio 2017 - Enero 2018		
Tutor Académico propuesto: Od. Pablo Mirabal		

APROBADO

NO APROBADO

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Ervy Weffer		Julio 2017
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Rodrigo Piro		12/04/18
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____




República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe **MIRABAL PABLO**, portador de la cédula de identidad N° V-9.878.599, en mi carácter de tutor de trabajo de grado, presentado por la ciudadana Díaz Alexia portadora de la cédula de identidad N° V-24.611.291, y la ciudadana Rojas María Fernanda, portadora de la cédula de identidad N° V- 25.357.634; titulado **“PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**. Requisito parcial para optar al título de **ODONTÓLOGO**, considerando que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los Veinte días del mes de Enero del año Dos Mil Diesiocho.



Od. Mirabal Pablo

C.I.: V-9.878.599




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ", realizado por Díaz Díaz Alexia Emperatriz C.I 24.611.291 Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20.) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Od. Pablo Mirabal

C.I.: V-9.878.599

Jurado

Nombre: Od. Pino Rodríguez

C.I.: V-17.399.344


Jurado

Nombre: Od. Agurto Jorge

C.I.: V-18.343.034

Fecha: 10/04/2018





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE OSTÉITIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ", realizado por Rojas Martínez María Fernanda C.I 25.357.634 Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Vergara (20) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Od. Pablo Mirabal

C.I.: V-9 878 599

Jurado

Nombre: Od. Pino Rodrigo

C.I.: 17.399.344

Jurado

Nombre: Od. Jorge Agurto

C.I.: 18.343.034

Fecha: 10/04/2018



DEDICATORIA

Con mucho cariño y amor a mis padres Francisco José Rojas Azuaje y María Aleida Martínez Quintero especialmente por apoyarme y siempre confiar en mí, en tiempos de degustación y sentir que ya no podía con mi carrera ellos estaban ahí para darme fortaleza y poder seguir adelante, por el amor exuberante que me entregan día a día es lo que me llena para cumplir mis metas, por mostrarme lo bello de la vida, nunca me faltaron sus sonrisas y por eso esto va dedicado a ustedes los mejores padres del mundo que los amo con todo mi corazón, les debo la vida.

A mi novio Humberto Marcial Sandoval Forner por estar siempre apoyándome, por creer en mí y quien me inspira a ser mejor cada día, eres mi todo.

A Humberto Marcial Sandoval Burgues quien me llena de amor y cariño una de las cosas mas importantes para mi y hace sentirme como su hija quien para mi es mi segundo padre.

Rojas Maria

DEDICATORIA

A mis Padres, Emperatriz Díaz Rodríguez y Hernán Alberto Díaz Correa, por los sacrificios y esfuerzos que realizaron para poder brindarme el estudio de esta carrera, y siempre demostrarme su cariño y motivación a pesar de la distancia, gracias a ellos alcance esta meta tan anhelada.

Diaz Alexia

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a la Virgen por darme los mejores padres del mundo, el mejor novio y el mejor suegro, gracias por tantas bendiciones y una de las mas anheladas poder estudiar esta carrera tan linda y darme las fuerzas necesarias para poder vencer todos los obstáculos que se han presentado.

Gracias a mis familiares por apoyarme y a los profesores por todas sus enseñanzas y dedicación, dejaron en mí herramientas a nivel profesional.

Rojas Maria

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios y a mis padres, Emperatriz Diaz y Hernan Diaz, quienes fueron de fundamental apoyo para poder alcanzar este logro, y siempre mostraron su interés en verme como una profesional.

A mis hermanos Hernan, Kenia y Jesus, que siempre me motivaron a continuar.

A mi novio, Adolfo Torres, quien siempre me acompaño y compartió conmigo las experiencias que conllevan ser estudiante de odontología estos últimos 3 años.

A mis amigos, Alberto Mantovani, Michell Gonzalez, Maria Laura Bolivar, Maricarmen, Analicia Valladares, Maria Jose Rojas, Nidia Guerrero, quienes me brindaron su amistad, tendiéndome su mano a lo largo de mi carrera.

A mis profesores que me formaron y enseñaron todo lo que sé hasta este momento, mis agradecimientos más profundos para ellos.

Diaz Alexia

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA.....	I
CONTRAPORTADA.....	Ii
PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO.....	Iii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	V
ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO.....	Vi
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO.....	Viii
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO.....	Ix
DEDICATORIA.....	X
AGRADECIMIENTO.....	Xii
ÍNDICE GENERAL.....	Xiv
ÍNDICE DE CUADRO.....	Xix
ÍNDICE DE GRÁFICO.....	Xx
RESUMEN.....	Xxi
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Objetivos de la Investigación.....	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	4
1.3 Justificación.....	5

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Definición de Términos Básicos.....	26
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	28
3.2 Diseño de la Investigación.....	29
3.3 Población y Muestra de la Investigación.....	30
3.3.1 Población.....	30
3.3.2 Muestra.....	30
3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	31
3.4.1 Validez del Instrumento de Recolección de Datos.....	32
3.5 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos.....	32
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1 Análisis e interpretación de los Resultados.....	33
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	49
5.2 Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55
Operacionaliación de Variables.....	56
Cuestionario.....	57

ÍNDICE DE CUADRO

	Pág.
Cuadro 1.....	34
Cuadro 2.....	35
Cuadro 3.....	36
Cuadro 4.....	37
Cuadro 5.....	38
Cuadro 6.....	40
Cuadro 7.....	41
Cuadro 8.....	43
Cuadro 9.....	44
Cuadro 10.....	45
Cuadro 11.....	46
Cuadro 12.....	47
Cuadro 13.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1.....	34
Gráfico 2.....	35
Gráfico 3.....	36
Gráfico 4.....	37
Gráfico 5.....	39
Gráfico 6.....	40
Gráfico 7.....	42
Gráfico 8.....	43
Gráfico 9.....	44
Gráfico 10.....	45
Gráfico 11.....	46
Gráfico 12.....	47
Gráfico 13.....	48



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Autores: Br. Díaz Alexia
Br. Rojas María Fernanda
Tutor: Od. Mirabal Pablo

RESUMEN

Este trabajo tiene como finalidad determinar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII. Para ello se apoyó en un estudio de tipo descriptivo, con un diseño de campo no experimental transversal. El instrumento empleado fue una encuesta de preguntas cerradas de respuestas dicotómicas, dirigido a 105 pacientes que asistieron a Cirugía III de odontología de la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de terceros molares, específicamente durante el periodo 2017-CRII. Obteniendo como resultado que el 8 pacientes representados por el 7,61% presentaron signos como dolor espontáneo, sin exudado purulento, desintegración del coagulo sanguíneo y halitosis, por lo que llegó al diagnóstico de Osteítis Alveolar; y se pudo concluir que el género más afectado es el femenino, en edades comprendidas entre 18 y 35 años, de raza mestiza, con enfermedades sistémicas como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, bajo tratamientos anticonceptivos, con hábito del tabaquismo y con terceros molares clasificados Clase II Posición C y Clase III Posición C según Pell & Gregory (1933). Y por ello, se recomienda Mantener suma cautela con los pacientes comprometidos sistémicamente, especialmente aquellos que presentan Diabetes Mellitus, debido a su cicatrización tardía y planificar muy cuidadosamente la exodoncia de los terceros molares, sobre todo las Clase II Posición C y Clase III Posición C (Pell & Gregory, 1933) para hacerla lo menos traumática posible.

Descriptor: Osteítis alveolar, tercer molar, post-exodoncia, pacientes.

INTRODUCCIÓN

La osteítis alveolar es una complicación postoperatoria de la extracción dental, que se produce cuando se ha desprendido el coágulo sanguíneo antes de que el tejido de granulación haya crecido hacia el interior del alvéolo de la extracción dental y lo haya estabilizado, lo cual dificulta el proceso de cicatrización tanto de la mucosa como del hueso mandibular y/o maxilar. Sin embargo, en algunos casos la inflamación puede sobre pasar las paredes alveolares, extendiéndose hasta el hueso generándose así una osteítis localizada.

Cabe destacar que, la frecuencia de aparición de la osteítis se ha referido en un margen muy amplio, desde el 1 % hasta el 70 %. Generalmente se acepta que la mayor prevalencia de osteítis acontece tras la extracción de terceros molares retenidos, en los que la aparición de esta complicación se tasa en un 20-30 % de las extracciones, diez veces más que en el resto de extracciones dentales.

Es por ello que, en el siguiente trabajo de grado, busca el estudio de la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11, como a su vez, los factores que pueden influir en la causa de esta complicación, al igual, que su tratamiento.

En este sentido, el presente estudio se desarrolló en cinco capítulos; Capítulo I: El Problema; el cual incluye el Planteamiento del Problema, Objetivos de Estudio y Justificación del mismo. Capítulo II: El Marco Teórico Referencial, en el cual se presentan los Antecedentes del Estudio, Bases Teóricas y Definición de Términos Básicos. Capítulo III: Marco Metodológico, donde se reseña la Naturaleza de la Investigación y todo el proceso realizado. Capítulo IV: el Análisis e Interpretación de los Datos Obtenidos, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones que se generaron de la investigación; y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas del Estudio y los Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La extracción dental es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia por los cirujanos maxilofaciales (Srinivas, Susarla, Blaeser, & Magalnick, 2003). Éstas se pueden dividir en extracciones simples y extracciones quirúrgicas o complejas. Las exodoncias complejas se practican cuando existe dificultad para realizar una extracción por los habituales de una exodoncia simple. Por lo general se realiza mediante la utilización de un colgajo mucoperióstico (Sandner, 2007).

Además de los principales síntomas asociados a las exodoncias como el dolor postoperatorio, hinchazón y trismus, existen complicaciones importantes que pueden afectar a un gran número de pacientes (Bui, 2003). Se puede identificar como complicaciones importantes post extracción a las infecciones tempranas postoperatorias, sangrado postoperatorio excesivo, fracturas, daños a dientes adyacentes y lesiones a nervios cercanos entre otros (Srinivas, Susarla, Blaeser, & Magalnick, 2003).

Siendo la osteítis alveolar o también llamada alveolitis seca una de las complicaciones más comunes, que según la literatura afecta entre el 1% a 4% de pacientes post extracción quirúrgica, siendo de un 45% de terceros molares mandibulares (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010). Otros estudios, sin embargo, hablan de un 2 % al 5 % de prevalencia de osteítis después de una extracción y de un 20 % a 35 % específico para terceros molares (Bloomer, 2000).

La osteítis alveolar es considerada como una inflamación de aparición tardía, de 2 a 4 días después de la extracción, caracterizada por la presencia de un dolor intenso difícil de aliviar, motivo principal por el cual el paciente acude a la consulta clínica. Siendo esta una afectación local que se da en el alveolo luego de la extracción de una pieza dentaria, donde el coagulo sanguíneo primario se ha desintegrado parcial o totalmente impidiendo que se realice el proceso de cicatrización normal (García Chávez, 2011; pág. 7-8).

La frecuencia de aparición varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales, y puede llegar del 20 al 30 % en terceros molares mandibulares. Además, es más frecuente en el sexo femenino y es comúnmente observada en pacientes mayores de 40 a 45 años de edad.

Ramírez en el 2008 analizó las complicaciones de la exodoncia postoperatoria en una clínica dental de Venezuela, encontrando complicaciones post-exodoncias en el 21,4% de la población estudiada, la osteítis alveolar fue la complicación postoperatoria más frecuente alcanzando el 17,3% de los pacientes.

Existe una gran variación en las tasas de prevalencia, por lo general debido a las diferencias en los criterios diagnósticos, los métodos de evaluación, la localización anatómica de la pieza dentaria, la técnica anestésica, la infección bacteriana, la edad, el uso de anticonceptivos orales, los hábitos, la existencia de una enfermedad sistémica, el trauma quirúrgico, entre otros.

Ha sido bien documentado que la extracción compleja de terceros molares resulta 10 veces mayor que la extracción simple y 10 veces más para piezas inferiores que para las superiores. Además, estudios sobre el motivo de la extracción han demostrado una prevalencia de 21,9% de osteítis alveolar cuando la extracción se considera terapéutica (presencia de infección y/o caries) en comparación con el 7,1% de las extracciones profilácticas (sin sintomatología) (García Chávez, 2011; pág. 7-8).

Por tanto, se considera importante el manejo de la prevalencia de osteítis alveolar, ya que permitirá a los especialistas de ciencia de la salud, específicamente a los del área de cirugía bucal y maxilofacial, la frecuencia con la cual se presentan

estas complicaciones post-exodoncia de terceros molares y así poner en práctica medidas para la solución de dicha afectación.

