

Altamirano, Constanza

**Alveolitis postextracción:
revisión bibliográfica y
abordaje clínico de un caso**

**Trabajo final de la carrera de
Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR FINAL.

Alveolitis postextracción: revisión bibliográfica y abordaje clínico de un caso.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Odontología
Práctica Profesional Supervisada

Alumna: Altamirano Constanza.

Tutor: Maria Teresa Chalup.

Profesor titular responsable: Bonnin, Claudia.

Año: 2026

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Mecanismos etiopatogénicos	6
Factores de riesgo	7
Estrategias preventivas	8
Tratamiento y manejo clínico	9
Caso clínico	10
Discusión	17
Limitaciones del caso clínico	19
Conclusión	19
Bibliografía	21
Anexo I	23
Anexo II	24
Anexo III	25

Resumen

La alveolitis postextracción, también denominada osteítis alveolar, constituye una de las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes y dolorosas en odontología. Se caracteriza por la pérdida prematura del coágulo sanguíneo intraalveolar, lo que provoca exposición ósea, retraso en la cicatrización y dolor intenso posterior a la exodoncia. Su etiología es multifactorial e involucra factores locales y sistémicos que interfieren en el proceso normal de reparación tisular.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la etiología, factores predisponentes, estrategias preventivas y alternativas terapéuticas de la alveolitis postextracción a partir de la evidencia científica actual, relacionándolas con el abordaje clínico de un caso real.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principales mecanismos etiopatogénicos involucrados en esta complicación, destacando el papel de la fibrinólisis local, el trauma quirúrgico y la contaminación bacteriana. Asimismo, se analizaron factores de riesgo sistémicos y locales, además de las medidas preventivas y los tratamientos convencionales y emergentes reportados en la literatura científica.

Además, se presentó el caso clínico de una paciente femenina de 56 años que desarrolló alveolitis seca luego de exodoncias múltiples. El tratamiento realizado consistió en irrigación del alvéolo, colocación de apósito medicamentoso y seguimiento clínico periódico, obteniéndose una evolución favorable.

Se concluye que la alveolitis postextracción requiere un diagnóstico temprano, un manejo terapéutico individualizado y un adecuado seguimiento postoperatorio para disminuir complicaciones y favorecer la recuperación del paciente.

Palabras clave: alveolitis postextracción, osteítis alveolar, exodoncia, factores de riesgo, prevención, tratamiento.

Abstract

Post-extraction alveolitis, also known as alveolar osteitis, is one of the most frequent and painful postoperative complications in dentistry. It is characterized by the premature loss of the intra-alveolar blood clot, leading to bone exposure, delayed healing, and severe pain after tooth extraction. Its etiology is multifactorial and involves both local and systemic factors that interfere with the normal tissue repair process.

The aim of this study was to analyze the etiology, predisposing factors, preventive strategies, and therapeutic alternatives for post-extraction alveolitis based on current scientific evidence, relating them to the clinical management of a real case.

A bibliographic review was conducted on the main etiopathogenic mechanisms involved in this complication, highlighting the role of local fibrinolysis, surgical trauma, and bacterial contamination. Systemic and local risk factors, preventive measures, and conventional and emerging therapeutic approaches reported in the scientific literature were also analyzed.

In addition, the clinical case of a 56-year-old female patient who developed dry socket after multiple tooth extractions is presented. The treatment consisted of alveolar irrigation, placement of a medicated dressing, and periodic clinical follow-up, resulting in favorable clinical evolution.

It is concluded that post-extraction alveolitis requires early diagnosis, individualized therapeutic management, and adequate postoperative follow-up in order to reduce complications and promote patient recovery.

Keywords: post-extraction alveolitis, alveolar osteitis, tooth extraction, risk factors, prevention, treatment.

Introducción

La exodoncia dental constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en la práctica odontológica diaria. Aunque se trata de una intervención frecuente y generalmente segura, no está exenta de complicaciones postoperatorias que pueden afectar la recuperación del paciente. Entre ellas, la alveolitis postextracción, también conocida como osteítis alveolar, representa una de las complicaciones más comunes, dolorosas y de mayor repercusión clínica.

La alveolitis se caracteriza por una alteración en el proceso normal de cicatrización del alvéolo dental luego de la extracción de una pieza dental. Su principal característica es la pérdida prematura o desintegración del coágulo sanguíneo que se forma tras la exodoncia, dejando expuesto el hueso alveolar y las terminaciones nerviosas. Como consecuencia, el paciente presenta dolor intenso, persistente y de difícil control, generalmente entre las 24 y 72 horas posteriores al procedimiento, acompañado en ocasiones por halitosis, mal sabor bucal y retraso en la reparación tisular.

