

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Univ. Juan Gabriel Choque Yapuchura.⁵

RESUMEN.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que dificulta el tratamiento odontológico, para lo cual debemos tomar en cuenta las características de la misma sobre todo en la cavidad oral para poder reconocerla y tomar las medidas necesarias para tratar a dicho paciente portador de la enfermedad, considerando su historia médica previa y sobre todo la opinión del médico que está tratando a dicho paciente la Diabetes.

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina. Afecta a unos 150 millones de personas en todo el mundo. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. También puede producir alteraciones en el embarazo. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones. La tipo 1, o diabetes mellitus insulino-dependiente, denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes y se cree producida por un mecanismo autoinmune.

ETIOPATOGENIA.

La Diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples; el páncreas humano segrega una hormona denominada insulina que facilita la

entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía. En un diabético, hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas, o una alteración de los receptores de insulina de las células, dificultando el paso de glucosa, de este modo aumenta la concentración de glucosa en la sangre y ésta se excreta en la orina. En los diabéticos tipo 1, hay disminución o una ausencia de la producción de insulina por el páncreas.

La diabetes tipo 1 tiene muy mal pronóstico si no se prescribe el tratamiento adecuado. El paciente padece polidipsia, pérdida de peso, y astenia.

Debido al fallo de la fuente principal de energía que es la glucosa, el organismo empieza a utilizar las reservas de grasa, esto produce un aumento de los llamados cuerpos cetónicos en la sangre, cuyo pH se torna ácido interfiriendo con la respiración.

En las dos formas de diabetes, la presencia de niveles de azúcar elevados en la sangre durante muchos años es responsable de lesiones en el riñón, alteraciones de la vista producidas por la ruptura de pequeños vasos en el interior de los ojos, alteraciones circulatorias en las extremidades que pueden producir pérdida de sensibilidad y, en ocasiones, necrosis (que puede precisar amputación de la extremidad), y alteraciones sensitivas por lesiones del sistema nervioso. Los diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes vasculares cerebrales.

CUADRO CLÍNICO.

Las manifestaciones clínicas y la sintomatología bucal de la diabetes, pueden variar desde un grado mínimo hasta uno más grave, y dependen: del tipo de alteración hiperglicémica

⁵ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

existente, de un control o tratamiento, hasta del tiempo de aparición de la enfermedad.

Las manifestaciones bucales de los pacientes diabéticos diagnosticados, incluyen un espectro completo de alteraciones.

Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas, aliento cetónico o diabético, y alteraciones de la curación de las heridas.

En el caso de pacientes diabéticos no controlados, la presencia de poliuria puede agravar las dificultades de formación salival por falta de agua, que se pierde por vía renal.

Esta xerostomía produce irritación de las mucosas, por ausencia del efecto lubricante de las mucinas salivales, lo que trae como consecuencia directa la aparición de queilitis angular y fisuramiento lingual.

Otra de las consecuencias de la hiposalivación, es la pérdida del efecto mecánico de barrido microbiano y de residuos alimenticios por parte del flujo salival constante, lo que se traduce en un aumento de la población microbiana bucal y con un mayor riesgo de aparición de infecciones de distinta índole.

De forma secundaria a la xerostomía, puede observarse un aumento de la actividad de caries, principalmente en la región cervical dental. La hiposalivación además, dificulta la formación del bolo alimenticio, y la captación de los sabores, ya que es el vehículo de diluyentes para que lleguen y penetren las sustancias saborizantes a las papilas gustativas.

La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la

acumulación de placa dental, suele ser acentuada, produciéndose una encía hiperplásica y eritematosa.

Estos cambios gingivo-periodontales en un paciente diabético, revelan histológicamente una disminución de la respuesta vascular a la irritación (producida por el acumulo de la placa dental), dificultad en la respuesta por parte de las células inflamatorias, y engrosamiento de la lámina basal de los microvasos gingivales, lo que a su vez afecta la permeabilidad de estos vasos, disminuyendo así la resistencia a las infecciones.

Los pacientes diabéticos no controlados presentan hallazgos periodontales, como lo son: la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes. Esta relación entre diabetes y enfermedad periodontal ha sido ampliamente estudiada.

La Diabetes es un factor predisponente capaz de reducir la resistencia de los tejidos periodontales a la actividad microbiana y en contraste, también se ha encontrado que la presencia de infecciones periodontales pueden interferir con la regulación de los niveles de glucosa en sangre.

La alteración en la regeneración tisular y el aumento a la susceptibilidad de infecciones, son producidas por procesos como: disminución de la actividad fagocítica, reducción de la diapédesis, retraso de la quimiotaxis, cambios vasculares que conducen a la reducción del flujo sanguíneo y alteración de la producción de colágeno.

En cuanto a la regeneración de tejidos, estos pueden verse afectados por la mala difusión de elementos estructurales como los aminoácidos, que se necesitan para la producción de colágeno y de sustancias glucoproteicas intercelulares, requeridas para el restablecimiento del tejido dañado. La alteración de la quimiotaxis en un paciente diabético no controlado, puede causar un aumento de la susceptibilidad de infecciones y podría facilitar el desarrollo de enfermedad periodontal; ello unido al compromiso del sistema inmunitario y al uso prolongado de antibióticos como las tetraciclinas da paso a la instalación de infecciones oportunistas producidas por *Cándida albicans*, así como por otras especies del Género *Cándida*. El aliento cetónico, es otra de las características bucales propia de los pacientes diabéticos que se manifiesta cuando los cetoácidos del metabolismo lipídico se elevan en sangre de manera importante.