Analizando todo lo anteriormente planteado surge las siguientes interrogantes de investigación ¿será posible diagnosticar osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII?, ¿se podrán evaluar los factores que contribuyen al apareamiento de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII? y, ¿será posible tasar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII?.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

- Establecer los factores que contribuyen al apareamiento de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.
- Analizar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

1.3 Justificación

La Osteítis Alveolar es una de las complicaciones más frecuentes post-exodoncia de los terceros molares, especialmente en los casos de los terceros molares inferiores retenidos, donde es necesario el levantamiento de un colgajo total seguidamente de una osteotomía, siendo la zona postero-inferior de la cavidad bucal es sitio geográfico donde se produce un empaquetamiento de alimento y colonización de bacterias. Pero cabe destacar que, agregado al empaquetamiento, mala higiene bucodental y colonización de bacterias existen otros factores que pueden contribuir a la aparición de la osteítis alveolar como lo son el tabaquismo, el esfuerzo físico, leucocitopenia, entre otros.

Debido a los diferentes factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar osteítis alveolar, como una de las principales complicaciones post extracción de terceros molares, es necesario evaluar con anticipación a los pacientes que serán sometidos a dicha cirugía. Mediante un mejor conocimiento de cuáles son estos factores, su prevalencia y cómo estos están relacionados con la complicación, se podría identificar a pacientes de alto riesgo y a su vez anticipar el posible desarrollo de la osteítis alveolar. Se presenta como una ventaja para el operador, pues a través del conocimiento se podría disminuir la prevalencia de la complicación y a su vez

para el paciente previniendo complicaciones postquirúrgicas y disminuyendo costos de atención en salud.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación pretende diagnosticar, establecer y analizar la prevalencia de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11, como también, los factores que contribuyen en su formación y desarrollo. Se puede decir que, el estudio se considera importante a nivel académico porque brindará a los estudiantes de odontología, al igual que a los odontólogos y a todo el gremio de ciencias de la salud el conocimiento de cuales son los factores que pueden condicionar la aparición de esta complicación y así evitarlos en el futuro.

A nivel epidemiológico, permitirá conocer las cifras porcentuales acerca de la prevalencia de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez. A nivel cultural se aspira que los resultados de este trabajo permitan crear consciencia en la población a practicar una mejor higiene bucodental, como a su vez, le brindará mayor información de cuáles son las complicaciones que se pueden presentar luego de una extracción de los terceros molares. A través de la misma se logrará incorporar mediante las estadísticas la de prevalencia de este tipo de complicaciones, para contribuir tanto a nivel académico como personal y lograr un aporte más conjuntamente con nuestra casa de estudio, la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

La osteítis alveolar puede ser una de las complicaciones más frecuentes post-exodoncia, sobre todo tras el procedimiento quirúrgico de extracción de los terceros molares inferiores, bien sean erupcionados o incluidos; siendo esta complicación una experiencia dolorosa e incómoda para el paciente, debido a esto, una serie de investigadores del área de la odontología se han tomado el atrevimiento de estudiar la prevalencia y cuáles son los factores que lo condicionan.

Muñoz del Castillo (2017), en su trabajo de investigación “Prevalencia de complicaciones de post-exodoncia simple en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo marzo – abril 2017”; ejecutado en la Ciudad de Quito – Ecuador, donde el objetivo general fue determinar la prevalencia de complicaciones post-exodoncia simple en paciente intervenidos en el servicio de cirugía de la facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo marzo – abril 2017.

El estudio consintió que los pacientes sometidos al procedimiento de cirugía simple, llenó una ficha clínica, en la cual registro nombre, edad, genero, grupo étnico, enfermedades sistémicas, fármacos utilizados, consumo de tabaco y pieza dental que se realizo el tratamiento de exodoncia simple. Una vez realizada la exodoncia simple el paciente recibió indicaciones para el cuidado post-operatorio, explicándole de forma oral y entregándole indicaciones de manera escrita además se le indico una cita control post-operatoria luego de siete días. El día del control post-operatorio se efectuó después de ocho días realizada la exodoncia simple, a cada paciente se le

continúo el llenado de ficha clínica observando la presencia o ausencia de complicaciones post-operatorias.

La frecuencia fue 43% de complicaciones post-operatorias del total de las exodoncias. Las complicaciones afectaron en mayor proporción a los pacientes del género femenino y la distribución de complicaciones fue la siguiente, 16.24% hemorragias, 11.62 hematoma, 6.96 trismus y osteítis con un 4.64%. Por lo que se pudo concluir la prevalencia del conjunto de complicaciones post-exodoncia es bastante elevada con un 43%

Mientras, **González García y cols. (2017)**, en su trabajo de investigación, realizado en Pinar del Río - Cuba que lleva por nombre “Prevalencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de la alveolitis y los principales factores asociados en mayores de 19 años. Realizaron un estudio observacional descriptivo y transversal, en la Clínica Estomatológica "Ormani Arenado", municipio Pinar del Río, desde enero a junio del 2016, el estudio se realizó en un total de 80 pacientes, diagnosticados con alveolitis dental, que cumplieron con los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión, Se estudiaron las variables edad, sexo, grupo dentario más afectado y factores de riesgo que predisponen su aparición, los datos fueron recogidos en un formulario confeccionado para este fin, bajo su consentimiento informado.

Los grupos de edades más afectados fueron entre 35 y 59 años, con 68,75 %, siendo significativo el predominio en el sexo femenino con 61,25%, como factores de riesgo predominó el hábito de fumar y conductas inadecuadas del paciente con 58,75y 55,00 %, afectando mayormente el grupo dentario de terceros molares inferiores, seguido del primer y segundo molar inferior con 40,00 y 26,25 %, respectivamente. Pudieron concluir que existe una relación significativa entre la presencia de osteítis y los pacientes mayores de 35 años del sexo femenino; asociadas al hábito de fumar y a las conductas inadecuadas del paciente.

Por otra parte, **Velástegui Ochoa (2014)**, realizó un trabajo de investigación en Quito – Ecuador, titulado “Incidencia de la Alveolitis como una Complicación Post

Extracción Quirúrgica en Pacientes Tratados en la Clínica Odontológica USFQ”, cuyo objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia demográfica de la osteítis alveolar, después de la extracción quirúrgica de cualquier diente en pacientes entre los 15 y 90 años. Al tratarse de un estudio retrospectivo, los datos se recopilaban de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la USFQ de enero del 2008 a junio del 2014.

Se evaluaron 1602 extracciones quirúrgicas que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, en donde un 3% resultó presentar Alveolitis como una complicación post extracción. De cada historia clínica de extracciones quirúrgicas se registraron la fecha de extracción, pieza dentaria, extensa/ foco infecciosos, enfermedad periodontal, pericoronitis, edad, sexo, medicación, enfermedades de importancia, anticonceptivos orales, alveolitis como complicación post extracción.

Mediante del análisis estadístico de Chi Cuadrado, se pudo determinar si existe relación entre los datos obtenidos de las historias y la Osteítis. Concluyendo que la prevalencia de la Osteítis en la muestra analizada fue de un 3%, coincidente con los datos encontrados en la literatura. Estadísticamente se encontró relación entre la Osteítis Alveolar y los pacientes mayores a 60 años, la extracción de terceros molares, la ingesta de anticonceptivos orales, la enfermedad periodontal, la caries y focos de infección por este motivo es importante tomar en cuenta la historia tanto médica como odontológica del paciente y de esta manera poder prevenir la complicación.

Las investigaciones antes mencionadas se vinculan con la siguiente, debido a la que demuestran y evidencian la prevalencia de la Osteítis alveolar, como también los factores que contribuyen a su aparición, por lo cual ayudará a los especialistas del área de odontología a evitar la formación de dicha patología, como también, le permitirá brindar una solución dicha situación.

2.2 Bases Teóricas

Exodoncia Dental

El término exodoncia fue introducido por Winter y se refiere a la parte de la cirugía en donde mediante técnicas e instrumental adecuado se practica la extracción de una pieza dental o porción de la misma del lecho que lo alberga (Donado Rodríguez & Martínez González, 2014). La exodoncia se cataloga como el procedimiento más común dentro de la odontología y cirugía maxilofacial, a pesar de existir diversas alternativas tanto preventivas como protésicas que preservan la salud bucal (Akinbami & Godspower, 2014). Se define a la extracción dental, como la acción en la cual una pieza dentaria o una parte de la misma, es removida del alveolo con el menor trauma posible (Ramírez & Pérez, 2010).

Existen diversas causas por las cuáles se extraen piezas dentarias, entre las que encontramos la búsqueda de espacio para corregir maloclusiones, dientes incluidos, retenidos, dientes con enfermedad periodontal, restos radiculares y dientes que presentan lesiones periapicales de gran tamaño (Ramírez & Pérez, 2010). Sin embargo, la principal causa de extracción son los dientes que presentan focos infecciosos como la caries, que no pueden ser rehabilitados protésicamente y presentan un riesgo si se mantienen en boca (Ramírez & Pérez, 2010).

Las extracciones dentarias también cuentan con contraindicaciones, que pueden diferenciarse en locales o generales (Gilligan & Ulfohn, 2014). Dentro de las locales encontramos todas aquellas condiciones en las que se encuentra el diente como son los cuadros sépticos o infecciones agudas, trismus, presencia de gingivostomatitis herpética y la gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Dentro de las contraindicaciones generales, encontramos el estado patológico, siendo las cardiopatías, pacientes anticoagulados, discrasias sanguíneas, riesgo de endocarditis bacteriana, enfermedades renales y hepáticas, diabetes descompensada, hipotiroidismo, hipertiroidismo, fiebre reumática, enfermedades venéreas, VIH,

tuberculosis, asma, alteraciones psíquicas, trastornos de la alimentación; y fisiológico como es el caso de hipoglucemia por ayuno prolongado, embarazo, puerperio, período menstrual (Gilligan & Ulfohn, 2014). Se pueden dividir a las exodoncias en simples y complejas, de acuerdo a los pasos y dificultad del procedimiento. Se define a la exodoncia simple como el procedimiento en el cual se usan fórceps y elevadores para realizar la maniobra de la extracción (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Exodoncia Compleja o Quirúrgica

Las exodoncias complejas son aquellos procedimientos quirúrgicos en los que una exodoncia simple no puede ser realizada, exigiendo un mejor manejo técnico, quirúrgico y farmacológico (Cosme Gay & Berini, 2011). Debido a la dificultad de realizar una extracción por métodos usuales, se remueve de manera quirúrgica un diente de las partes duras y blandas que le rodean, este tratamiento se denomina como exodoncia quirúrgica o compleja (Sandner, 2007).

Entre las principales causas por las cuales una exodoncia simple pasa a ser una exodoncia compleja podemos citar cuatro grupos:

a) Estado del paciente. El estado del paciente es un tema controversial. Dentro del mismo se incluyen a todas las enfermedades que necesitan de un cuidado elevado, así como una preparación y cuidados postoperatorios especiales (Cosme Gay & Berini, 2011). Entre este gran grupo de pacientes podemos encontrar Cardiopatías isquémicas, Trastornos del ritmo cardíaco, Limitación de la apertura bucal, Trastornos graves de la hemostasia, Alergia a los anestésicos locales, Enfermedades Sistémicas (Cosme Gay & Berini, 2011).

b) Alteraciones locales. Las alteraciones locales, son las principales causas por las que una extracción simple, pasa a convertirse en una exodoncia compleja o quirúrgica (Cosme Gay & Berini, 2011). Cuando nos referimos a alteraciones locales hablamos de dientes con raíces dilaceradas, malformadas, geminadas, dientes desvitalizados o tratados endodónticamente, dientes en giroversión, existencia de quistes o tumoraciones, restos radiculares, dientes con infección, apiñamientos

excesivos, anquilosis, hipercementosis (Cosme Gay & Berini, 2011). La morfología compleja de las raíces, posición anatómica de los dientes, caries complejas, dientes incluidos o retenidos, pueden convertir una extracción simple en una exodoncia con mayor exigencia (Fonseca, 2000).

c) Falta de cooperación. Es necesario tomar en cuenta que las indicaciones para realizar una exodoncia quirúrgica además de involucrar las alteraciones locales de los dientes o extracciones múltiples, incluyen también el estado del paciente en cuanto a enfermedades sistémicas y trastornos psicológicos que afecten con la falta de cooperación (Sandner, 2007).

d) Exodoncias múltiples. La exodoncia compleja comprende principalmente los pasos quirúrgicos de incisión, levantamiento del colgajo, osteotomía/ostectomía, extracción, limpieza del alveolo o curetaje y sutura (Sandner, 2007). No todas las extracciones quirúrgicas siguen los pasos propuestos con detalle, depende del caso se puede decidir si es necesario realizar una incisión o a su vez realizar osteotomías. (Cosme Gay & Berini, 2011).