Desde el punto de vista clínico, se reconocen dos formas principales de presentación: la alveolitis seca, considerada la variante más frecuente y caracterizada por la ausencia del coágulo y la exposición ósea, y la alveolitis húmeda, donde se observa la presencia de tejido necrótico, exudado y signos inflamatorios locales. Aunque ambas entidades comparten características clínicas similares, presentan diferencias en su evolución y abordaje terapéutico.

La etiología de esta complicación es multifactorial e involucra una compleja interacción entre factores locales y sistémicos. Diversos estudios han relacionado su aparición con el trauma quirúrgico, la contaminación bacteriana, la fibrinólisis local aumentada, el tabaquismo, la presencia de infecciones previas, el uso de anticonceptivos orales, enfermedades sistémicas y condiciones que alteran la respuesta inflamatoria y la cicatrización. Debido a ello, la identificación temprana de los factores predisponentes resulta fundamental para implementar estrategias preventivas eficaces.

La importancia de estudiar la alveolitis postextracción radica no solo en su elevada frecuencia, sino también en el impacto que genera sobre la calidad de vida de los pacientes. El dolor intenso asociado puede interferir con la alimentación, el descanso, las actividades cotidianas y aumentar significativamente las consultas odontológicas de urgencia. Asimismo, puede prolongar los tiempos de recuperación y retrasar los tratamientos rehabilitadores posteriores.

En los últimos años, el conocimiento acerca de los mecanismos etiopatogénicos de la alveolitis ha evolucionado considerablemente, permitiendo el desarrollo de nuevas estrategias preventivas y alternativas terapéuticas orientadas a reducir su incidencia y mejorar el pronóstico clínico. En este contexto, resulta indispensable que el profesional odontólogo conozca los factores de riesgo asociados, los métodos de prevención disponibles y las opciones terapéuticas actuales para realizar un abordaje adecuado e individualizado.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como finalidad analizar la etiología, los factores predisponentes, las medidas preventivas y las alternativas de tratamiento de la alveolitis postextracción a partir de la evidencia científica actual, complementando dichos conocimientos con la presentación y discusión de un caso clínico real, con el objetivo de relacionar la teoría con la práctica clínica cotidiana

Objetivos

Objetivo general

Analizar la etiología, factores predisponentes, medidas preventivas y alternativas de manejo de la alveolitis postextracción a partir de la literatura científica actual.

Objetivos específicos

- Relacionar la evidencia científica con el abordaje clínico de un caso de alveolitis postextracción.

- Describir los mecanismos etiopatogénicos que originan la alveolitis.
 - Identificar los principales factores de riesgo asociados.
 - Analizar las estrategias preventivas más efectivas reportadas en la literatura.
 - Revisar los métodos terapéuticos convencionales y las nuevas propuestas clínicas.
-

Mecanismos etiopatogénicos

El desarrollo de la alveolitis postextracción se encuentra estrechamente vinculado a una alteración en la secuencia normal de cicatrización del alvéolo dentario. En condiciones fisiológicas, la formación y estabilización del coágulo sanguíneo constituye el primer paso del proceso reparativo, actuando como matriz para la proliferación celular y la formación de tejido de granulación.

En la alveolitis, este proceso se ve interrumpido por la disolución prematura del coágulo, fenómeno que ha sido asociado a un aumento de la actividad fibrinolítica local. La liberación de activadores del plasminógeno, ya sea por trauma tisular o por acción bacteriana, conduce a la degradación de la fibrina y a la pérdida del coágulo.

Como consecuencia, el hueso alveolar queda expuesto al medio oral, lo que favorece la colonización bacteriana y desencadena una respuesta inflamatoria intensa. La exposición de las terminaciones nerviosas explica el dolor característico de esta patología.

Además, factores como el trauma quirúrgico excesivo, la disminución de la irrigación sanguínea y la presencia de infecciones previas contribuyen a la alteración del proceso cicatricial, configurando un cuadro clínico complejo de origen multifactorial (Ortega Fruto et al., 2019).