CONSIDERACIONES PARA DAR TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO A UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 1

ANTES DE REALIZAR EL TRATAMIENTO.

1. Es importante para el clínico realizar una buena historia clínica y evaluar el control glicémico en la primera cita. Se debería preguntar al paciente acerca de sus recientes niveles de glucosa y la frecuencia de los episodios de hipoglicemia.
2. Fármacos como Epinefrina, corticoesteroides, tiazidas, anticonceptivos orales, fenitoína, productos tiroideos, y drogas que bloquean los canales de calcio, tienen efectos hiperglicemiantes, pacientes que vayan a someterse a procedimientos quirúrgicos pueden requerir ajuste de las dosis de insulina o del régimen de las

drogas antidiabéticas orales, y para ello el Odontólogo debería consultar con el médico tratante del paciente.

3. Las citas en la mañana son recomendables, ya que los niveles endógenos de cortisol son generalmente más altos en este horario (el cortisol incrementa los niveles de azúcar en sangre).
4. En el caso de ser insulino-dependiente debemos tener en cuenta el tipo de insulina prescrita y la frecuencia de su aplicación (es necesario leer las especificaciones del laboratorio o fabricante, y en caso de duda, solicitar un informe al médico tratante); ya que existen picos de alta actividad insulínica, durante los cuales es preferible no efectuar ningún tratamiento odontológico. La insulina más frecuentemente utilizada es la de acción intermedia, que se hace activa aproximadamente a las 2 horas después de la inyección, y alcanza el pico de actividad máxima entre 8 a 12 horas y se administra en una única dosis por la mañana, por lo tanto, en estos pacientes es aconsejable que los tratamientos sean matinales, ya que por la tarde el nivel de glucosa en sangre es baja, y la actividad de la insulina alta, y el riesgo de presentarse reacciones hipoglicémicas es más alto.
5. Es importante para el Odontólogo asegurarse de que el paciente haya comido normalmente y aplicado o tomado su medicación usual, si el paciente no se desayunó antes de su cita odontológica, pero si se aplicó su dosis normal de insulina, el riesgo de un episodio hipoglicémico está incrementado.
6. La presencia de un proceso infeccioso bucal puede alterar el equilibrio glucémico del paciente y descompensar la DM, por lo que se deberá aumentar la dosis de insulina hasta lograr una

perfecta normalización de la glicemia, y una vez logrado esto, podrá realizarse el tratamiento odontológico.

7. Monitorear los niveles de glucosa en sangre, si la glicemia del paciente llegó a más de 120 para el día de la consulta, cancelarla y reprogramarla consultando con su médico tratante, ya que un episodio hipoglicémico sería inevitable.
8. Si el operador sospecha que el paciente está experimentando un episodio hipoglicémico, primero debe confirmar éste, con un equipo para monitoreo rápido de la concentración de glucosa antes de suministrarla, en caso de confirmarse el cuadro de hipoglicemia, debería terminar el tratamiento odontológico e inmediatamente administrar la regla "15-15": administrar 15 gramos de carbohidratos por vía oral, de acción rápida, cada 15 minutos hasta llegar a los niveles normales de azúcar en sangre.
9. Si el paciente no está controlado, no debe realizarse el tratamiento odontológico.

Después del tratamiento:

Pacientes con diabetes pobremente controlados están bajo un gran riesgo de desarrollar infecciones y pueden manifestar retardo en la curación de las heridas, las infecciones agudas pueden afectar desfavorablemente la resistencia a la insulina y el control de la glicemia, lo cual a su vez puede alejar e influir en la capacidad de curación del organismo. Por lo tanto, puede ser necesario el tratamiento con antibióticos para las infecciones bucales abiertas o para aquellos pacientes a quienes se les están realizando procedimientos quirúrgicos extensos.

1. Debe tratarse el dolor con analgésicos y pulpotomía si está indicada.

2. Salicilatos y otros AINEs por su competencia con los hipoglicemiantes orales por las proteínas plasmáticas, necesitan una indicación muy precisa.
3. El analgésico a indicar en un paciente diabético es: Paracetamol, o Paracetamol + codeína.
4. El control del dolor en el paciente diabético es muy importante, ya que se ha comprobado que en todas las personas el stress agudo aumenta la liberación de adrenalina y la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de insulina.
5. Dado que en estos pacientes el riesgo de infección está considerablemente aumentado y que además la cicatrización de la mucosa bucal está retardada, es aconsejable la profilaxis antibiótica en los tratamientos que comprometan algún riesgo quirúrgico.
6. No se les debe colocar anestésicos locales con vasoconstrictor a pacientes con diabetes, a menos que tengan que realizarse cirugías mayores como exodoncias y endodoncias, entre otros. En esos casos podría colocarse un anestésico local con vasoconstrictor a bajas concentraciones.

BIBLIOGRAFÍA.

1. -Acta odontológica venezolana / consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus/ v. 41 nº 1 / 2003 págs. 9-10
2. -Acta odontológica venezolana / manifestaciones bucales de la diabetes mellitus gestacional/ v. 40 nº 2 / 2002
3. The diabetes control and complications trial / epidemiology of diabetes interventions and complication nejm, volume 356 may 3, 2007 number 18:1842-1852.