Complicaciones de las Exodoncias

Si bien la extracción dental es una intervención quirúrgica simple, pueden aparecer complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias (Cosme Gay & Berini, 2011). La mayoría de estas complicaciones nacen de errores de diagnóstico, indicaciones deficientes, técnica inadecuada o carencia de información relevante en cuanto al estado de salud de paciente previo. Es por este motivo que antes de realizar cualquier procedimiento es necesario realizar una anamnesis completa y por lo tanto una historia clínica adecuada (Cosme Gay & Berini, 2011).

Las complicaciones intraoperatorias pueden relacionarse al igual que las postoperatorias con el estado general del paciente, por lo tanto, es necesario tomar en cuenta desde el primer momento, la edad del paciente, sexo, hábitos perniciosos como es el tabaquismo, alcoholismo, pacientes especiales o pacientes que tengan patologías

sistémicas graves (Cosme Gay & Berini, 2011). Es igual de importante, observar el estado de las piezas a extraer para realizar un correcto diagnóstico.

Por otro lado, las complicaciones post-operatorias abarcan todas aquellas complicaciones producidas después de la extracción, sea después de minutos, horas o días (Cosme Gay & Berini, 2011). El profesional debe tener en cuenta previamente los posibles riesgos y complicaciones asociadas al proceso de extracción, de manera que se pueda minimizar la prevalencia de las mismas y planificar un tratamiento adecuado si se llegaran a presentar (Miloró & Kolokythas, 2012).

Complicaciones como el dolor, hinchazón o edema y trismus, son complicaciones que pueden anticiparse después de una extracción quirúrgica. Inclusive se podrían clasificar como complicaciones inevitables, pues son parte del proceso inflamatorio de curación (Miloró & Kolokythas, 2012). Por lo general el dolor alcanzará un tiempo entre 3 y 5 horas post-extracción, mientras que la hinchazón comenzará entre las 24 y 48 primeras horas y desaparecerá en los próximos 3 a 4 días (Miloró & Kolokythas, 2012).

Otras posibles complicaciones postoperatorias abarcan la hemorragia prolongada por más de 30-60 minutos y las infecciones secundarias. Las infecciones tienden a aumentar en pacientes en los que el grado de impactación de los dientes es elevado y a su vez se relacionan con procesos infecciosos preexistentes como es la gingivitis, enfermedad periodontal y pericoronitis (Miloró & Kolokythas, 2012). Dentro de las infecciones secundarias y siendo la complicación más frecuente y de mayor importancia tras la extracción quirúrgica se encuentra la Alveolitis (Cosme Gay & Berini, 2011).

Osteítis

La Alveolitis fue descrita por primera vez en 1876 por Crawford, también llamada como osteítis alveolar, osteítis localizada, alveolalgia, alveolitis seca dolorosa, alveolitis fibrinolítica entre otros nombres. Constituye la primera complicación post extracción con un índice aproximado de aparición del 1% -4%

siendo de un 45% de terceros molares mandibulares (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010).

Otros estudios, sin embargo, hablan de un 2 % al 5 % de prevalencia de Alveolitis después de una extracción y de un 20 % a 35 % específico para terceros molares (Bloomer, 2000). Existe una gran cantidad de definiciones asociados al término de Alveolitis Seca, descritas desde 1876 hasta la actualidad, sin embargo, se puede describir principalmente como una complicación en donde existe una desintegración del coágulo sanguíneo intraalveolar, de 2 a 4 días post extracción (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010).

Otra definición acertada caracteriza a Alveolitis por presentar dolor en y alrededor del sitio de extracción que incrementa en severidad del segundo al cuarto día, acompañado por la desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo dentro del alveolo y que puede presentar o no halitosis (Blum, 2002). Pueden también existir molestias de dolor continuo irradiado a sectores de la oreja, región temporal e incluso al ojo (Blum, 2002).

Otros autores describen a la Alveolitis como un estado del alveolo en el que se encuentra el hueso necrótico, impidiendo tanto la proliferación de capilares como de tejido de granulación que forma el coágulo sanguíneo de forma que se desintegra al no poder organizarse (Cosme Gay & Berini, 2011). Se puede clasificar la Alveolitis en dos tipos: Alveolitis Seca y Alveolitis Húmeda o Supurativa, que depende de los autores a describir (Martín, Lima Álvarez, & Zuleta Izquierdo, 2001).

La Alveolitis húmeda o supurativa se caracteriza por ser una inflamación del alveolo, con infección del mismo y a su vez del coágulo. En este tipo de Alveolitis se puede encontrar un alveolo sangrante y con abundante exudado purulento. Se habla que puede haber sido causada por una reacción a cuerpos extraños en el interior del alveolo, la cual presenta un dolor menos intenso que el de la Alveolitis Seca, aunque es un dolor espontáneo y sobre todo provocado (Martín, Lima Álvarez, & Zuleta Izquierdo, 2001).

Microscópicamente la Osteítis alveolar se caracteriza por la presencia de infiltrado celular inflamatorio, que incluye fagocitos y células gigantes en el remanente del coágulo sanguíneo (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010). Asociado también a la presencia de bacterias y a la necrosis de la lámina dura (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010). El cuadro clínico de la Osteítis, se caracteriza por presentar la superficie del hueso desnuda, cubierta por una capa gris amarillenta de detritus y tejido necrótico y por presentar dolor (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Otros lo describen como un alveolo doloroso, con márgenes edematizados y enrojecidos, con las paredes desnudas y color blanco grisáceo (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Puede definirse como dolor pulsátil, agudo e irradiado que acompaña la destrucción de tejidos como sucede en el Osteítis alveolar. (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010). La intensidad de este dolor se relaciona con la magnitud de la lesión tisular (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). El síntoma doloroso, va aumentando progresivamente, intensificándose con la masticación e impidiendo actividades como la alimentación y el sueño (Gilligan & Ulfohn, 2014).

La sintomatología clínica, se manifiesta después de al menos 48 horas, que es el tiempo que necesita el coagulo para desintegrarse (Gilligan & Ulfohn, 2014). Otro signo es la halitosis, originaria de bacterias contenidas en alimentos, sangre y saliva (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). El tratamiento para la halitosis consiste en la eliminación tanto química como mecánica de los microorganismos que se encuentren en cualquier foco infeccioso en la cavidad oral (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010) (Blum, 2002).

La inflamación constituye uno de los signos clínicos de la Alveolitis, causando eritema una de sus características en la encía que lo rodea (Parthasarathi, Smith, & Chandu, 2011) Finalmente otros signos como el Trismus, Fiebre y Cefaleas son rasgos de la Alveolitis Seca (Blum, 2002).

El tratamiento apunta más a calmar el dolor y crear condiciones favorables para el proceso regenerativo (Gilligan & Ulfohn, 2014). Se recomienda evitar nuevas inyecciones anestésicas con vaso constricción, pues dificultan el flujo sanguíneo y por lo tanto impiden el aporte nutritivo evitando la reparación y regeneración tisular (Gilligan & Ulfohn, 2014). Esta complicación se trata mediante la irrigación con solución salina estéril a temperatura corporal o suero fisiológico dentro del alveolo, de manera que quede expuesto y libre de restos en su interior, eliminando todos los restos de coágulo necrótico, secreciones y otros detritos (Blum, 2002). A esta solución puede agregarse un antiséptico débil. (Gilligan & Ulfohn, 2014) Una vez limpio el alveolo, se puede utilizar óxido de zinc eugenol para calmar el dolor, a pesar de que existan varios estudios que rechazan este tratamiento. Se habla también de la prevención de la Alveolitis usando enjuagues de clorhexidina (Alemán Navas & Martínez Mendoza, 2011) (Hedstrom & Sjorgren, 2007).

Se recomienda para la prevención de la patología, usar digluconato de clorhexidina al 0,12% y 0,2% (Gilligan & Ulfohn, 2014). El período de recuperación de la Alveolitis Seca puede extenderse desde 10 a 15 días (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Procesos de Cicatrización del Alveolo Post-Extracción

Para comprender las posibles causas de la Osteítis alveolar es necesario comprender los procesos de cicatrización del alveolo luego de la extracción. El proceso de curación de heridas es un proceso continuo, paralelo y preciso de fases programadas. Estos eventos o fases programadas deben suceder de una forma precisa y regulada, pues cualquier interrupción o prolongación de los mismos, puede llevar a una cicatrización retrasada de la herida (Guo & Dipietro, 2010).

En primer lugar, existe una fase de hemostasia, vasoconstricción y formación del coágulo sanguíneo, que comienza inmediatamente después de causada la herida (Guo & Dipietro, 2010). Este coágulo se forma a través de una red de fibrina que integra tanto a células sanguíneas como a plaquetas, por lo que, al ingresar sangre al alveolo, se pone en contacto con el colágeno existente y ocurre una agregación

plaquetaria y una adhesión en la zona endotelial lesionada (Cosme Gay & Berini, 2011). Por otro lado, los trombocitos cambian su forma y liberan serotonina provocando la vasoconstricción de vasos sanguíneos lesionados y paralelamente ocurre la cascada de coagulación (Cosme Gay & Berini, 2011).

El coágulo sanguíneo y alrededores de la herida liberan citocinas pro inflamatoria y factores de crecimiento. Una vez que la hemorragia está controlada, las células inflamatorias migran a la zona de la herida mediante quimiotaxis y promueven los procesos inflamatorios. La inflamación se caracteriza por infiltración secuencial de neutrófilos, macrófagos y linfocitos (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Sintetizando el proceso de coagulación, encontramos el sistema exógeno y otro endógeno. El sistema exógeno o extrínseco esta desencadenado por factores tisulares como es la tromboquinasa y el factor VII del plasma más Calcio. Por otro lado, el sistema endógeno o intrínseco, comienza con el factor XII de la coagulación más las fibras colágenas (Cosme Gay & Berini, 2011).

Es por este motivo positivo, cuando el alveolo se llena de sangre, pues predice un pronóstico favorable de coagulación. Después de aproximadamente 24 horas comienza el proceso inflamatorio agudo en los tejidos alrededor de la herida y se pueden distinguir tres fases diferentes. La primera es la exudativa a través del endotelio capilar con vasodilatación local, la segunda es una acción celular que está orientada a destruir a los neutrófilos polimorfonucleares y macrófagos encontrados en los tejidos lesionados y finalmente la reconstrucción celular (Cosme Gay & Berini, 2011).

Aproximadamente entre el 2do y 3er día post extracción, se produce la neoangiogénesis, que se puede definir como la formación y organización del coágulo a partir del crecimiento de fibroblastos desde el alveolo, seguido por la formación de una red capilar con una membrana basal delgada. Esta neoangiogénesis se extiende hasta el octavo día. (Cosme Gay & Berini, 2011) Los fibroblastos promueven la aparición del colágeno.

Éstos a su vez invaden la herida al tercer día y se mantienen dominando la zona hasta el décimo día (Cosme Gay & Berini, 2011). La siguiente fase de la cicatrización del alveolo, encierra la substitución del tejido de granulación por tejido conjuntivo que luego llegará a la epiteliación de la herida. Entre el quinto y séptimo día, se da la formación ósea a partir de trabéculas de tejido fibrilar inmaduro, la cual se epitelize después de un mes aproximadamente, comenzando por el margen gingival (Cosme Gay & Berini, 2011).

Para la epitelización es necesario que exista el movimiento del estrato o capa germinativa epitelial, su migración y una diferenciación celular por capas. Mediante este proceso incita a la regeneración de células especializadas y se consigue crear una barrera protectora de la herida. (Cosme Gay & Berini, 2011) Una vez epitelizada la herida, se realiza la substitución del tejido conectivo existe por el hueso alveolar, es este proceso actúan los condroblastos y osteoblastos. Finalmente se produce la reconstrucción de la cresta alveolar en la que se recambia el hueso inmaduro por tejido óseo maduro (Cosme Gay & Berini, 2011).

Hay múltiples factores que pueden afectar a la cicatrización de heridas que se dividen en locales y sistémicos. Los factores locales son aquellos que influyen directamente en las características de la herida, mientras que los factores sistémicos dependen del estado general del individuo, tanto si se encuentra con salud o enfermo y cómo estos afectan a la capacidad de cicatrización o curación (Guo & Dipietro, 2010).

