

PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO

INTRODUCCIÓN

La diabetes sacarina o diabetes mellitus es un enfermedad endocrina caracterizada por una hiperglucemia crónica y anomalías metabólicas de los carbohidratos y de los lípidos, debida a un déficit de insulina pancreática, bien absoluta (diabetes de tipo I, insulino-dependiente) o relativa (diabetes de tipo II o no insulino-dependiente).

Entre sus complicaciones tardías destacan las siguientes:

- (i) Vasculares: Microangiopatía diabética, que aumenta el riesgo de angina de pecho, infarto de miocardio, isquemia cerebral, claudicación intermitente y gangrena.
- (ii) Oftalmológicas: Retinopatía, con ceguera progresiva
- (iii) Renales: nefropatía e insuficiencia renal.
- (iv) Neurológicas: Polineuropatía periférica
- (v) Otras: Infecciones recurrentes y cicatrización retardada.

Gran parte de estas complicaciones dificultan la atención odontológica del paciente diabético, aparte de predisponer a determinados padecimientos bucodentales (que pueden ser unos de los primeros indicios diagnósticos), a experimentar complicaciones terapéuticas y a ensombrecer el pronóstico de los tratamientos odontológicos. De ahí el interés de revisar el papel del dentista en la atención no solo dental, sino integral, del paciente diabético.

Clasificación:

La National Diabetes Data Group clasifica las diabetes en:

I. DIABETES PRIMARIAS

a. Tipo I: Diabetes insulín dependiente (DMID)

- Predominante en niños y jóvenes.
- Se inicia bruscamente.
- Propensión a la Cetoacidosis (elevación de cuerpos cetónicos en sangre y orina)
- Autoanticuerpos y destrucción de las células β del Páncreas

b. Tipo II: Diabetes no Insulinodependiente (DMNID):

1. En no obesos
 2. En obesos
 3. Diabetes juvenil en inicio de la madurez
- Afecta a pacientes de mayor edad, generalmente a partir de los 40 años (diabetes del adulto o senil)
 - Son factores desencadenantes la sobrealimentación y la vida sedentaria (es una enfermedad del bienestar).
 - Tiene un Inicio gradual, lento

II. DIABETES SECUNDARIAS

- a. Enfermedad pancreática
- b. Enfermedad Endocrina (Síndrome de Cushing, acromegalia, feocromocitoma)
- c. Inducida por Fármacos (diuréticos, fenotiacinas, catecolaminas, isoniácidas)
- d. Gestacional
- e. Síndromes genéticos
- f. Otros (destaca el alcohol entre los agentes destructores del tejido hepático)

III. DETERIORO DE LA INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

- Valores de glucosa intermedios entre los normales y los patológicos.
- Hllazgo casual y no manifestaciones clínicas.

Diagnóstico

1. Hemática: *Hiperglucemia*:

- Superior a 140 mg/dl
- Prueba de tolerancia a la Glucosa: Concentraciones de 200 mg/dl o superiores dos horas después de la toma de 75 grs. de glucosa por vía oral. (esta prueba da falsos positivos)

2. Urinaria: *Glucosuria*

- Los valores deben ser considerados con cautela.

3. *Pruebas con tiras de papel.*

- Punción digital, y contacto directo de la sangre con la tira (se puede realizar fácilmente en las consultas)
- Sirve para un diagnóstico de sospecha y para evaluar el estado ante un tratamiento odontológico.

4. *Hemoglobina A 1c*

- A mayor Glucemia, mayor concentración de A 1c en Hb.

5. *Semiología*

- Hiperglucemia leve: poliuria, polidipsia y polifagia
- Cetoacidosis: pH plasmático bajo con hiperglucemia y acetona y glucosa en orina. Se puede valorar por la cantidad de bicarbonato en sangre, que en el coma diabético llega a no detectarse en sangre.
- Tipo I: Inicio súbito, pérdida de peso, valores de Insulina muy bajos o no detectables y aumento de concentración de glucagon.
- Tipo II: Edad avanzada, obesos, inicio gradual, valores de insulina normales, y manifestaciones adicionales (alteraciones vasculares, ceguera progresiva,

aterosclerosis coronariopatías, claudicación intermitente, gangrena de pies, nefropatía e insuficiencia renal, neuropatía diabética periférica –entumecimiento, dolor y disestesias- y vegetativa –disfagia, enlentecimiento del vaciado de estómago, estreñimiento, etc-)

Diagnóstico diferencial entre coma diabético y coma hipoglucémico

1. **Coma diabético** (Causado por infección, deshidratación, esteroides exógenos, trastornos emocionales, no administración de la dosis adecuada de insulina)
 - Instauración lenta y progresiva
2. **Coma hipoglucémico** (Causada por dosis altas de insulina, disminución de la ingesta de alimentos, aumento del ejercicio físico)
 - Instauración rápida
 - Glucosa muy baja (< 40 mg/dl), sin acetona ni glucosa en orina
 - Cursa con ansiedad, sudoración, hambre, diplopia, convulsiones, palpitaciones

Importante:

El presente Protocolo Clínico Aceptado por el Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, titulado "PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO" sólo persigue un fin informativo y tiene carácter meramente orientativo, por lo que su aplicación es voluntaria, al mejor criterio del facultativo, que es, finalmente, el responsable de sus actuaciones, especialmente ante la imposibilidad de sistematizar todos los casos particulares que resultan de la variabilidad biológica.