Diversos estudios actuales sostienen que la fibrinólisis local representa uno de los mecanismos más importantes en el desarrollo de la alveolitis postextracción. La activación excesiva del plasminógeno provoca degradación de la fibrina y pérdida prematura del coágulo sanguíneo, alterando el proceso normal de cicatrización del alvéolo. A esto se suma la acción bacteriana local, que favorece la liberación de

mediadores inflamatorios y enzimas proteolíticas capaces de intensificar la destrucción del coágulo y mantener el proceso inflamatorio (Blum, 2002; Tarakji et al., 2015).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados a la alveolitis pueden clasificarse en sistémicos y locales, y su identificación es fundamental para la prevención de esta complicación.

Entre los factores sistémicos, se destacan la edad avanzada, el sexo femenino y el uso de anticonceptivos orales, los cuales se asocian a un aumento de la actividad fibrinolítica. Asimismo, enfermedades sistémicas como la diabetes, estados de inmunosupresión y condiciones que afectan la respuesta inflamatoria pueden interferir en la cicatrización.

Las condiciones de inmunosupresión pueden alterar de manera significativa los procesos fisiológicos de reparación tisular y respuesta inflamatoria. Pacientes con enfermedades que comprometen el sistema inmunológico, como infección por VIH, tratamientos inmunosupresores o enfermedades sistémicas crónicas, pueden presentar una respuesta cicatricial disminuida y mayor susceptibilidad a infecciones postoperatorias. Estas alteraciones podrían favorecer la degradación prematura del coágulo sanguíneo y aumentar el riesgo de complicaciones alveolares posteriores a la exodoncia (Tarakji et al., 2015).

En relación con los factores locales, el trauma quirúrgico representa uno de los elementos más relevantes, especialmente en procedimientos complejos como la extracción de terceros molares. La presencia de infecciones previas, como pericoronaritis o periodontitis, incrementa la carga bacteriana y favorece la degradación del coágulo.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo significativo debido a su efecto vasoconstrictor y a la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos. Además, la higiene oral deficiente y la contaminación del alvéolo durante o después del procedimiento también contribuyen al desarrollo de la alveolitis (Anampa Paucar et al., 2022).

Estrategias preventivas

La prevención de la alveolitis se basa en la implementación de medidas que favorezcan la formación y estabilidad del coágulo sanguíneo, así como en la reducción de los factores de riesgo identificables.

Una técnica quirúrgica adecuada, caracterizada por la manipulación atraumática de los tejidos y una correcta irrigación durante el procedimiento, resulta fundamental para preservar la integridad del alvéolo. La evaluación preoperatoria del paciente permite identificar condiciones sistémicas o hábitos que puedan predisponer a la aparición de la complicación.

El control de infecciones preexistentes y la optimización de la higiene oral contribuyen a disminuir la carga bacteriana. Asimismo, la indicación de enjuagues con clorhexidina en el período pre y postoperatorio ha demostrado eficacia en la reducción de la incidencia de alveolitis.

La educación del paciente sobre los cuidados posteriores a la extracción, como evitar el tabaquismo, no realizar enjuagues vigorosos y mantener una adecuada higiene, constituye un pilar fundamental en la prevención.

Diferentes investigaciones destacan la importancia de reducir o suspender el consumo de tabaco durante el período pre y postoperatorio, debido a su efecto vasoconstrictor y a la disminución del aporte sanguíneo hacia los tejidos intervenidos. De igual manera, algunos autores recomiendan considerar el uso de anticonceptivos orales en pacientes femeninas, ya que el aumento de la actividad fibrinolítica asociado a los estrógenos puede favorecer la pérdida prematura del coágulo (Kolokythas et al., 2010).

Por otro lado, la utilización de suturas para favorecer la estabilidad del coágulo sanguíneo y el empleo de concentrados plaquetarios autólogos, como plasma rico en fibrina (PRF), han demostrado resultados favorables en la disminución de la incidencia de alveolitis y en la aceleración del proceso de cicatrización. La liberación de factores de crecimiento y mediadores biológicos presentes en el PRF favorece la reparación tisular y la angiogénesis local (Deshpande et al., 2024).

El uso de enjuagues con clorhexidina en el período pre y postoperatorio también ha demostrado disminuir la incidencia de alveolitis postextracción, principalmente debido a su acción antiséptica y reducción de la carga bacteriana local (Brignardello-Petersen, 2024).

Tratamiento y manejo clínico

TRATAMIENTO CONVENCIONAL

El tratamiento de la alveolitis tiene como objetivo principal aliviar el dolor, controlar la infección y favorecer la cicatrización del alvéolo.