Etiopatogenia de la Osteítis

Con respecto a la etiopatogenia de la Osteítis alveolar, se sugiere que se da por un aumento de la fibrinólisis local que lleva a una desintegración del coágulo (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Esta fibrinólisis resulta de la activación del plasminógeno vía directa o fisiológica, o indirecta o no fisiológica, en donde los activadores directos son liberados después del traumatismo a las células del hueso

alveolar (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Y los activadores indirectos son elaborados por bacterias (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

La actividad fibrinolítica es local, porque la absorción del plasminógeno en el coágulo limita la actividad de la plasmina (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). De hecho, se encontró que la actividad de la plasmina se inactiva en la circulación en general por antiplasminas (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Por lo tanto, se habla de que la destrucción o lisis parcial o total del coágulo sanguíneo, es causada por las cinasas, liberadas durante la inflamación (Blum, 2002). Esta liberación se da por la activación directa o indirecta del plasminógeno en la sangre (Blum, 2002). Cuando los activadores directos del tejido se liberan después del trauma a las células del hueso alveolar, el plasminogeno se convierte en plasmina, desintegrando la fibrina y por lo tanto desintegrando el coágulo (Blum, 2002).

La conversión del plasminógeno en plasmina debe estar acompañada por la presencia de tejido o de plasma pro activador o activador (Blum, 2002). Estos activadores se pueden clasificar en intrínsecos, es decir que se originan de compuestos del plasma y extrínsecos originados de afuera del plasma, es decir de la sangre y a su vez en directos e indirectos (Cosme Gay & Berini, 2011) (Blum, 2002). Entre los factores directos intrínsecos se incluye el Factor Hageman o Factor XII de la cascada de coagulación y uroquinasas que están mediadas por leucocitos. Por otro lado los factores extrínsecos directos incluyen activadores del tejido plasminógeno y activadores del plaminógeno epitelial (Blum, 2002). Entre los activadores indirectos encontramos sustancias como la streptoquinasa y la estafiloquinasa que son producidos por bacterias y se unen al plasminógeno para formar un complejo activador, que luego dividirá más moléculas de plaminógeno en plasmina (Blum, 2002).

Se asocia al dolor de la Alveolitis a la presencia y formación de quininas en el alveolo, pues estudios demuestran que éstas activan los nervios primarios aferentes, que por lo general están presensibilizadas por otros mediadores inflamatorios y sustancias alogénicas (Blum, 2002). La plasmina también está relacionada en la

conversión de calicreína a quinina, que sucede en la médula ósea alveolar. Por lo tanto, se puede asociar que las dos principales características de la Osteítis, el dolor y la desintegración del coágulo, a la presencia de plasmina (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010). Un dato importante es que la Osteítis sólo se presentará después del primer día post operatorio, pues el coágulo sanguíneo va a contener antiplasmina que tiene que consumirse por la plasmina antes de que se produzca al desorganización del coágulo y por lo tanto su lisis (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010).

Se encuentran algunos factores como responsables de la ocurrencia de la Osteítis alveolar, entre estos el nivel de dificultad de la extracción, fumar, uso de anticonceptivos, infección pre operatoria en el sitio de extracción como pericoronitis, enfermedad periodontal, caries extensas, edad, sexo, pacientes con enfermedades sistémicas como la diabetes, experiencia del profesional y trauma quirúrgico o dificultad de la extracción (Akinbami & Godspower, 2014) (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Factores de Riesgo que comprometen la Cicatrización

Tabaquismo

Si bien se habla de que el consumo de tabaco puede producir efectos negativos locales y sistémicos en los aspectos morfológicos y funcionales de la microcirculación, existe una escasez de evidencia que demuestre científicamente el hecho. A pesar de la existencia de artículos que discuten el efecto del cigarrillo en la osteítis, todavía continúa siendo un tema en debate (Al-Delayme, 2013).

Por otro lado, las posibles teorías han demostrado que el consumo crónico de cigarrillos, regula la expresión del proceso inflamatorio (Al-Delayme, 2013). Como son las citosinas e interleucinas 1, las cuales contribuyen a aumentar el daño tisular y la reabsorción alveolar del hueso (Kasat & Ladda, 2012). Por otro lado, la nicotina tiene un efecto sobre la síntesis de proteínas celulares y pone al fibroblasto gingival

incapaz de adherirse, interfiriendo con el proceso de cicatrización y aumentando la enfermedad periodontal (Kasat & Ladda, 2012).

Es importante aclarar que el mecanismo por el cual el tabaquismo es un factor que compromete a la cicatrización y procesos de curación de heridas, es todavía desconocido con exactitud (Kasat & Ladda, 2012). Se habla tentativamente de un proceso fibrinolítico, con elevados niveles de fibrinógeno, en el cual el suministro de sangre, por lo tanto, de oxigenación es reducido, causando enfermedades como la osteítis alveolar. Así como vasoconstricción y perfusión limitada al tejido por la liberación de catecolaminas (Kasat & Ladda, 2012).

Otra teoría supone que puede causar la enfermedad por la introducción de una sustancia extraña que puede actuar como contaminante en el sitio quirúrgico (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). A pesar de no tener un mecanismo claro, por el cual el tabaquismo influencia en la aparición de la Osteítis alveolar, estudios demostraron un aumento del 20% de la enfermedad en pacientes que fumaban una cajetilla diaria frente a un 40% en pacientes que fumaron el día de la cirugía (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Toma de Anticonceptivos Orales

La única medicación que está asociada a la aparición de la Osteítis alveolar como una complicación post extracción, son los anticonceptivos orales, introducidos aproximadamente en los años 1960. Estudios a partir de los años setentas, en contraste con estudios previos, muestran una prevalencia mayor de la enfermedad en pacientes mujeres que consumían pastillas anticonceptivas (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Se habla de que el estrógeno, juega un papel significativo en el proceso de actividad fibrinolítica. En donde el aumento de factores de coagulación como es el factor II, VII, VII, X y plasminógeno aumenta de manera simultánea la lisis del coágulo. Dándose como resultado de una elevada dosis de estrógenos (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

El estrógeno afecta a la cicatrización, debido a que regula una gran variedad de genes asociados con la regeneración, producción de matriz, inhibición de proteasas, funciones de la epidermis y genes principalmente asociados a la inflamación (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Inclusive se habla que, para reducir el riesgo de la Osteítis Alveolar, se debería tomar en cuenta el ciclo hormonal femenino (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Edad Avanzada

Se identifica a la población de edad avanzada a las personas que sobrepasan los 60 años de edad. Se habla de la población de edad avanzada como un factor de riesgo que provoca la alteración de la cicatrización de heridas. Estudios demuestran que la edad está relacionada a nivel celular y molecular con el cambio y retraso de los procesos de cicatrización. Sin embargo, no quiere decir necesariamente que interfiera en la calidad de cicatrización, solo en el tiempo del mismo (Guo & Dipietro, 2010).

El retraso en este proceso, está relacionado con la alteración de la respuesta inflamatoria, que a su vez retrasa la llegada de células T al lugar de cicatrización, producción alterada de la quimiocina y capacidad de los macrófagos de fagocitar reducida (Guo & Dipietro, 2010). También se habla de una reepitelización retardada, síntesis de colágeno y angiogénesis en pacientes de edad avanzada en comparación a pacientes jóvenes (Guo & Dipietro, 2010).

Estudios demuestran que la edad avanzada se relaciona con la aparición de la Osteítis Alveolar, argumentando que a mayor edad existe un mayor riesgo (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Por este motivo se recomienda realizar la extracción de terceros molares mandibulares antes de la edad de 24 años, en especial para pacientes mujeres por padecer menor riesgo de complicaciones post operatorias (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Género

Algunos autores se refieren al género, predominantemente a las mujeres, como un factor de riesgo en enfermedades como la Osteítis Alveolar, sin tomar en cuenta

solamente el uso de anticonceptivos (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Estudios como los de Mac Gregor reportaron una prevalencia 50% mayor de Osteítis en mujeres, mientras que Colby reporto ninguna diferencia significativa asociada al género. Se observa en tanto que es un tema discutido en la actualidad (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Infecciones Bacterianas

Una vez que la piel o algún tejido es lesionado los microorganismos que se encuentran en las capas más superficiales tienen acceso a tejidos más profundos (Guo & Dipietro, 2010). El estado de la infección y de la replicación de los microorganismos va a determinar si la herida se clasifica como una contaminación, colonización, infección local o una propagación invasiva de la infección (Guo & Dipietro, 2010).

Se define a la contaminación como la presencia de organismos que no se replican en una herida y a la colonización como la presencia de microorganismos que se reproducen en la herida sin dañar al tejido (Guo & Dipietro, 2010). La infección local es una etapa intermedia en donde existen microorganismos que se replican y empieza a existir una respuesta local en el tejido (Guo & Dipietro, 2010). Por otro lado, se define a la infección invasiva a la presencia de microorganismos que se reproducen en una herida causando daño en el tejido (Guo & Dipietro, 2010).

Es por este motivo que la inflamación es un proceso importante para la sanación de heridas pues remueve los microorganismos que pueden contaminarla (Guo & Dipietro, 2010). Cuando la descontaminación no es eficiente, el proceso de inflamación puede prologarse para limpiar completamente los microorganismos (Guo & Dipietro, 2010). Por lo tanto, las bacterias y endotoxinas hacen que las citocinas y las interleucinas -1 mantengan el proceso inflamatorio prolongado. Si este continúa elongado, la herida entrará en una fase crónica y no sanará (Guo & Dipietro, 2010).

Otra forma de infección en las heridas se realiza en forma de biofilms, que son comunidades complejas de bacterias agregadas en una matriz extracelular de

polisacáridos (Guo & Dipietro, 2010). Existen microorganismos que desarrollaron microambientes más protegidos y que son más resistentes a los tratamientos antibióticos (Guo & Dipietro, 2010). Por otro lado, los microorganismos más comunes en heridas infectadas y clínicamente no infectadas son el *Staphylococcus Aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *B hemolitic Streptococco* (Guo & Dipietro, 2010).

Varios estudios apoyan las teorías de que las infecciones bacterianas desarrollan mayor riesgo de provocar Osteítis Alveolar. Por ejemplo, en pacientes con higiene oral escasa, pericoronitis, caries avanzadas o enfermedad periodontal se ve aumentado el riesgo de presentar enfermedades post extracción. Se habla de una posible asociación entre microorganismos como el *Actinomyces viscosus* y el *Streptococcus mutans*, en donde el proceso de cicatrización se ve retrasado después de la inoculación de los microorganismos.

La mayoría de enfermedades periodontales comienzan o se agravan por la acumulación de placa y la periodontitis asociada a anaerobios como son las *Porfiromonas Gingivalis*, *Bacteroides forsythus* y los *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* (Coventry, Griffiths, & Tonetti, 2000). La reacción inflamatoria de la enfermedad periodontal se encuentra asociada a la pérdida progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar y eventualmente producirá movilidad y pérdida de dientes (Coventry, Griffiths, & Tonetti, 2000). Con respecto a la enfermedad periodontal, se asocia al *Treponema Denticola* como el microorganismo presente que produce una actividad alta de la plasmina fibrinolítica (Guo & Dipietro, 2010).

Pericoronitis

La pericoronitis es una condición patológica polimicrobiana, que afecta por lo general a pacientes entre los 17 y 25 años, causando una inflamación en tejidos blandos que rodean la corona del diente parcialmente erupcionado. (Pardi, 2005) Se habla que la extracción del 25 - 30% de los terceros molares incluidos, se debe a un

cuadro diagnóstico de pericoronitis, generalmente en pacientes entre los 18 y 30 años de edad (García & Gómez, 2003).

La pericoronitis es un proceso inflamatorio e infeccioso, que involucra tejidos blandos. Rodea la corona de un diente retenido o parcialmente erupcionado, causado por el ambiente anaerobio que facilita la colonización de gérmenes propios de la flora bacteriana oral (Raspal, 1994) (Gelesko & Patrick, 2009). La causa principal es la microflora que se desarrolla en el ambiente cerrado de la bolsa, predominantemente anaeróbico (Sixou & Magaud, 2003). Más frecuentemente encontrado en los terceros molares inferiores en posición vertical o distalizados de adolescentes y en la adultez temprana (Lopez & Granizo, 2012). La fiebre, dolor, inflamación, trismus y edema entre otros, son algunos de los síntomas que pueden estar presentes en un cuadro de pericoronitis (García & Gómez, 2003). Investigaciones clínicas, muestran que las bolsas que se producen en la enfermedad varían entre los $6.22\text{mm} \pm 2.79\text{mm}$.