Codificación:

Los contenidos destacados en cursiva corresponden a instrumentos y actos considerados inexcusables en un ejercicio profesional conforme a la "lex artis".

El resto de los contenidos, que no es exhaustivo en cuanto a posibilidades específicas, tendría carácter opcional, a criterio del facultativo, según las circunstancias particulares de cada caso.

PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO

CONCEPTO	CONTENIDOS
Historial:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En la anamnesis de la historia clínica, recoger la existencia de antecedentes de</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Diabetes tipo I.</i> ○ <i>Diabetes tipo II.</i> ○ <i>Coma diabético.</i> ○ <i>Coma hipoglucémico.</i>
Misiones del dentista en pacientes que desconocen su patología	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Despistaje de la diabetes en aquellos pacientes que desconoce tener tal patología y consultan por patología odontológica sugerente:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sequedad de boca</i> ○ <i>Enfermedad Periodontal</i> ○ <i>Abscesos Periodontales Cicatrización retardada</i> • mediante la atención constante a la semiología de enfermedad: • Síntomas cardinales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polidipsia ○ Poliuria ○ Polifagia ○ Pérdida de peso ○ Debilidad general • Hallazgos clínicos sistémicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obesidad en pacientes de más de 40 años con antecedentes familiares de diabetes sacarina ○ Irritabilidad

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infecciones cutáneas ○ Visión borrosa ○ Parestesias • Antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mujeres que hayan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dado a luz a prematuros o a niños de peso elevado ▪ tenido abortos múltiples espontáneos. ○ <i>Prevención y tratamiento de las complicaciones bucales.</i> ○ <i>Proporcionar tratamiento odontológico adecuado.</i>
<p><i>Deber del dentista con los pacientes ya diagnosticados de diabetes sacarina o mellitus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mantener una Historia clínica con información completa sobre:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento farmacológico: dosis, tipo y administración de Insulina. ○ Frecuencia de complicaciones agudas (coma). ○ Complicaciones crónicas sistémicas (Ojos, Riñón, Sistema Nervioso). • <i>Si el control metabólico es deficiente y se necesita anestesia general o se proyecta una intervención importante, el paciente debe ser Hospitalizado.</i>
<p><i>Complicaciones orales frecuentes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acúmulo de placa bacteriana • Periodontitis y - Abscesos periodontales • Hiperplasia gingiva: Granuloma Piogénico • Xerostomía: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mayor susceptibilidad a la caries

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Síndrome de boca ardiente. • Parotiditis crónica, bilateral y asintomática. • Odontalgia atípica, por microangiopatía intrapulpar. • Alveolitis seca postextracción • Cicatrización retardada post-extracción o cirugía. • Úlceras orales persistentes • Candidiasis • Queilitis angular. • Estomatitis protética • Halitosis, con olor típico a acetona. • Glositis Romboidal media. • Liquen plano • Reacciones Liquenoides (Síndrome de Grinspan)
<p>Tratamiento farmacológico de las complicaciones orales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y prevención de infecciones bacterianas: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Antibióticos de elección: Penicilinas</i> • Tratamiento de las Infecciones micóticas <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Antifúngicos convencionales.</i> • Situaciones de estrés. <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Ambiente relajante.</i> ○ <i>Evitar maniobras dolorosas.</i> ○ <i>Si fuese necesario: ansiolíticos.</i>
<p>Atenciones especiales con el paciente diabético:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Recomendarle que durante el periodo de tratamiento odontológico siga su régimen de vida habitual.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Preferiblemente, atenderle en citas breves y por la mañana • En diabéticos frágiles, hacer pruebas de orina para acetona y glucosa el día del tratamiento • <i>Tener a su disposición bebidas con glucosa</i> • <i>Durante el tratamiento de los diabéticos de tipo1, estar atentos a su mayor probabilidad de desequilibrio de la glucosa.</i> • <i>Después del tratamiento darles las pautas necesarias para que siga con su dieta y tratamiento.</i>
<p>Actuaciones odontológico de carácter profiláctico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promover una higiene dental muy esmerada</i> • <i>Realizar un seguimiento odontológico periódico</i> • <i>Tratar las caries incipientes</i> • <i>Controlar estrechamente la Enfermedad periodontal..</i> • <i>Legrar los alveolos</i> • <i>Minimizar trauma yatrogénico de mucosa y músculo</i>
<p>Precauciones específicas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar anestésicos locales sin adrenalina. • Profilaxis antibiótica. • Realizar suturas post-extracción, para favorecer hemostasia. • En tratamientos de urgencia, evitar procedimientos complicados. • Antes de anestesia general solicitar informe a su médico