El abordaje convencional se basa en medidas locales, como la irrigación del alvéolo con solución fisiológica o antisépticos, que permiten la eliminación de detritos y tejido necrótico. En algunos casos, se realiza un curetaje suave para estimular el sangrado y favorecer la formación de un nuevo coágulo.

La colocación de apósitos medicados con sustancias como eugenol, iodoformo o clorhexidina proporciona efecto analgésico y antiséptico. El uso de analgésicos sistémicos es fundamental para el control del dolor, mientras que la administración de antibióticos dependerá de la evaluación clínica de cada paciente y del riesgo de complicaciones infecciosas.

NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

En los últimos años, se han incorporado nuevas alternativas terapéuticas, como el uso de láser de baja potencia y ozonoterapia, que han mostrado resultados favorables en la disminución del dolor y la aceleración de la cicatrización (Pérez et al., 2023).

Además, el plasma rico en plaquetas (PRP), obtenido a partir de sangre del propio paciente mediante centrifugación, ha demostrado favorecer la reparación tisular, mejorar la cicatrización alveolar y disminuir el dolor postoperatorio gracias a sus propiedades bacteriostáticas y la liberación de factores de crecimiento (Deshpande et al., 2024).

Caso clínico

Paciente femenina de 56 años que acude para atención odontológica integral a la cátedra de Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Córdoba. Como motivo de consulta, la paciente refirió: “Necesito arreglar mi boca”.

Durante la anamnesis, la paciente no manifestó antecedentes médicos sistémicos de relevancia al momento de la atención odontológica. Durante el seguimiento clínico posterior, la paciente informó diagnóstico reciente de infección por VIH e inicio de tratamiento antirretroviral.

Se realizó examen clínico extraoral mediante observación y palpación de músculos masticatorios, ganglios linfáticos, articulación temporomandibular, piel y mucosa perioral, sin evidenciar alteraciones significativas.

En el examen clínico intraoral se observó compromiso odontológico generalizado, caracterizado por ausencia de piezas dentales, inflamación y sangrado gingival, múltiples piezas dentarias con destrucción coronaria asociada a procesos cariosos y presencia de restos radiculares, motivo por el cual se indicó un abordaje odontológico integral.

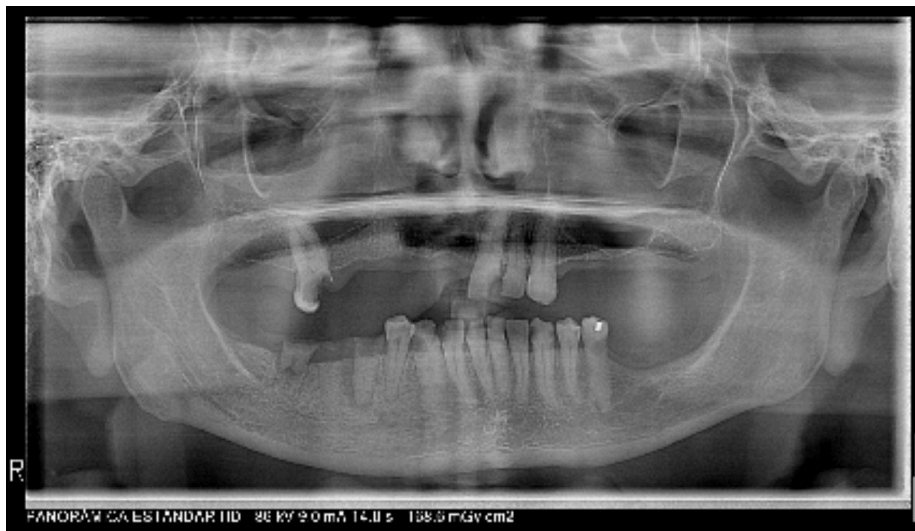


Figura 1. Radiografía panorámica inicial (ortopantomografía) utilizada para la evaluación diagnóstica integral de la paciente.



Figura 2. Fotografía intraoral



Figura 3. Fotografía oclusal maxilar superior.



Figura 4. Fotografía oclusal maxilar inferior.

Como plan de tratamiento, se optó inicialmente por realizar terapia periodontal básica con el objetivo de disminuir la carga bacteriana y mejorar las condiciones de salud gingival de la paciente. Posteriormente, debido al extenso compromiso coronario y la presencia de restos radiculares asociados a procesos cariosos, se indicó la exodoncia de la pieza dentaria 16 y restos dentales correspondientes a los elementos 45 y 47 con el objetivo de eliminar focos infecciosos y rehabilitar posteriormente a la paciente mediante tratamiento protésico.