Para prevenir problemas postoperatorios es necesaria la identificación acertada de los microorganismos que causan la pericoronitis, para así, contar con la administración beneficiosa de la terapia antibiótica. (Sixou & Magaud, 2003) La terapia antibiótica consiste en la administración de un agente antibacteriano que previene el desarrollo de una infección post operatoria como es el caso de la Osteítis alveolar (Martin, Kanatas, & Hardy, 2005). Usualmente se recomiendan antibióticos β lactámicos como la Amoxicilina más Ácido Clavulánico o Metronidazol (Pardi, 2005).

El manejo terapéutico de la Pericoronitis consiste en retirar el detritus y el material infecciosos del interior del saco pericoronario (Pardi, 2005). Principalmente se realiza a través de irrigación, aunque en muchos casos es necesaria la eliminación quirúrgica del saco pericoronario e inclusive de la pieza dentaria, si esta se encuentra parcialmente erupcionada (Pardi, 2005).

Enfermedades de Importancia

Entre las enfermedades más comunes de importancia y de riesgo para los tratamientos odontológicos, se pueden citar las enfermedades sistémicas como el cáncer, hipertensión, diabetes y pacientes inmunocomprometidos en general. Se habla de una relación entre estas enfermedades y la Osteítis alveolar, sin embargo, no existe una evidencia científica que demuestre esta relación (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Experiencia del Operador

Es importante tomar en cuenta la habilidad y experiencia del operador, pues muchos estudios exponen la relación entre la inexperiencia y la aparición de la Osteítis Alveolar. Esto se puede deber a que profesionales con menos experiencia realizan extracciones con mayor trauma. Al existir trauma y dificultad para la extracción, por lo general, mayor en extracciones quirúrgicas, existe mayor liberación de activadores de tejido que son secundarios a la inflamación (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

Se compara a las extracciones quirúrgicas con mayor prevalencia de presentar Osteítis Alveolar, con respecto a las extracciones simples o sencillas, en una relación de aumento 10 veces mayor. También se asocia a las extracciones con levantamiento de colgajo y osteotomía a una mayor probabilidad de presentar Osteítis Alveolar (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010).

2.3 Definición de Términos Básicos

- **Agudo:** Que es importante, repentina y de corta duración.
- **Alveolo:** Cavidad en la que está alojado cada uno de los dientes del hombre o de un animal.
- **Anticonceptivo:** Que impide el embarazo.

▪ **Infección:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.

▪ **Genero:** Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes.

▪ **Molar:** Que está situado en la parte posterior de la mandíbula, tiene varias raíces y sirve para triturar los alimentos; especialmente, el que está situado detrás de los premolares.

▪ **Paciente:** Persona enferma que es atendida por un médico o recibe tratamiento médico o quirúrgico.

▪ **Patología:** Enfermedad física o mental que padece una persona.

▪ **Post-exodoncia:** Período posterior al proceso de extracción dentaria.

▪ **Tabaquismo:** Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.

▪ **Tratamiento:** Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P, (2010), que especifican la investigación descriptiva:

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (pág.: 80).

Por lo tanto, basándonos en este concepto se puede decir que la presente investigación es de tipo descriptiva ya que, se busca diagnosticar, y analizar las características que presentan un grupo de individuos que ha sido sometido a una misma variable, como es el caso de la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11, y establecer los factores que contribuyen al apareamiento de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares y, permitiendo así la recolección de información para posteriormente pueda ser empleada en el gremio médico-odontológico y por los estudiantes practicantes que asistan al área de cirugía de la carrera de odontología de la Universidad José Antonio buscando proporcionar mejores alternativas de tratamiento a pacientes con dicha problemática.

3.2 Diseño de la Investigación

Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), se refieren al término diseño como al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea, es decir, es el plan de acción a seguir en el trabajo de campo (pág.: 120). Por otra parte, Arias F. (2012), define la investigación de campo, como aquella que consisten en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna (pág.: 31).

Mientras que, Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), establecen que la investigación no experimental, se refiere a un estudio que:

Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (pág.:149).

Igualmente, Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), expresan que la investigación transeccional o transversal, recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su prevalencia e interrelación en un momento dado (pág.: 151). En este sentido, el siguiente estudio se considera una investigación de campo no experimental transeccional o transversal, ya que busca diagnosticar la Osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares, como también, evaluar los factores que contribuyen al apareamiento de Osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares y, tasar la prevalencia de Osteítis Alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

3.3 Población y Muestra de la Investigación

3.3.1 Población

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), una población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Siendo esta una población finita agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran. Además, existe un registro documental de dichas unidades, que, desde el punto de vista estadístico, una población finita es la constituida por un número inferior a cien mil unidades (Arias, F. 2012; pág.: 82). Por ello, se puede decir que en la presente investigación la población estará constituida por los 348 pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

3.3.2 Muestra

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), la muestra:

Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra logren generalizarse o extrapolarse a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa (pág.: 173).

De acuerdo a Arias F (2012), para seleccionar la muestra se utiliza una técnica o procedimiento denominado muestreo; en el que se empleó un muestreo no probabilístico intencional u opinático, siendo este un procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra; en este caso los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador (pág.: 85).

De igual forma, Arias F (2012), señala que son varios los autores que recomiendan trabajar en investigaciones, con aproximadamente, un 30% de la

población (pág.:87). En relación a lo antes citado, para el estudio fueron seleccionados el 30% de la población total, es decir, 105 pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de los terceros molares, durante el periodo 2017-CR11; los cuales aceptaron participar en dicha investigación mediante un consentimiento informado, siendo esta una autorización autónoma del individuo donde garantiza que ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades (Sánchez Caro, 2003).

3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Para Arias (2012), la técnica de recolección de datos, es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información en la que se puede ubicar la encuesta escrita, mientras, que el instrumento de recolección de datos, es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información, como es el cuestionario. Así mismo, define el cuestionario como, “la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contenido de una serie de preguntas” (pág.: 67-79).

En el siguiente trabajo de investigación, se realiza como instrumento de recolección de datos dirigidos a los pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de los terceros molares, durante el periodo 2017-CR11, una encuesta escrita, que consta de un cuestionario de preguntas cerradas dicotómica, siendo aquellas que establecen previamente las opciones de respuesta que puede elegir el encuestado, donde se ofrece sólo dos opciones de respuesta.

3.4.1 Validez del Instrumento de Recolección de Datos

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), se refiere al “grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (pág.: 201). A su vez exponen que la validez de contenido, es el “grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, Fernández y Baptista 2010; pág.: 201); mientras, que la validez de criterio “establece la validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo” (Hernández, Fernández y Baptista 2010; pág.: 202).

Para validar el contenido de la historia clínica se entregó a tres (03) expertos un ejemplar del mismo, quienes lo revisaran y realizaran sus observaciones, los cuales serán consideradas en el instrumento de recolección de datos definitivo aplicado a los pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de los terceros molares, durante el periodo 2017-CR11.

3.5 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Según Arias F. (2012), son el conjunto de técnicas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos. Una vez aplicado el cuestionario y recogidos los datos, se procedió a su ordenación, tabulación y análisis a través de estadística descriptiva. Para llevar a cabo tal procedimiento se realizó un análisis de frecuencia y porcentaje que se agruparon e interpretaron en base a las dimensiones de la variable, y se encuentran presentados en cuadros y gráficos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación de los Resultados

Esta etapa desempeña un rol muy significativo e importante para la demostración la prevalencia de Osteítis Alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, ya que es donde se obtienen las repuestas a las diferentes interrogantes en cuanto a la problemática planteada, como lo son, ¿será posible diagnosticar osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII?, ¿se podrán evaluar los factores que contribuyen al apareamiento de la osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII? y, ¿será posible tasar la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII?.

Para ello, se seleccionaron de manera no probabilística intencional 105 pacientes que asisten a la Clínica de Cirugía III de Odontología de la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de terceros molares, específicamente durante el periodo 2017-IIICR, a los cuales se les realizaron una serie de preguntas de respuesta cerradas dicotómicas, con el objetivo de diagnosticar Osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CRII.

Ítems 1. Edad

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

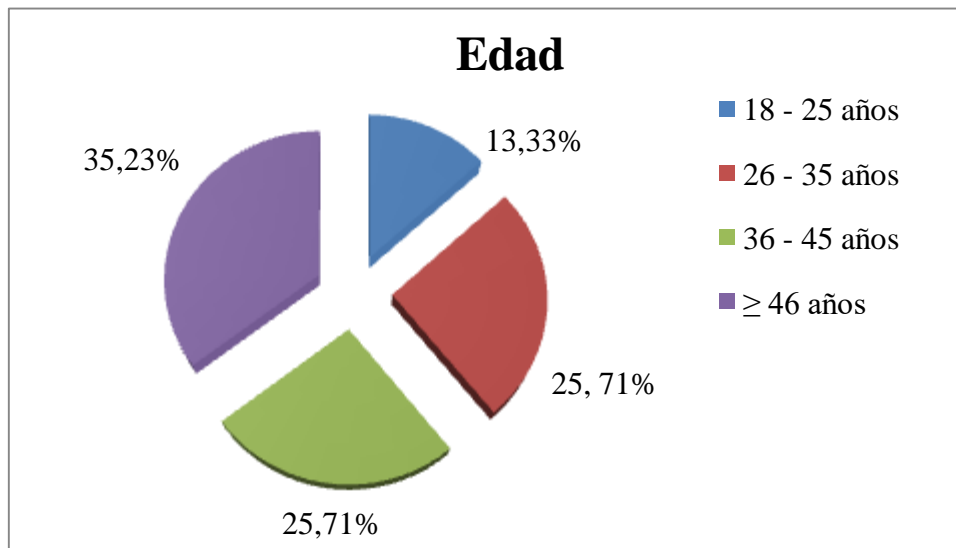
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 01

	Frecuencia	Porcentaje
18 - 25 años	14	13,33%
26 - 35 años	27	25,71%
36 - 45 años	27	25,71%
≥ 46 años	37	35,23%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 01



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Los pacientes que acudieron a la Universidad José Antonio Páez para la exodoncia de los terceros molares en el período 2017-CR II, puede ser clasificados por grupos etarios, donde el 13,33% pertenecen al grupo en edades comprendidas entre 18 – 25 años de edad, mientras que, el 25,71% corresponde a los paciente con edades entre 26 – 35 años de edad, de igual forma, el grupo de edades entre 36 – 45 años esta representado por el 25,71%, y por ultimo, esta el grupo etario de paciente con ≥ 46 años de edad, siendo este formado por el 35,23%. Estudios realizados por

Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) demuestran que la edad avanzada se relaciona con la aparición de la Osteítis Alveolar, argumentando que a mayor edad existe un mayor riesgo. En este sentido, este estudio es de relevancia que el 35,23% de la población que asiste al área de Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez para la realización de exodoncia de terceros molares presenta un mayor riesgo de aparición de Osteítis Alveolar.

Ítems 2. Género

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

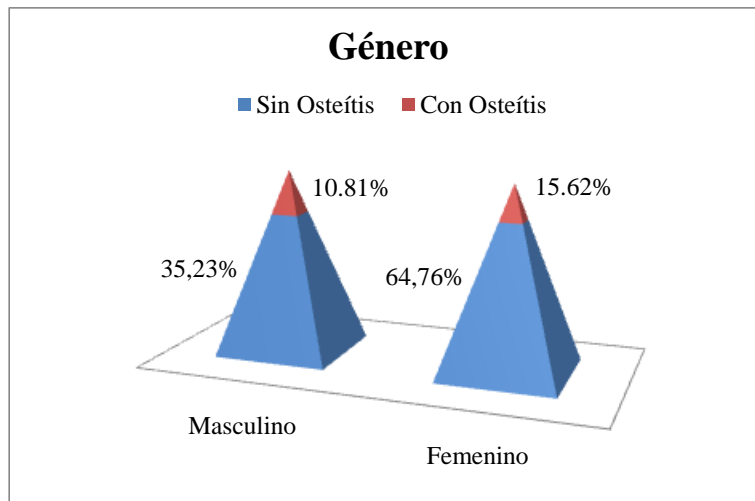
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 02

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	37	35,23%
Femenino	68	64,76%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 02



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Los pacientes que acudieron a la Universidad José Antonio Páez para la exodoncia de los terceros molares en el período 2017-CR11, pueden ser clasificados en dos géneros, entre los cuales están el Masculino con el 35,23% y el Femenino con el 64,76%. Según Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) determinaron predominantemente el género femenino, como un factor de riesgo en enfermedades como la Osteítis Alveolar, sin tomar en cuenta solamente el uso de anticonceptivos. Donde en la presente investigación participaron un total de 68 mujeres, en las cuales se pudo evidenciar una prevalencia de osteítis alveolar en el 15,62% de ellas, mientras que en representación de género masculino solo se conto con la participación de 37 hombre, en los cuales no se pudo evidenciar la osteítis alveolar en el 10,81% de ellos.

