



## INTRODUÇÃO

A alveolite é uma complicação pós-operatória que se caracteriza por dor ao redor da ferida cirúrgica, e ocorre a partir dos primeiros dias após a extração, devido à desintegração parcial ou total do coágulo alveolar. Histologicamente, o alvéolo apresenta remanescentes de coágulo e presença de neutrófilos e linfócitos. O objetivo deste trabalho é demonstrar o tema a ser abordado realizando uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e tratamentos das alveolites.

## MATÉRIAS E MÉTODOS

Para execução desta revisão de literatura foram coletados dados sobre alveolite, sua patogênese e tratamentos. A coleta foi feita através de acervo da biblioteca da Universidade Unisa Santo Amaro, do período 2008-2019. Foram selecionados artigos científicos encontrados na plataforma Google Acadêmico, Scielo, Pubmed, Bireme, utilizando os seguintes descritores: prevalência, complicações na exodontia e extração de dentes.

## REVISÃO LITERÁRIA DISCUTIDA

De acordo com (Marzola et al., 2008), a alveolite pode se apresentar de dois tipos; a alveolite seca e a purulenta. A seca ocorre devido à ausência do coágulo após a exodontia, causando dor intensa (figura 1), pois as terminações nervosas do alvéolo ficam expostas (figura 5). As possíveis causas é trauma excessivo durante a exodontia; falta de sutura ou sutura inadequada (figura 3); realização de bochechos nas primeiras 24 horas após a exodontia, e dentes fraturados durante a exodontia. Já na purulenta, o alvéolo apresenta-se com o coágulo em desarranjo ou presença de corpos estranhos, odor fétido, acompanhado de exsudato purulento (figura 4).

A incidência da alveolite é maior na mandíbula que na maxila, sendo até dez vezes mais frequente em molares inferiores que em molares superiores. Há pouca perfusão sanguínea existente na mandíbula, devido à sua densa cortical óssea, sendo este um dos fatores que pode levar a ocorrência da alveolite (Pereira et al., 2010). Essa doença está presente em 2% a 6% das extrações dentárias, sendo mais comum em exodontias isoladas e em alvéolos de molares inferiores. A faixa etária mais acometida é de 30 a 40 anos, com leve predileção pelo sexo feminino (Simões et al., 2014).

A irrigação alveolar após a extração com quantidades variadas de soro fisiológico revelou que o aumento da quantidade de soro fisiológico (25, 175 e 350 mL) progressivamente diminui a incidência de alveolite (10,9, 5,7 e 3,2%, respectivamente) (Pereira, 2010). Outra forma de tratamento é aplicação de laser de baixa intensidade no alveolo e na região acometida pela infecção (figura 2) (Kolokyts et al., 2010).



Fig.1: Foto ilustrativa de dor intensa (www.institutobarbosa.com.br)



Fig.2: imagem ilustrativa do tratamento a laser no alvéolo (www.gramha.com/explore-hashtag/alveolite)

O diagnóstico da alveolite é feito geralmente após 24 ou 48 horas com dor severa, depois da exodontia, ausência de coágulo intra alveolar, paredes do alvéolo clara e bastante sensível a toque, halitose e trismo (PORTELA et al., 2014)



Fig.3: Foto de paciente com alveolite seca. Nota-se alvéolo sem preenchimento de coágulo e suturas inadequadas. (www.malthus.com.br)



Fig. 4: Foto demonstrando aspecto purulento e necrótico na região alveolar com suturas mal posicionadas. (www.gramha.com)

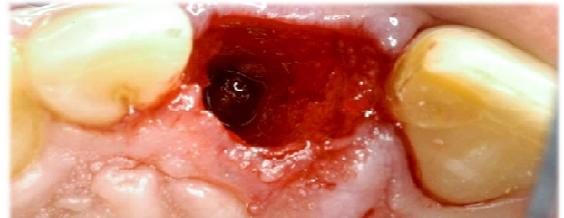


Fig.5: Foto demonstrando uma alveolite seca, nota-se alvéolo sem preenchimento de coágulo e sem suturas (www.biagiodidino.it)

## CONCLUSÃO

A alveolite é caracterizada como um processo inflamatório, consequente do trauma originado na cirurgia, resultando em um estado infeccioso oriunda de diversos fatores, desde endógenos do paciente e o descuido nas regras de biossegurança. Dessa forma uma anamnese detalhada, bem como a realização de boas práticas cirúrgicas, às condições de assepsia, e técnica cirúrgica o mais traumática e delicada possível, sob condições de irrigação favoráveis são muito importantes para reduzir incidência de alveolite. Ainda reforça-se, sobre a necessidade de um controle do tabagismo e outros hábitos que sejam nocivos à formação do coágulo, bem como evitar deve ser uma preocupação a prevenção. Assim, é cada vez mais fundamental que os profissionais estejam informados, cientes dos métodos de diagnósticos e tratamentos, para lidar da melhor forma com esta condição.

## REFERÊNCIAS

- ADEYEMO, W. Etiology of dry socket: additional factors. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 62, n. 1, p. 519- 20, jan., 2004.  
ALEXANDER, M. Clinical concept of dry socket. *Journal of oral and maxillo facial surgery.*, v. 33, n. 1, p. 612-702, 2000.  
ANTONIA KOLOKYTHAS, ELIZA OLECH, MICHAEL MILORO. Osteíte alveolar: revisão abrangente e controversias. *IntJ Dent v.* 73, n. 1, p. 210-249, 2010.  
AZZEGHAI BY, SALEH NASSER, HANOUNEH, SALAH. Systemic Review of Dry Socket; Aetiology, Treatment and Prevention. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* v. 9, n. 4, 2015.  
MARZOLA, C. Fundamentos de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. São Paulo: Ed. BigForms, 2008.  
PEREIRA, ANDREA RAQUEL HENRIQUES. Dissertação de Mestrado: Complicações infecciosas pós-extração dentária. Faculdade de Medicina Dentária Universidade do Porto. Porto, 2010.  
PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, TUCKER MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 1998  
SIMÕES, TIAGO JOÃO FERREIRA DOS SANTOS CORREIA. Avaliação da distribuição relativa e fatores de risco da alveolite na cirurgia oral da clínica dentária da Universidade da UCP. Dissertação de Mestrado. Disponível em: 2014 <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15295>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

## TITULAÇÕES DOS AUTORES

- (1) Aluna do curso de odontologia UNISA.
- (2) Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial HCFMUSP /Doutorando em Ciências Médicas HCFMUSP.
- (3) Docente da Disciplina de CTBMF- Odontologia UNISA/ Docente da Residente Uniprofissional CTBMF e PNE / Mestre e Doutoranda pela Faculdade de Medicina da USP/ Cirurgiã Bucomaxilofacial da Prefeitura de Poá / Tenente Dentista da Reserva do Hospital da Aeronáutica de São Paulo.