Figura 5. Radiografía periapical preoperatoria de la pieza 16 previa a la exodoncia.

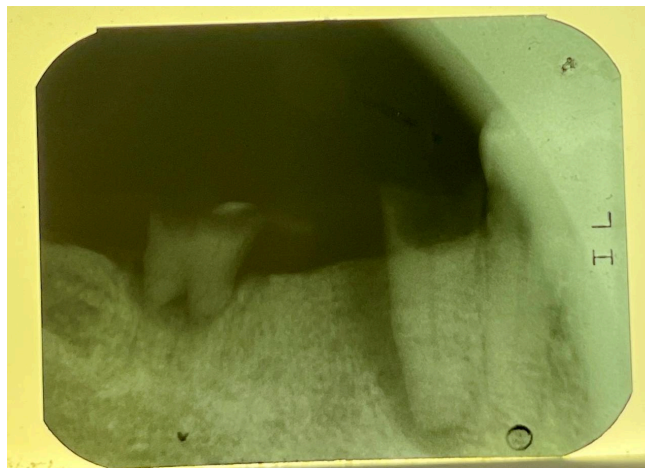


Figura 6. Radiografía periapical preoperatoria de los restos dentales 45 y 47.

Previo al procedimiento quirúrgico, se indicó antibioticoterapia profiláctica con amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas, iniciando su administración dos días antes de la intervención y continuando durante tres días posteriores a la cirugía. La elección de amoxicilina se basó en su amplio espectro de acción frente a microorganismos frecuentemente presentes en infecciones odontogénicas, además de su adecuada absorción y buena penetración tisular.

La utilización de antibioticoterapia profiláctica tuvo como objetivo disminuir la carga bacteriana presente en la cavidad oral y reducir el riesgo de complicaciones infecciosas postoperatorias, favoreciendo un adecuado proceso de cicatrización de los tejidos.

Considerando el importante compromiso infeccioso bucal generalizado evidenciado clínicamente, la presencia de múltiples restos radiculares y focos infecciosos activos, junto con la complejidad integral del cuadro odontológico de la paciente, se indicó antibioticoterapia profiláctica con el objetivo de disminuir la carga bacteriana y reducir el riesgo de complicaciones infecciosas postoperatorias.

De igual modo, se brindaron indicaciones postoperatorias verbales a la paciente, incluyendo reposo relativo, dieta blanda y fría, evitar exposición solar, no realizar actividad física intensa, evitar escupir o realizar maniobras de succión y mantener adecuados cuidados de higiene oral, con el objetivo de favorecer la formación y estabilidad del coágulo sanguíneo.

La cirugía se realizó mediante técnica de exodoncia simple, sin presentarse complicaciones intraoperatorias. Finalizado el procedimiento, se realizó la sutura correspondiente y se citó a la paciente a control postoperatorio a los siete días para evaluación clínica y retiro de puntos.

A los siete días postoperatorios, la paciente acudió a la consulta para control y retiro de suturas, refiriendo dolor intenso y persistente en la región correspondiente a la exodoncia de la pieza 16, acompañado de inflamación facial y dificultad para la apertura bucal. En contraste, el sector inferior correspondiente a las exodoncias realizadas evidenciaba una evolución clínica favorable, con adecuada cicatrización de los tejidos.

Debido a la limitación de apertura bucal y a la sintomatología dolorosa presentada por la paciente, no fue posible obtener un adecuado registro fotográfico intraoral de la lesión durante esa instancia clínica.

Al examen clínico intraoral se observó un alvéolo con pérdida parcial del coágulo sanguíneo y presencia de abundante tejido de granulación de aspecto grisáceo que sobresalía del sitio quirúrgico, asociado a tejido desvitalizado y mucosa circundante eritematosa. La paciente presentaba dolor intenso a nivel de la zona intervenida, sin evidencia de supuración activa ni signos sistémicos de infección.










Como diagnóstico diferencial se consideraron alveolitis seca, alveolitis húmeda e infección postoperatoria localizada. A partir de los hallazgos clínicos observados, especialmente la presencia de dolor intenso, alteración del coágulo sanguíneo y exposición del alvéolo, se estableció como diagnóstico una alveolitis postextracción compatible con alveolitis seca.