Ítems 3. Raza

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

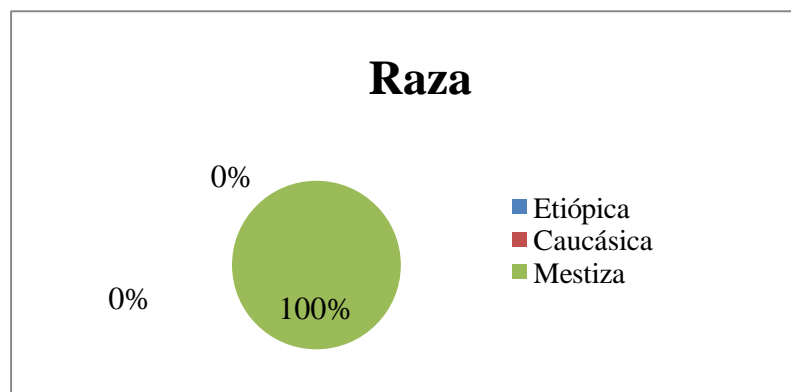
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 03

	Frecuencia	Porcentaje
Etiópica	0	0,00%
Caucásica	0	0,00%
Mestiza	105	100%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 03



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Los pacientes que acudieron a la Universidad José Antonio Páez para la exodoncia de los terceros molares en el período 2017-CR11, pueden ser clasificados en tres tipos de razas, entre las cuales esta la raza etiópica con un 0,00%, seguido de la raza caucásica con un 0,00% y por último la raza mestiza representada en dicha investigación por el 100%.

Ítems 4. Enfermedades Sistémicas

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

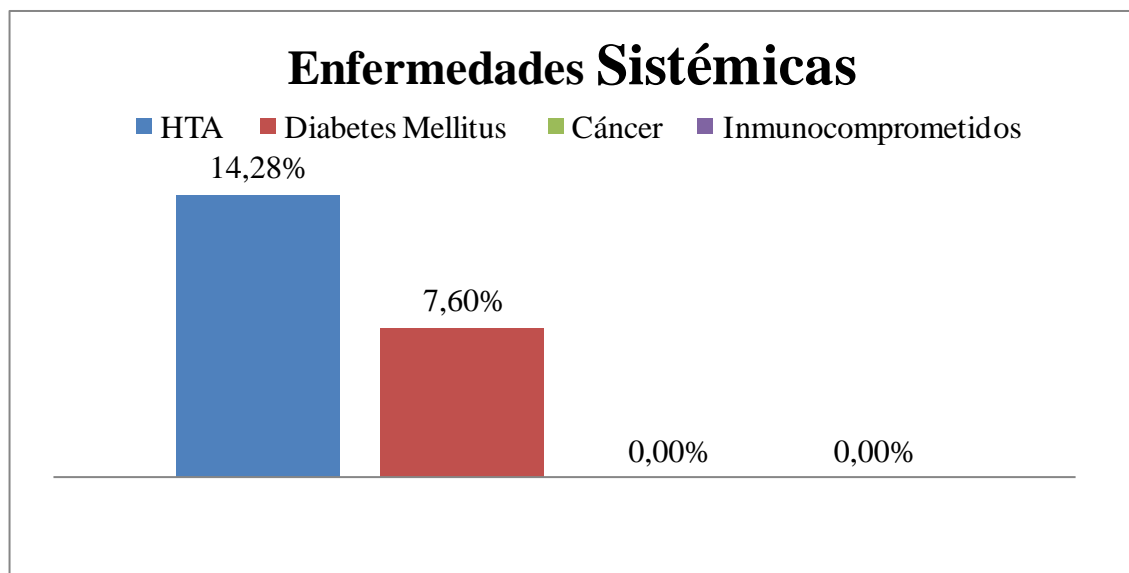
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 04

	Frecuencia	Porcentaje
HTA	15	14,28%
Diabetes Mellitus	8	7,60%
Cáncer	0	0,00%
Inmunocomprometidos	0	0,00%
Sin Enfermedades Sistémicas	82	78.09%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N°04



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Entre los pacientes que asisten por exodoncia de terceros molares al área de Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez en el período 7017-CRII, se puede evidenciar que las enfermedades sistémicas más predominantes están la Hipertensión Arterial con un 14,28%, seguidamente de la Diabetes Mellitus con un 7,60%. Según Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) las enfermedades más comunes de importancia y de riesgo para los tratamientos odontológicos, se pueden citar las enfermedades sistémicas como el cáncer, hipertensión, diabetes y pacientes inmunocomprometidos en general. Lo que hace que un 21,88% de la muestra total de dicha investigación estén propensos a presentar una Osteítis Alveolar.

Ítems 5. Tratamientos Farmacológicos

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

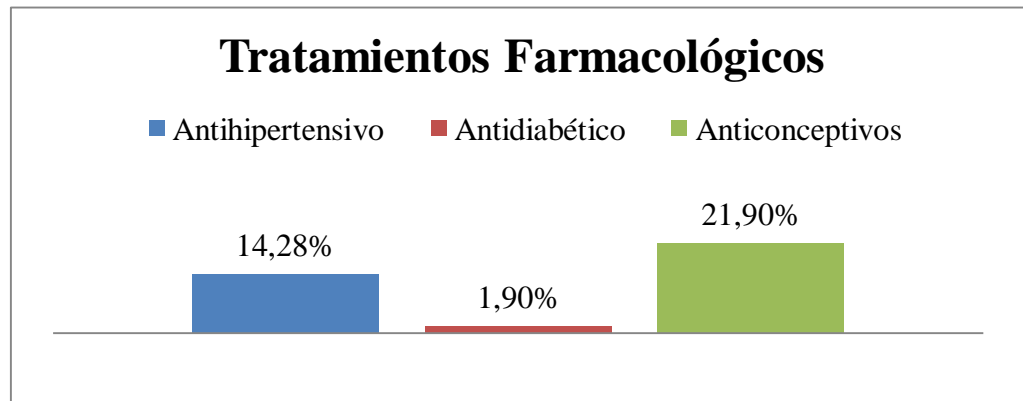
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 05

	Frecuencia	Porcentaje
Antihipertensivos	15	14,28%
Antidiabéticos	2	1,90%
Anticonceptivos	23	21,90%
Sin Tratamientos Farmacológicos	65	61,90%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Grafico N°05



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 14,28% de los pacientes que fueron atendidos por exodoncia de terceros molares en la Universidad José Antonio Páez refieren estar bajo tratamientos antihipertensivos, mientras que, el 1,90% acotan la necesidad de administrarse antidiabéticos, por otra parte, el 21,90% de los pacientes refieren estar bajo tratamientos anticonceptivos. Es por ello, que Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) resaltan que, la única medicación que está asociada a la aparición de la Osteítis Alveolar como una complicación post extracción, son los anticonceptivos orales, ya que el estrógeno afecta a la cicatrización, debido a que regula una gran variedad de genes asociados con la regeneración, producción de matriz, inhibición de proteasas, funciones de la epidermis y genes principalmente asociados a la inflamación. Por lo tanto, el 21,90% de la población presenta mayor posibilidades de presentar Osteítis Alveolar por los efectos que produce el estrógeno de los anticonceptivos orales en el organismo de las mujeres.

Ítems 6. Complejidad de Extracción

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

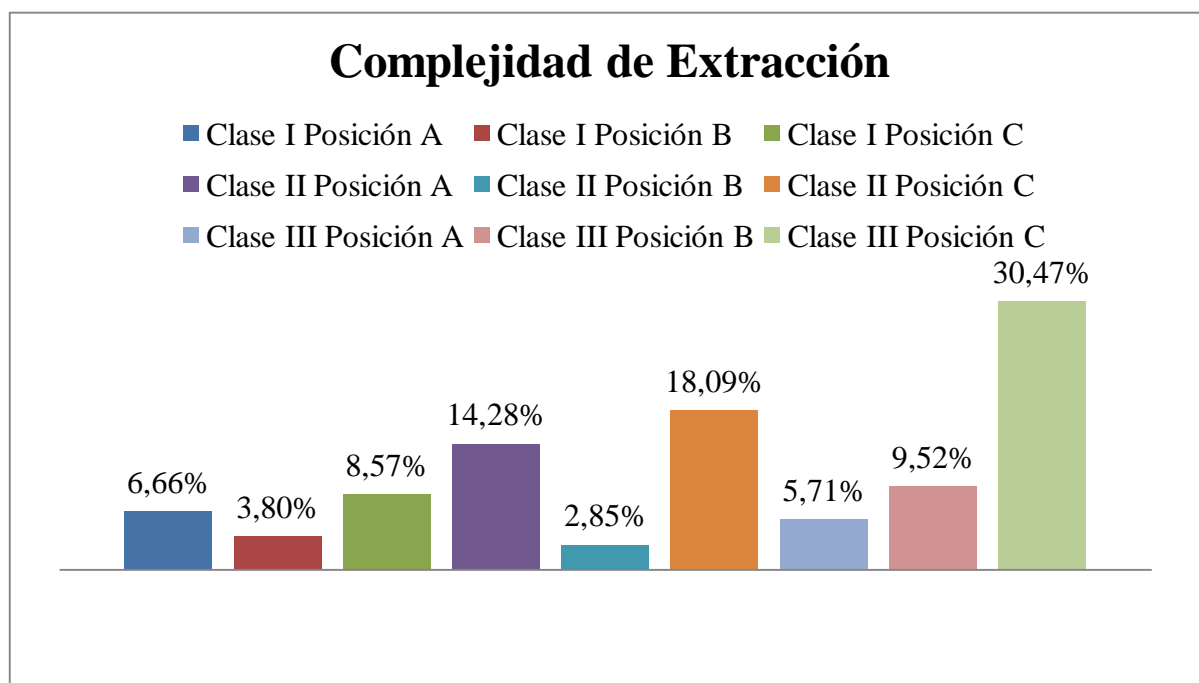
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 06

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I Posición A	7	6,66%
Clase I Posición B	4	3,80%
Clase I Posición C	9	8,57%
Clase II Posición A	15	14,28%
Clase II Posición B	3	2,85%
Clase II Posición C	19	18,09%
Clase III Posición A	6	5,71%
Clase III Posición B	10	9,52%
Clase III Posición C	32	30,47%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 06



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Entre las exodoncia de terceros molares en los pacientes que asistieron a la Universidad José Antonio Páez en el período 2017-CR II, se destacan con mayor prevalencia las de Clasificación Clase II Posición C con el 18,09% y Clase

III Posición C con el 30,47% (Pell & Gregory 1933). Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) resaltan que al existir trauma y dificultad para la extracción, por lo general, mayor en extracciones quirúrgicas, existe mayor liberación de activadores de tejido que son secundarios a la inflamación, por ello se asocia a las extracciones con levantamiento de colgajo y osteotomía a una mayor probabilidad de presentar Osteítis Alveolar. Esto quiere decir que el 48,56% de la muestra total presentan altas probabilidades de contraer una Osteítis Alveolar, debido a que para procedimiento quirúrgico es necesaria la realización de incisiones y eliminación de fragmentos óseos.

Ítems 7. ¿Ha presentado dolor espontáneo en el alveolo posterior a los cuatro (04) días de la exodoncia de los terceros molares?