Figura 7. Imagen de referencia de alveolitis seca posterior a extracción dentaria, con pérdida del coágulo sanguíneo y exposición ósea alveolar.

Fuente: Rohe C, Schlam M. Alveolar Osteitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

Cuadro 1. Diferencias clínicas entre alveolitis seca y alveolitis húmeda.

Característica	Alveolitis seca	Alveolitis húmeda
 Coágulo sanguíneo	Ausente o desintegrado	Presente parcialmente o con restos necróticos
 Aspecto del alvéolo	Seco, con exposición ósea	Húmedo, con exudado o secreción
 Dolor	Intenso y pulsátil	Moderado a intenso
 Inicio clínico	24–72 horas postextracción	Días posteriores a la extracción
 Halitosis	Frecuente	Frecuente
 Supuración	Generalmente ausente	Puede estar presente
 Inflamación	Leve	Más marcada
 Etiología principal	Pérdida prematura del coágulo	Infección local del alvéolo
 Tratamiento	Irrigación y analgesia	Irrigación, control de infección y, en algunos casos, antibióticos

Fuente: Elaboración propia a partir de Blum (2002) y Kolokythas et al. (2010).

Como conducta terapéutica, se realizó irrigación cuidadosa del alvéolo mediante lavado con solución fisiológica combinada con iodopovidona, con el objetivo de eliminar detritos y disminuir la carga bacteriana local. Posteriormente, se colocó un apósito medicamentoso preparado con clorhexidina en gel como vehículo, asociado a yodoformo y eugenol, con finalidad analgésica y antiséptica.



Figura 8. Mesa clínica e instrumental utilizado durante el tratamiento local de la alveolitis postextracción, incluyendo irrigación del alvéolo y colocación de apósito medicamentoso.

Asimismo, se indicaron cuidados postoperatorios, medidas de higiene oral y control farmacológico del dolor, programando controles clínicos posteriores para evaluar la evolución del cuadro. En los controles sucesivos se observó una evolución clínica favorable, con disminución progresiva de la sintomatología y adecuada cicatrización de los tejidos.

Posteriormente, y una vez finalizada la fase curativa del tratamiento integral, se continuó con la fase rehabilitadora, logrando restablecer de manera satisfactoria la función y salud bucal de la paciente.



Figura 9. Estado clínico del maxilar superior tras la resolución de la alveolitis postextracción, con tejidos cicatrizados aptos para la rehabilitación protésica.

Discusión

La alveolitis postextracción constituye una de las complicaciones más frecuentes y dolorosas asociadas a las exodoncias dentarias. La literatura actual describe a la alveolitis postextracción como una patología de origen multifactorial, relacionada con alteraciones en la estabilidad del coágulo sanguíneo y con distintos factores bacterianos, traumáticos y sistémicos que interfieren en la cicatrización normal del alvéolo (Blum, 2002; Kolokythas et al., 2010).

En el presente caso clínico, la paciente desarrolló un cuadro compatible con alveolitis seca luego de la exodoncia de la pieza 16, evidenciando dolor intenso, inflamación local, limitación de apertura bucal y pérdida del coágulo sanguíneo, con exposición ósea del alvéolo. Las características clínicas observadas en la paciente fueron compatibles con las manifestaciones descritas en la literatura para este tipo de complicación postoperatoria, principalmente por la presencia de dolor intenso y alteración del proceso normal de cicatrización alveolar.

Si bien la cirugía fue realizada mediante una técnica simple y atraumática, sin complicaciones intraoperatorias aparentes, la paciente presentaba múltiples factores que podrían haber influido en la evolución desfavorable del proceso de cicatrización. Entre ellos, se destaca el importante compromiso infeccioso bucal generalizado, caracterizado por presencia de restos radiculares, enfermedad periodontal e inflamación gingival, condiciones que favorecen el aumento de la carga bacteriana local y la liberación de enzimas fibrinolíticas capaces de alterar la estabilidad del coágulo sanguíneo (Ortega Fruto et al., 2019).

Durante el seguimiento clínico posterior, la paciente informó diagnóstico reciente de infección por VIH e inicio de tratamiento antirretroviral. Aunque no puede establecerse una relación causal directa entre esta condición sistémica y la aparición de la alveolitis, distintos autores sostienen que determinadas alteraciones inmunológicas pueden modificar los mecanismos normales de respuesta inflamatoria y reparación tisular, interfiriendo en la cicatrización adecuada del alvéolo postextracción (Tarakji et al., 2015).

En relación con la antibioticoterapia profiláctica utilizada, la paciente recibió amoxicilina antes y después del procedimiento quirúrgico. Sin embargo, la aparición posterior de alveolitis demuestra que esta complicación no depende exclusivamente de la presencia bacteriana, sino que involucra procesos biológicos relacionados con la pérdida prematura del coágulo sanguíneo. La literatura actual señala que el uso de antibióticos sistémicos puede disminuir el riesgo infeccioso en determinados pacientes, aunque no garantiza la prevención absoluta de alveolitis postextracción (Kolokythas et al., 2010).

Respecto al tratamiento realizado, se optó por irrigación cuidadosa del alvéolo mediante solución fisiológica e iodopovidona, asociada a la colocación de un apósito medicamentoso compuesto por clorhexidina, yodoformo y eugenol. El tratamiento realizado se encuentra dentro de las conductas terapéuticas convencionales descritas para el manejo local de la alveolitis, cuyo objetivo principal es disminuir el dolor, reducir la carga bacteriana y favorecer la reparación tisular (Pérez et al., 2023).

Existen diferentes alternativas comerciales para el tratamiento local de la alveolitis, entre ellas Alveogyl®, ampliamente utilizado por su efecto analgésico y antiséptico. En este caso clínico se decidió utilizar una preparación medicamentosa confeccionada en la clínica debido a su disponibilidad inmediata y a sus propiedades terapéuticas similares, logrando una evolución clínica favorable y disminución progresiva de la sintomatología dolorosa (Kaya et al., 2011).

Este caso clínico permitió destacar la importancia del seguimiento postoperatorio y de la educación del paciente luego de la exodoncia. La detección temprana de signos clínicos compatibles con alveolitis permitió instaurar rápidamente el tratamiento local y evitar la progresión del cuadro inflamatorio. El control clínico periódico resulta fundamental para evaluar la evolución de los tejidos y adaptar las medidas terapéuticas según las necesidades individuales de cada paciente.

Además, permitió relacionar los conocimientos teóricos con la práctica clínica diaria, destacando la importancia de reconocer tempranamente las complicaciones postoperatorias y realizar un abordaje individualizado según las características de cada paciente. La correcta identificación de factores de riesgo, junto con el seguimiento clínico adecuado y el tratamiento oportuno, resultan fundamentales para mejorar la evolución y calidad de vida del paciente

Limitaciones del caso clínico

Entre las limitaciones del presente caso clínico se destaca la imposibilidad de obtener un adecuado registro fotográfico intraoral durante la fase aguda de la lesión debido a la limitación de apertura bucal y sintomatología dolorosa presentada por la paciente.

Además, al tratarse de un caso clínico individual, los hallazgos observados no pueden generalizarse de manera general a toda la población, aunque permiten relacionar la evidencia científica con la práctica clínica cotidiana.

Conclusión

La alveolitis postextracción representa una de las complicaciones más frecuentes y dolorosas posteriores a las exodoncias dentarias, generando un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y alterando el proceso normal de cicatrización del alvéolo. Su origen multifactorial demuestra la importancia de comprender no solo los factores locales relacionados con la técnica quirúrgica, sino también las condiciones sistémicas e individuales que pueden influir en la reparación tisular.

A través del presente trabajo fue posible analizar los principales mecanismos etiopatogénicos, factores predisponentes, estrategias preventivas y alternativas terapéuticas relacionadas con esta patología, integrando la evidencia científica actual con la resolución clínica de un caso real. El caso presentado permitió observar cómo, aun realizando una técnica quirúrgica atraumática y siguiendo medidas preventivas, pueden desarrollarse complicaciones postoperatorias asociadas a múltiples factores biológicos e inflamatorios.

El abordaje terapéutico realizado permitió controlar la sintomatología dolorosa y favorecer la evolución clínica de la paciente mediante tratamiento local, controles periódicos y seguimiento postoperatorio. Del mismo modo, este caso resaltó la importancia de individualizar cada tratamiento según las características clínicas y

sistémicas del paciente, considerando que determinadas condiciones generales pueden modificar los procesos normales de cicatrización.

La prevención continúa siendo uno de los pilares fundamentales en el manejo de la alveolitis postextracción. La correcta planificación quirúrgica, el control de infecciones preexistentes, la educación del paciente y el seguimiento clínico adecuado permiten disminuir significativamente el riesgo de aparición de esta complicación y mejorar el pronóstico postoperatorio.