Variable: Osteítis Alveolar

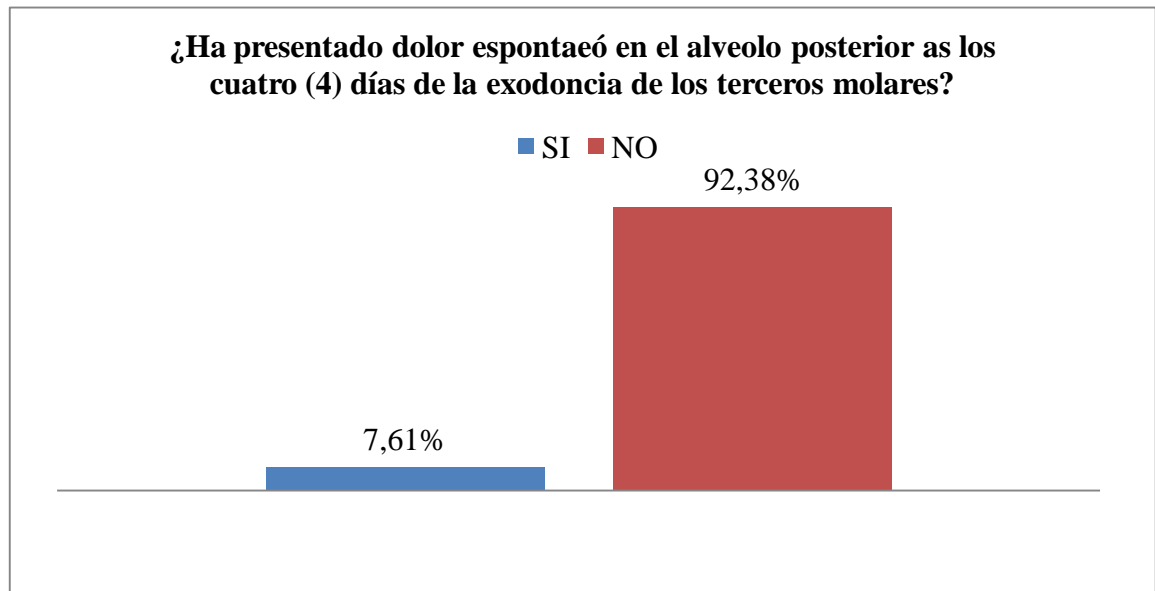
Dimensión: Diagnóstico de Osteítis Alveolar

Cuadro N° 07

	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	7,61%
NO	97	92,38%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 07



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 7,61% de los pacientes refirieron haber presentado dolor espontáneo, agudo y pulsátil en la región de la exodoncia cuatro (4) días después de la misma. Por lo general el dolor alcanzará un tiempo entre 3 y 5 horas post-extracción, mientras que la hinchazón comenzará entre las 24 y 48 primeras horas y desaparecerá en los próximos 3 a 4 días (Miloro & Kolokythas, 2012). Sin embargo, Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho (2010) acotan que sí a los 4 días post extracción el dolor persiste, probablemente se trate de un proceso infeccioso intralveolar, pueden también existir molestias de dolor continuo irradiado a sectores de la oreja, región temporal e incluso al ojo (Blum, 2002). Debido a lo antes expuesto, se puede considerar que el 7,61% de la muestra total presentan Osteítis Alveolar.

Ítems 8. ¿Se ha presenciado la excreción de exudado purulento del alveolo acompañado de inflamación y cuadro febril?

Variable: Osteítis Alveolar

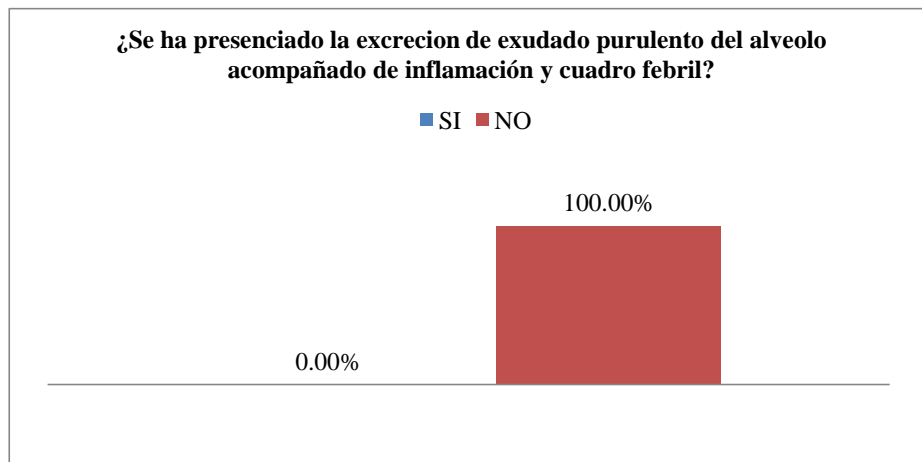
Dimensión: Diagnóstico de Osteítis Alveolar

Cuadro N° 08

	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0,00%
NO	105	100%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 08



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 100% de la muestra de dicha investigación afirman no haber presenciado secreciones purulentas del alveolo post-exodoncia, mientras que, el otro 0,00% exponen si haber excretado exudado purulento acompañado de inflamación y hipertermia. Martín, Lima Álvarez, & Zuleta Izquierdo (2001) expresan que en ocasiones se puede encontrar un alveolo sangrante y con abundante exudado purulento y, con una inflamación prolongada, lo cual puede haber sido causada por una reacción a cuerpos extraños en el interior del alveolo, siendo denominada este tipo de Osteítis como húmeda o supurativa. Por lo tanto, el 0,00% de la muestra total refiere haber presentado una Osteítis húmeda o supurativa, que ya, aquellos que

presentaron dolor espontáneo no fue acompañado de excreciones purulentas ni inflamación.

Ítems 9. ¿Se ha dado de forma adecuada la agregación plaquetaria, formación de tejido de granulación y regeneración óseo alveolar?

Variable: Osteítis Alveolar

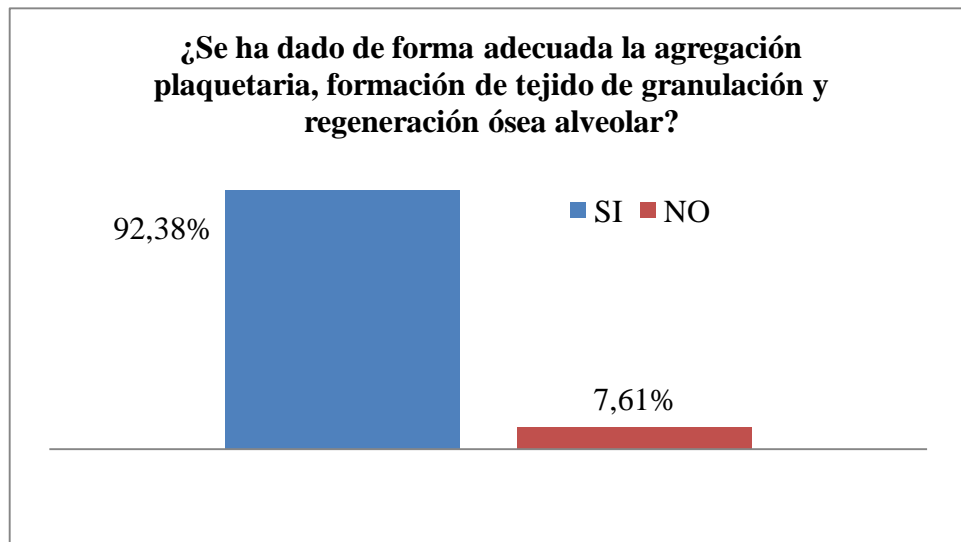
Dimensión: Diagnóstico de Osteítis Alveolar

Cuadro N° 09

	Frecuencia	Porcentaje
SI	97	92,38%
NO	8	7,61%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 09



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 92,38% de los pacientes atendidos en la Universidad José Antonio Páez por motivo de exodoncia de terceros molares en el período 2017-CR11 afirman que si se formó adecuadamente la agregación plaquetaria, formación de tejido de granulación y regeneración óseo alveolar. Según Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) en la Osteítis Alveolar se da un aumento de la fibrinólisis local que lleva a una

desintegración del coágulo. Esta fibrinólisis resulta de la activación del plasminógeno vía directa o fisiológica, o indirecta o no fisiológica, en donde los activadores directos son liberados después del traumatismo a las células del hueso alveolar, y los activadores indirectos son elaborados por bacterias (Kolokhythas, Olech, & Miloro, 2010). Por lo tanto, el 7,61% de dichos pacientes afirman que no se les dio la formación adecuada del coagulo o agregación plaquetaria, de tejido de granulación y la regeneración ósea alveolar debido a que se pudo haber dado una fibrinólisis directa o indirecta.

Ítems 10. ¿Tuvo buena higiene bucal después de la exodoncia de los terceros molares?

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

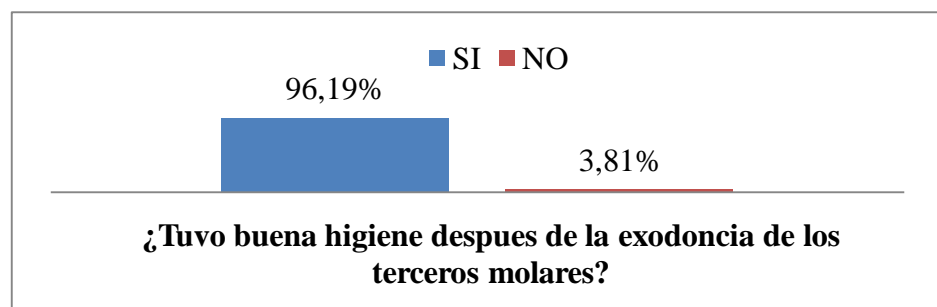
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 10

	Frecuencia	Porcentaje
SI	101	96,19%
NO	4	3,81%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 10



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: Solo el 3,81% de los pacientes aseguran no haber presentado una buena higiene bucal luego de la exodoncia de los terceros molares. De acuerdo a Coventry, Griffiths & Tonetti (2000) apoyan las teorías de que las infecciones bacterianas desarrollan mayor riesgo de provocar Osteítis Alveolar. Por ejemplo, en

pacientes con higiene bucal escasa, pericoronitis, caries avanzadas o enfermedad periodontal se ve aumentado el riesgo de presentar enfermedades post extracción. Se habla de una posible asociación entre microorganismos como el Actinomyces viscosus y el Streptococcus mutans, en donde el proceso de cicatrización se ve retrasado después de la inoculación de los microorganismos. Por lo tanto, aquellos pacientes que practiquen una higiene bucal deficiente estarán más propensos a presentar Osteítis Alveolar.

Ítems 11. ¿Notó que se desprendió el coágulo sanguíneo y vio su alveolo con aspecto vacío?

Variable: Osteítis Alveolar

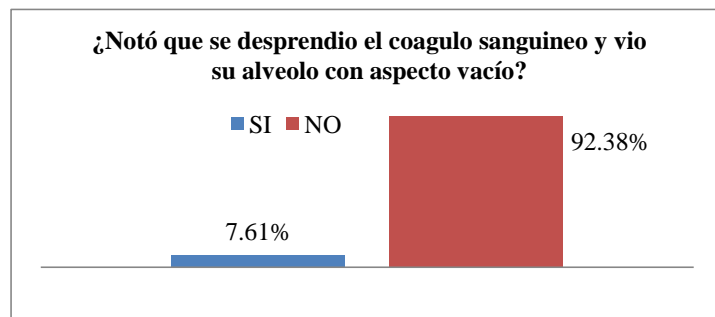
Dimensión: Diagnóstico de Osteítis Alveolar

Cuadro N° 11

	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	7,61%
NO	97	92,38%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 11



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 7,61% de los pacientes observó un vacío en el alveolo, donde no se hacía presente el coágulo sanguíneo. Para Blum (2002) la Osteítis puede presentar dolor en y alrededor del sitio de extracción que incrementa en severidad del segundo

al cuarto día, acompañado por la desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo dentro del alveolo. Lo que simboliza que 8 pacientes perdieron coágulo sanguíneo generándose una Osteítis Alveolar.

Ítems 12. ¿Presento mal aliento u olor desagradable?

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

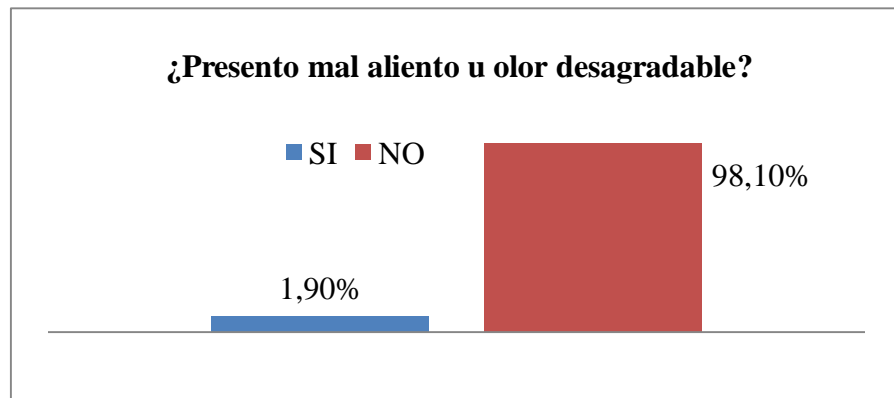
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 12

	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	1,90%
NO	103	98,10%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 12



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 98,10% niega haber presentado halitosis posterior a la exodoncia de los terceros molares. Según Kolokhythas, Olech & Miloro (2010) uno de los signos de la Osteítis Alveolar es la halitosis, originaria de bacterias contenidas en alimentos, sangre y saliva. El tratamiento para la halitosis consiste en la eliminación tanto química como mecánica de los microorganismos que se encuentren en cualquier foco infeccioso en la cavidad oral (Lopes, Rodrigues, Ferreira, Pompermaier, & Perri de Carvalho, 2010) (Blum, 2002).

Ítems 13. ¿Usted presenta el hábito del tabaquismo?

Variable: Post-exodoncia de Terceros Molares

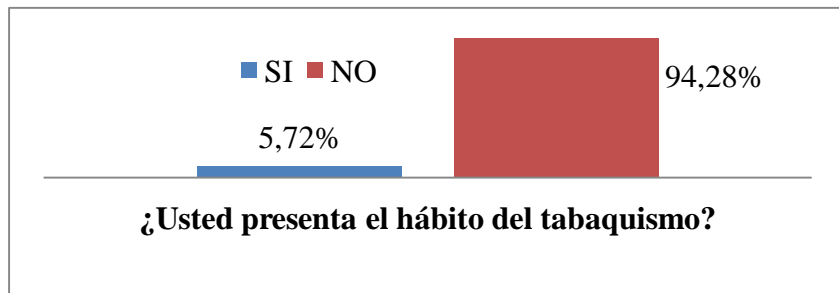
Dimensión: Factores post-exodoncia

Cuadro N° 13

	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	5,72%
NO	99	94,28%
TOTAL	105	100%

Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Gráfico N° 13



Fuente: Díaz y Rojas (2018).

Análisis: El 5,72% de los pacientes refirieron presentar el hábito del tabaquismo lo que los hace mucho más propensos a sufrir de una Osteítis Alveolar, ya que la nicotina tiene un efecto sobre la síntesis de proteínas celulares y pone al fibroblasto gingival incapaz de adherirse, interfiriendo con el proceso de cicatrización y aumentando la enfermedad periodontal, como también, produce un proceso fibrinolítico, con elevados niveles de fibrinógeno, en el cual el suministro de sangre, por lo tanto, de oxigenación es reducido, así como vasoconstricción y perfusión limitada al tejido por la liberación de catecolaminas (Kasat & Ladda, 2012).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Posterior al análisis e interpretación de los resultados arrojados por el cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas aplicadas a los 105 pacientes que acudieron al área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez por motivos de exodoncia de los terceros molares podemos concluir, que de la muestra de objeto de estudio total, 8 pacientes representados por el 7,61% presentaron signos como dolor espontáneo, sin exudado purulento, desintegración del coágulo sanguíneo y halitosis, por lo que llegó al diagnóstico de Osteítis Alveolar.

A su vez, cabe resaltar que en su mayoría el género más afectado es el femenino, en edades comprendidas entre 18 y 35 años, de raza mestiza, con enfermedades sistémicas como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, bajo tratamientos anticonceptivos, con hábito del tabaquismo y con terceros molares clasificados Clase II Posición C y Clase III Posición C según Pell & Gregory (1933).

5.2 Recomendaciones

Dentro de este marco, tras haber analizado los resultados y realizar las conclusiones, podría recomendarse lo siguiente:

- No realizar el esfuerzo físico excesivo para así evitar la pérdida o desintegración del coágulo sanguíneo.

- Mantener una excelente higiene bucal en el período post-operatorio de la exodoncia de los terceros molares.
- No consumir ningún tipo de tabaco en el período de cicatrización y regeneración alveolar.
- Evitar el consumo de fármacos anticonceptivos durante el proceso de recuperación post-operatoria de los terceros molares.
- Mantener suma cautela con los pacientes comprometidos sistémicamente, especialmente aquellos que presentan Diabetes Mellitus, debido a su cicatrización tardía.
- Planificar muy cuidadosamente la exodoncia de los terceros molares, sobre todo las Clase II Posición C y Clase III Posición C (Pell & Gregory, 1933) para hacerla lo menos traumática posible.
- En caso de dolor e inflamación posterior a los cuatros (4) días de la Exodoncia de los terceros molares, visitar al odontólogo.
- Al momento de realizar Curetaje Alveolar, emplear abundante Solución Fisiológica al 0.9%, evitar el raspado en la zona más apical, solo realizarla en la porción cervical hasta que el alveolo se lleve de sangre y posteriormente aplicar presión sobre el alveolo con una gasa estéril impregnada con Eugenol durante 40 minutos continuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKINBAMI, B. O., & GODSPOWER, T. (2014). Dry Socket: Incidence, Clinical Features, and Predisposing Factors. *International Journal of Dentistry*, Art. ID 796102.
- AL-DELAYME , R. (2013). The effect of Cigarette smoking on the severity of pain, swelling and trismus after the surgical extraction of impacted mandibular third molar. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 117-121
- ALEMÁN NAVAS, R., & MARTÍNEZ MENDOZA, M. (2011). Case Report: Late Complication of a Dry Socket Treatment. *International Journal of Dentistry*, 479306.
- ARIAS F. (2012). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Sesta Edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.
- BLOOMER, C. (2000). Alveolar Osteitis Prevention by Immediate Placement of Medicated Packing. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 282-284.
- BLUM, I. (2002). Contemporary views on dry socket (Alveolar Osteitis): Aclinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 309-317.
- BUI, C. (2003). Types, Frequencies, and Risk Factors for Complications After Third Molar Extraction. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 1379-1389.
- COSME GAY, & BERINI, L. (2011). *Tratado de Cirugía Bucal*. Madrid: Ergon.
- COVENTRY, J., GRIFFITHS, G., & TONETTI, M. (2000). Periodontal Disease. *British Medical Journal*, 321:562.
- DONADO RODRÍGUEZ, M., & MARTÍNEZ GONZÁLEZ, J. (2014). *Donado. Cirugía Bucal: Patología y Técnica*. Barcelona : ElSevier.
- FONSECA, R. (2000). *Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia: WB Saunders Company.

- GARCÍA CHÁVEZ (2011). Alveolitis Seca Dolorosa. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima- Perú.
- GARCÍA, J., & GÓMEZ, M. (2003). Microbiología en Pericoronitis Aguda de Terceros Molares Mandibulares. Revista Estomatológica, 13-15.
- GELESKO, S., & PATRICK, M. (2009). Comparison of Periodontal Inflammatory Disease in Young Adults With and Without Pericoronitis Involving Mandibular Third Molars. Journal of American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 67:134-139.
- GILLIGAN, J., & ULFOHN, A. (2014). La extracción dentaria: Técnicas y aplicaciones clínicas. Buenos Aires : Panamericana.
- GONZÁLEZ GARCÍA Y COLS. (2017). Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. [Internet] Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Marzo -abril, 2017; vol. 21(2)162-170 [Citado 23 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr03217.pdf>
- GUO, S., & DIPIETRO, L. (2010). Factor Affecting Wound Healing. Journal of dental Research, 219-229.
- HEDSTROM, L., & SJORGREN, P. (2007). Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials about prevention of alveolar osteitis following tooth extraction: a systematic review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, 8-15.
- HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2010). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F.
- KASAT, V., & LADDA, R. (2012). Smoking and Dental Implants. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry, 38-41.
- KOLOKHYTHAS, A., OLECH, E., & MILORO, M. (2010). Alveolar Osteitis: A comprehensive Review of Concepts and Controversies. International Journal of Dentistry, Article ID 249073.
- LOPES, C., RODRIGUES, M., FERREIRA, O., POMPERMAIER, G., & PERRI DE CARVALHO, P. (2010). Clinical Concepts of Dry Socket. Journal of Oral Maxillofacial Surgery, 1922-1932.

- LOPEZ, A., & GRANIZO, M. (2012). Cirugía Oral y Maxilar. Madrid: Ed. Medica Panamericana.
- MARTIN, M., KANATAS, A., & HARDY, P. (26 DE MARCH DE 2005). Antibiotic prophylaxis and third molar surgery. *British Dental Journal*, 198(6).
- MARTÍN, O., LIMA ÁLVAREZ, M., & ZULETA IZQUIERDO, M. (2001). Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. *Revista Cubana de Estomatología*.
- MILORO, M., & KOLOKYTHAS, A. (2012). Management of Complications in Oral and Maxillofacial Surgery. Danvers: Wiley Blackwell.
- MUÑOZ DEL CASTILLO (2017). Prevalencia de complicaciones de post-exodoncia simple en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo marzo – abril 2017. [Internet] Universidad de las Américas, Ecuador [Citado 23 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7209/1/UDLA-TOD-2017-64.pdf>
- PARDI, G. (2005). Aspectos Microbiológicos de la Pericoronitis. *Acta Odontológica Venezolana*, V.43 n.1.
- PARTHASARATHI, K., SMITH, A., & CHANDU, A. (2011). Factors Affecting Incidence of Dry Socket: A Prospective Community Based Study. *J Oral Maxillofacial Surgery*, 1880-1884.
- RAMÍREZ, F., & PÉREZ, B. (2010). Causas más frecuentes de extracción dental en la población derechohabiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista ADM*, 21-25.
- RAMÍREZ M. (2008). Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el consultorio odontológico INCE. San Felipe. Ministerio de Salud Pública República Bolivariana de Venezuela Colaboración Médica Cubana, Venezuela.
- RASPAL, G. (1994). Cirugía Oral. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- SÁNCHEZ CARO (2003). El consentimiento informado en psiquiatría. España.

- SANDNER, O. (2007). Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Introducción Básica a la Enseñanza. Bogota: Amolca.
- SIXOU, J.-L., & MAGAUD, C. (2003). Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France. *Journal of Clinical Microbiology*, 5794-5797.
- SRINIVAS, M., SUSARLA, B., BLAESER, B., & MAGALNICK, D. (2003). Third molar surgery and associated complication. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 177-186.
- VELÁSTEGUI OCHOA (2014). Incidencia de la Alveolitis como una Complicación Post Extracción Quirúrgica en Pacientes Tratados en la Clínica Odontológica USFQ. [Internet] Universidad San Francisco de Quito [Citado 23 Septiembre 2017]. Disponible en:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4110/1/112671.pdf>

Anexos

Cuadro de Operacionalización de Variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
Diagnosticar Osteítis Alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11.	Osteítis Alveolar	Complicación donde existe una desintegración del coágulo sanguíneo intra-alveolar, de 2 a 4 días post extracción.	Diagnóstico de Osteítis Alveolar	Dolor Infección Alveolar Cicatrización Alveolar	7 8 9, 11
Establecer los factores que contribuyen al apareamiento de la Osteítis Alveolar post-exodoncia de terceros molares en pacientes que asisten a Clínica Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-CR11.	Post-exodoncia de Terceros Molares	Período de tiempo transcurrido posteriormente a la extracción dentaria la cual finaliza con la cicatrización del alvéolo.	Factores post-exodoncia	Edad Género Raza Tabaquismo Fármacos Enfermedades Sistémicas Complejidad de Extracción Higiene Bucal	1 2 3 13 5 4 6 10, 12

Fuente: Díaz y Rojas (2018)



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

CUESTIONARIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, portador(a) de la Cédula de Identidad N° _____, de _____ años de edad, consiento y autorizo a las bachilleres María Fernanda Rojas y Alexia Díaz, a realizar a mi persona un cuestionario para la recolección de los datos referente al trabajo de investigación titulado **“PREVALENCIA DE OSTEÍTIS ALVEOLAR POST-EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES EN PACIENTES QUE ASISTEN A CLÍNICA CIRUGÍA III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**. A su vez, garantizo que mi intención de participar en dicha investigación es voluntaria, y comprendo la información dada acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, derechos y responsabilidades.

Firma

1. Edad: _____ 2. Género: _____ 3. Raza: _____
4. Enfermedad Sistémica: _____
5. Tratamiento Farmacológico: _____
6. Clasificación de los terceros molares según Pell y Gregory: _____
Clasificación de los terceros molares según Winter: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta un cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas la cual está relacionada con la prevalencia de osteítis alveolar post-exodoncia de terceros molares. Para su respuesta debe marcar con una X la alternativa que considere correcta. Su contribución resultará valiosa para el desarrollo de este trabajo, el cual es fundamental para optar al título de odontólogo.

7. ¿Ha presentado dolor espontáneo en el alveolo posterior a los cuatro (04) días de la exodoncia de los terceros molares? Si___ No___
8. ¿Se ha presenciado la excreción de exudado purulento del alveolo acompañado de inflamación y cuadro febril? Si___ No___
9. ¿Se ha dado de forma adecuada la agregación plaquetaria, formación de tejido de granulación y regeneración óseo alveolar? Si___ No___
10. ¿Tuvo buena higiene bucal después de la exodoncia de los terceros molares? Sí___ No___
11. ¿Notó que se desprendió el coágulo sanguíneo y vio su alveolo con aspecto vacío? Si___ No___
12. ¿Presento mal aliento u olor desagradable? Sí___ No___
13. ¿Usted presenta el hábito del tabaquismo? Sí___ No___