Finalmente, este trabajo permitió reforzar la importancia de combinar los conocimientos teóricos con la práctica clínica diaria, comprendiendo que el diagnóstico temprano y el manejo oportuno de las complicaciones postquirúrgicas resultan fundamentales para lograr una atención odontológica integral y de calidad.

Bibliografía

- Anampa Paucar, M. A., Onori Quispe, L. K., Mendoza Lupaca, G., Escobar Cabrera, N. A., Viveros Salas, L. L., Arias López, J. J., & Yanapa Vilca, S. (2022). Alveolitis dental: factores de riesgo. *Revista Odontológica Basadrina*, 6(1), 28–32.
- Blum, I. R. (2002). Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): A clinical appraisal of standardization, etiopathogenesis, and management: A critical review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 31(3), 309–317. <https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0263>
- Brignardello-Petersen, R. (2024). Chlorhexidine for prevention of alveolar osteitis after tooth extraction. *Evidence-Based Dentistry*, 25(1), 12–13. <https://doi.org/10.1038/s41432-024-00937-5>
- Deshpande, A. D., Dubey, V., Venkateshwar, G., Ponnamma, Maghu, S., & Rahman, S. (2024). Effectiveness of PRP in reduction of localized alveolitis in young adult patients. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 16(Suppl. 4), S3515–S3517. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1035_24
- García, M., et al. (2016). Alveolitis dental: factores de riesgo y tratamiento. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Kaya, G. Ş., Yapıcı, G., Savaş, Z., & Güngörmüş, M. (2011). Comparison of Alvogyl, SaliCept patch, and low-level laser therapy in the management of alveolar osteitis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(6), 1571–1577. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.11.027>
- Kolokythas, A., Olech, E., & Miloro, M. (2010). Alveolar osteitis: A comprehensive review of concepts and controversies. *International Journal of Dentistry*, 2010, 249073. <https://doi.org/10.1155/2010/249073>
- Ortega Fruto, E. A., Quiñonez Becerra, J. C., Serrano Vásquez, R. J., & Ochoa Armijos, J. M. (2019). Causas y consecuencias de la alveolitis seca en adultos mayores. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 3(3), 568–594.
- Pérez, Y., et al. (2023). Alveolitis postextracción: aspectos clínicos y terapéuticos. *Revista Médica Electrónica*.

- Tarakji, B., Saleh, L. A., Umair, A., Azzeghaiby, S. N., & Hanouneh, S. (2015). Systemic review of dry socket: Aetiology, treatment, and prevention. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(4), ZE10–ZE13.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12422.5840>

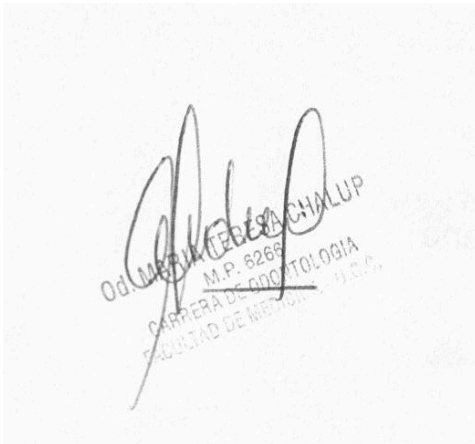
Anexo I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “Alveolitis postextracción: revisión bibliográfica y abordaje clínico de un caso.”

TUTOR: Altamirano Constanza.

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Maria Teresa Chalup.



Odontóloga MARI TERESA CHALUP
M.P. 8268
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FECHA: 2026

Anexo II

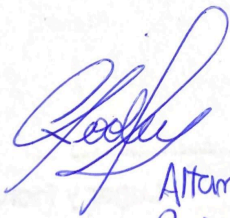
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Altamirano Constanza, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado
“Alveolitis postextracción: revisión bibliográfica y abordaje clínico de un caso”.

DECLARÓ que el trabajo presentado es original y elaborado por mi.



Altamirano
Constanza

Firma

Anexo III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 17 días del mes de Septiembre del año 2025 siendo las 15:00 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Alfonso Constante DNI N° 4340784 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Maria Elena Suarez DNI: 21023975

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografien las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe Maria Elena Suarez DNI N° 21023975
con domicilio en calle San Vicente Lopez # Plaza 3458 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Alfonso Constante

Firma del paciente: [Firma] Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: