

870122
24/66

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO CON DIABETES
EN EL CONSULTORIO DENTAL.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

TERESA DE LA MORA GLASKER

Asesor: DR. RODOLFO ROMERO LUNA

GUADALAJARA, JALISCO. 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pags.
INTRODUCCION	
CAPITULO I GENERALIDADES DE LA DIABETES MELLITUS.	
A) CONCEPTO DE DIABETES.....	3
DIABETES EN EL ANCIANO.....	4
B) INCIDENCIA.....	5
C) SINTOMATOLOGIA.....	7
D) COMPLICACIONES DE LA DIABETES DURANTE LA SENECTUD.....	9
CAPITULO II ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE GERIATRICO DIABETICO.....	16
CAPITULO III ATENCION DEL PACIENTE EN EL CONSUL- TORIO DENTAL.	
A) MANIFESTACIONES BUCALES.....	21
B) TRATAMIENTOS MAS COMUNES EN EL PA- CIENTE GERIATRICO DIABETICO.	24
C) DIAGNOSTICO DE LA DIABETES POR EL ODONTOLOGO.	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en el hombre. Se calcula que existen aproximadamente 200 millones de casos diagnosticados en el mundo, lo que equivale al 2% de la población.

Su importancia médico social es muy grande, tanto por la mortalidad que provoca como por su carácter incapacitante.

El incremento general de la longevidad y la mayor sobrevivencia de los enfermos beneficiados por tratamientos más eficaces, hacen que la frecuencia de la Diabetes sea cada vez mayor.

Teniendo presente que la diabetes es una de las enfermedades que presenta mayor alteración en los tejidos orales y la importancia que tiene el odontólogo para colaborar en el diagnóstico de ésta enfermedad, me inclino a realizar esta investigación basándome en datos obtenidos en libros y en la experiencia adquirida durante mi Servicio Social en el Centro Jalisciense de Atención Integral al Anciano (CJAIA), dependiente de DIF JAL.

En el C.J.A.I.A. de cada 100 pacientes que se atienden,

se detectan un promedio de 20 pacientes con este padecimiento, lo que corresponde a un 20% de la población demandante de servicio médico.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES DE LA DIABETES MELLITUS

A) CONCEPTO DE DIABETES.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica ocasionada por desequilibrios hormonales debido a una degeneración de los islotes de Langerhans en el páncreas.

Es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono producido por una deficiencia relativa o absoluta de insulina.

Existen datos de que este trastorno crónico caracterizado por hiperglucemia, glucosuria y alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas puede ser debido a distintas causas:

1. Por deficiencia insulínica.
2. Destrucción del páncreas, por pancreatitis aguda ó crónica.
3. Carcinoma de páncreas.

Dando como resultado obliteración del tejido insular y así mismo Diabetes Mellitus.

Dentro de la fisiología del páncreas encontramos dos

tipos de tejido: uno de ellos está formado por acinos que secretan jugos digestivos para el intestino. El otro consiste en los islotes de Langerhans, que secretan insulina directamente en los líquidos corporales.

El mecanismo básico de la acción insulínica consiste en aumentar el transporte de glucosa por la membrana celular. Cuando falta insulina se acumula glucosa en la sangre en lugar de entrar en las células.

DIABETES EN EL ANCIANO.

Enfermedad que se origina por primera vez después de los 65 años y se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a insuficiente asimilación celular de glucosa.

La diabetes del anciano representa el 40% de la población diabética.

La diabetes de la senectud combina a dos grupos de diabéticos: aquellos cuya diabetes apareció después de los 65 años y aquellos que ya eran diabéticos antes de los 65 años y que han sobrevivido a la senectud.

B) INCIDENCIA.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que tiene una distribución mundial. Es una de las enfermedades más frecuentes en el hombre. En los EUA se estima que hay aproximadamente 5 millones de diabéticos comprobados.

Se calcula que existe diagnosticada en el 2% de la población y en otro 2% existe sin diagnóstico.

La diabetes de la senectud es más frecuente que en la población general, representa el 40% de la población diabética.

El riesgo de diabetes es igual para ambos sexos hasta ya entrada la edad, es notablemente mayor en mujeres una vez que se ha llegado a la senectud.

A menos que se encuentre una cura o medida preventiva para la diabetes, esta cantidad continuará aumentando por las siguientes razones:

1. La población crece y se hace más vieja.
2. La vida esperada para los diabéticos tratados aumenta continuamente.
3. Puesto que más diabéticos viven lo suficiente como para tener hijos, un número mayor de ellos heredará

el gen diabético.

4.La obesidad, que parece precipitar la diabetes entre las personas predispuestas, también va en aumento.

5.Los medios para detectar el padecimiento se han generalizado.

En consecuencia prácticamente todos los odontólogos tendrán que tratar pacientes diabéticos.

C) SINTOMATOLOGIA.

Los signos característicos de la diabetes son: poliuria, polidipsia y polifagia. El paciente sufre poliuria por el escape de glucosa hacia la orina, polidipsia por la deshidratación y polifagia por la desnutrición de las células al no poder absorber glucosa.

El diabético adulto no diagnosticado presenta un gran reto al médico, ya que los síntomas diabéticos son mínimos o no existen y el paciente no recurre al médico.

La principal molestia es una pérdida moderada de peso, suele haber nicturia, prurito vulvar, visión borrosa. Además hay fatiga y anemia a causa de la nefropatía diabética.

La neuropatía diabética se manifiesta con parestesias, pérdida de sensación, impotencia, diarrea nocturna, hipotensión postural o vejiga neurógena.

En el anciano, la polidipsia es menos observable debido al aumento estable del umbral a la glucosa en el riñón, como resultado de la edad y la nefropatía diabética previene o disminuye la glucosuria y por lo tanto la poliuria.

La ausencia de polidipsia y a menudo de glucosuria congtituye una de las trampas del diagnóstico para el médico.

Con cierta frecuencia el paciente se presenta con una

úlceras o gangrena de los pies o tobillos, que a la exploración es indoloro y sin pulso.

Otros síntomas comunes son trastornos cutáneos, como prurito local o generalizado, ántrax y entumecimiento y hormigueo de las extremidades.

Es aconsejable efectuar pruebas a personas que presentan predisposición a la enfermedad, ellos son:

- 1) Los parientes de diabéticos conocidos, entre los cuales la diabetes es dos y media veces más frecuente, que entre la población general.
- 2) Las personas obesas, puesto que el 85% de los diabéticos son o fueron en algún tiempo, individuos con exceso de peso.
- 3) Las personas de edad avanzada, ya que cuatro de cada cinco diabéticos tienen más de 45 años de edad.
- 4) Las madres que dan a luz bebés muy grandes.

D) COMPLICACIONES DE LA DIABETES DURANTE LA SENECTUD.

SISTEMA VASCULAR: La diabetes se cobra tributo importante en el sistema vascular. En el curso de 10 a 15 años de padecer la enfermedad, la mayoría de los diabéticos habrán presentado complicaciones vasculares importantes. Alrededor del 80% de los diabéticos mueren por alguna forma de enfermedad cardiovascular.

Son atacados vasos de todos los calibres, desde la aorta hasta las arterias mas pequeñas y capilares. La aorta y las arterias de calibre grande y mediano experimentan arterioesclerosis.

La enfermedad arterial periférica coronaria y cerebral es la principal causa de muerte prematura en diabéticos. Se desconoce la razón de mayor susceptibilidad para ateromas e hipertensión. Con frecuencia aparecen angina de pecho e infarto al miocardio.

El infarto miocárdico causado por arterioesclerosis coronaria es la causa más frecuente de muerte en diabéticos. La tasa de mortalidad de éste es el doble que en pacientes no diabéticos.

La gangrena de las extremidades inferiores consecutivamente a enfermedad vascular avanzada es aproximadamente 100

veces más frecuente en diabéticos que en la población general.

Las arterias renales de grueso calibre también experimentan arterioesclerosis grave, pero el efecto más lesivo sobre los riñones es a nivel de los glomérulos y la microcirculación.

Se han enunciado varias hipótesis para explicar la arterioesclerosis en el diabético:

1. El diabético presenta aumento de lípidos sanguíneos, que se ha comprobado predisponen a arterioesclerosis.
2. Se ha visto concentración baja de LDA "Molécula protectora" contra la arterioesclerosis.
3. La hiperglucemia puede ser perjudicial para la túnica íntima predisponiendo a la arterioesclerosis.
4. Las plaquetas participan en la patogenia de la arterioesclerosis.
5. La hipertensión, es muy frecuente en diabéticos y se ha comprobado que es factor de riesgo para la arterioesclerosis.

RIÑONES: Los riñones son blanco destacado en la diabetes

tes. La insuficiencia renal solo cede el lugar al infarto miocárdico como causa de muerte por este padecimiento.

Se observan cuatro tipo de lesiones, que reciben el nombre de nefropatía diabética, incluyen las siguientes:

1. Lesiones glomerulaes.
2. Lesiones vasculares renales, principalmente arteriosclerosis.
3. Pielonefritis, que incluye papilitis necrosante.
4. Depósitos de glucógeno en el epitelio tubular.

OJOS: El trastorno visual, a veces incluso la ceguera completa, es una de las consecuencias más temidas de la diabetes duradera.

El ataque ocular puede presentarse en forma de retinopatía cataratas o glaucoma.

La retinopatía se presenta en cerca del 80% de los pacientes después de 15 a 20 años de padecer la enfermedad. Es la causa más común de ceguera entre los 30 y 64 años.

La retinopatía diabética, se caracteriza por la presencia de capilares dilatados, microaneurismas, exudados algotnosos y hemorragias, que causan ceguera en gran número de enfermos.

SISTEMA NERVIOSO: El cuadro más frecuente de ataque consiste en neuropatía periférica simétrica de extremidades inferiores, que afecta la función motora y sensitiva, particularmente esta última.

Se presenta con parestesias de manos y pies.

Puede acompañarse de neuropatía visceral, que produce trastornos de la función intestinal y vesical y a veces impotencia. La neuropatía suele guardar relación con diabetes mal controlada.

CEREBRO: Al igual que el resto de la economía experimenta microangiopatía. Estas lesiones pueden originar degeneración neuronal generalizada. Además, hay algo de predisposición a los accidentes cerebrovasculares y las hemorragias cerebrales, lo cual quizá guarde relación con la hipertensión tan frecuente en los diabéticos.

Además, debe recordarse que la hipoglucemia y la cetoacidosis pueden dañar las células del cerebro.

INFECCIONES: Los diabéticos tienen aumento de la susceptibilidad a las infecciones como tuberculosis, neumonía, pielonefritis e infecciones dérmicas.

No se ha comprobado la base de la susceptibilidad a las

infecciones pero hay trastornos de los mecanismos contra la invasión bacteriana, de la índole de la fagocitosis, por lo cual las infecciones tienden a ser graves. Estas infecciones causan la muerte al 5% de los pacientes aproximadamente.

COMA DIABETICO: (Cetoacidosis) Se debe a la carencia de insulina, y existe por esa causa un aumento de la glucosa circulante al reducirse su captación por los tejidos. La causa más común es la omisión de la insulina. Otras causas comunes son las infecciones y los infartos al miocardio.

Era la causa más frecuente de muerte en la era preinsulínica.

Se manifiesta con: sofocación, aliento cetónico, ceto-nuria, poliuria que lleva a la deshidratación con pérdida de agua y electrolitos. La deshidratación produce hipovolemia con hipotensión arterial, hiperglucemia de más de 500 mg/100 ml, pulso rápido, colapso y luego oliguria y anuria. También hay pérdida de la conciencia progresiva, náuseas, vómito. Más tarde comienzan las alteraciones respiratorias por descenso del ph sanguíneo "Respiración de Kussmaul". Al tacto, las extremidades dan sensación de frío y los globos oculares son blandos.

Finalmente se instala el coma diabético y si no es tratado adecuadamente produce la muerte del enfermo.

CHOQUE INSULÍNICO: Se debe a una glucosa sanguínea muy baja, por la aplicación de una dosis excesiva de insulina, retardo en la ingestión de alimentos o exceso de actividad física.

El enfermo está nervioso, débil, con cefalea y pérdida de la sensibilidad de las extremidades, la piel está húmeda. Son frecuentes las parestesias de la lengua, mucosa bucal, o labios. A veces hay sacudidas musculares, confusión mental y pérdida de la conciencia. Las pupilas suelen estar dilatadas.

Si existen dudas acerca de si el paciente está en coma diabético o en hipoglucemia, puede administrarse sin peligro 50 ml de glucosa al 50 por 100. Como la hipoglucemia produce rápidamente lesiones cerebrales, no debe esperarse más de 5 minutos antes de iniciar un tratamiento.

Se puede evitar esta complicación si el dentista hace una buena historia clínica del enfermo diabético en cada cita, para establecer si el paciente ha tomado su dosis habitual de insulina o de hipoglucemiante por vía bucal y ha ingerido bastantes calorías cuyo metabolismo corresponda a la in-

ulina o al agente administrado.

CAUSAS DE MUERTE EN EL DIABETICO: Las causas de muerte en orden decreciente de frecuencia son; infarto miocárdico, insuficiencia renal, enfermedad cerebro-vascular, cardiopatía arterioesclerótica e infecciones seguidas de mayor número de complicaciones en el diabético que en el no diabético. Por fortuna la cetoacidosis e hipoglucemia son causas poco frecuentes de muerte en la actualidad.

C A P I T U L O I I

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON DIABETES.

La Diabetes Mellitus da origen a problemas psicológicos que pueden agruparse en tres fases, la primera es cuando la enfermedad se inicia y el médico se enfrenta a la reacción emocional de su paciente, la segunda es el curso general de la enfermedad desde el segundo año, hasta que se inician las complicaciones crónicas y la tercera se refiere a cuando el paciente tiene complicaciones crónicas y se enfrenta a una serie de defectos orgánicos que requieren un reajuste.

El inicio de la diabetes parece causar un shock familiar, éste puede ser traumático para el paciente y producir cambios en su personalidad.

Cuando el inicio de la diabetes se presenta en el adulto adquiere un significado más profundo, ya que el sujeto tenía una personalidad y aspiraciones que va a tener que reajustar y probablemente cambiar a causa de su nueva situación. No se ha definido una personalidad típica en el diabético a pesar de esto, se ha reportado que este tipo de pacientes presentan cierta supresión de emociones, sentimientos de opresión (sienten que el mundo externo se aprovecha de ellos).

El paciente diabético reacciona de diferente forma a su cuidado diario, en cuanto a la dieta que tiene que seguir hay diferentes opiniones y se piensa que una adherencia estricta a esta, causa más daño psicológico que bien físico.

Otra causa de molestia para el paciente son las inyecciones de insulina, sobre todo al principio, pero a medida que el paciente aprende a aplicárselas son menos molestas.

Todos los pacientes diabéticos temen a las reacciones de la insulina ya que estas junto con estados de ansiedad tienen manifestaciones fisiológicas como; taquicardia, sudoración y sentimientos de temor.

Los pacientes suelen muchas veces confundirse o racionalizar su ansiedad presentándola como una reacción insulínica, también suelen usarse estas reacciones como amenaza contra la familia.

Las complicaciones crónicas se dan tanto en niños como adultos, son múltiples y pueden suceder unas después de las otras afectando varias partes del cuerpo, lo cual puede tener un significado psicológico.

Entre las complicaciones se pueden mencionar, ataques cardíacos prematuros, padecimiento de los riñones, pérdida

la visión, neuropatías dolorosas, amputaciones de pies y piernas. Se ha visto que los pacientes diabéticos temen a las complicaciones de la enfermedad, la existencia de este miedo fué por experiencias sufridas personalmente o en personas conocidas, así como por falta de información adecuada. Entre las más mencionadas por los pacientes son; la pérdida de la visión, gangrena, y la muerte a consecuencia de la enfermedad.

Las reacciones emocionales serias aumentan si existían problemas emocionales previos. Algunas complicaciones como la pérdida de la visión, causan sentimientos de culpa en el diabético, ya que creen que si hubiera cuidado más su tratamiento esto no habría sucedido.

También dentro de la diabetes se ha visto que se presenta un comportamiento irracional y peculiar de autodestrucción que incluye: no comer voluntariamente, sobredosis de insulina para producir hipoglucemia, omisión de insulina para provocar acidosis, no seguir la dieta, mal uso de la insulina y menos común el suicidio.

La mayoría de los pacientes con diabetes presentan en un momento dado conductas tales como; dejar la dieta, no ha-

cen los exámenes de orina, dejan de ir a sus citas médicas, etc.

También es frecuente la disfunción sexual, se reportó que un tercio de las mujeres diabéticas de 45 años han perdido la función orgástica comparado con mujeres no diabéticas.

En todos los pacientes diabéticos hay mucha depresión, quizá por el conocimiento de que su padecimiento es incurable, porque sienten romper la armonía familiar, se sienten rechazados por ser enfermos, piensan que su enfermedad molesta a sus familiares.

Todo esto se traduce en una autoagresión, que puede llevar a la destrucción si no se encuentra un objeto sustitutivo o secundario. La agresión puede desplazarse hacia una institución como el hospital o el médico; hacia un sistema de ideas como: tratamiento, insulina, análisis, etc.

Uno de los problemas que presenta el diabético, es el control de sus concentraciones de adrenalina, que tienden a aumentar con el estrés, especialmente durante una visita al odontólogo.

Para un buen tratamiento de la diabetes se necesita que

existan amplios conocimientos del médico sobre la materia, una buena educación del paciente sobre su enfermedad, vigilancia, cuidados médicos, etc.

Una buena integración familiar unida a la salud mental ayudan a una mejor adaptación e integración del sujeto diabético.

C A P I T U L O I I I

ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL

A) MANIFESTACIONES BUCALES.

El efecto de la diabetes no controlada sobre los tejidos bucales debe considerarse por separado de los posibles efectos de una diabetes controlada.

En casi todos los diabéticos adultos no controlados existe alguna variedad de trastorno periodontal.

La importancia de las manifestaciones clínicas depende de los hábitos de higiene del paciente.

Las encías del diabético no controlado suelen mostrar un color rojo oscuro ó violáceo. Los tejidos son edematosos, a veces algo hipertróficos. Estos cambios gingivales y periodontales son difíciles de distinguir de los que caracterizan el escorbuto o la leucemia.

Es típico encontrar una supuración dolorosa generalizada de las encías marginales y de las papilas interdientarias.

Hay una producción rápida de cálculos, estos depósitos subgingivales constituyen factores locales que favorecen la necrosis rápida de los tejidos periodontales.

Se observan signos de deshidratación como sequedad de los labios y de la mucosa bucal, eritema difuso de la mucosa bucal, edema y ardor lingual, lengua saburral y roja, con indentaciones marginales, gusto metálico, halitosis y disminución del flujo salival, aumento de la viscosidad salival y boqueras.

Hay tendencia a la formación de abscesos periodontales, papilas gingivales sensibles, hinchadas, que sangran profusamente, proliferaciones gingivales, aflojamiento de dientes con una gran destrucción alveolar tanto vertical como horizontal.

En diabéticos no controlados se ha visto una mayor frecuencia de caries, posiblemente por la disminución del flujo salival, los adultos con diabetes controlada no muestran ninguna modificación de la frecuencia de caries.

La presencia de lesiones de candidiasis agudas pseudomembranosas parece más frecuente en diabéticos descompensados.

Es frecuente también encontrar líquen de la mucosa bucal de forma atípica.

También se ha descrito una sialoadenosis que afecta es

pecialmente a las glándulas parótidas y submaxilares. No pa
rece muy frecuente.

Se presenta en diabéticos adultos, se manifiesta co-
mo una tumefacción bilateral, retromaxilar, con disminución
del flujo salival. La sialografía revela conductos salivales
adelgazados, pero puede haber signos de infecciones sobreagre-
gadas.

B) TRATAMIENTOS MAS COMUNES EN EL PACIENTE GERIATRICO CON
DIABETES.

Es preciso que el dentista conozca bien la enfermedad pués en el diabético se requiere ajustar a cada caso el tratamiento de las enfermedades bucales, y porque la diabetes puede acompañarse de varias complicaciones bucales o generales, en especial si el enfermo no está controlado o si la enfermedad no se diagnosticó.

PARODONCIA:

La enfermedad periodontal no sigue patrones fijos en pacientes diabéticos. Es frecuente que haya inflamación gingival de intensidad poco común, bolsas periodontales profundas, abscesos periodontales y acumulación de cálculos en pacientes con mala higiene. El terreno diabético es más apto para el desarrollo de la inflamación gingival (gingivitis marginal crónica) y su evolución hacia enfermedad periodontal, que los tejidos de los no diabéticos.

El terreno diabético acelera el deterioro de los tejidos periodontales restándoles capacidad defensiva y posibilidades de reparación ante la acción de los factores irritativos locales que constituyen factores primarios de la enfermedad periodontal de tipo inflamatorio.

Sin embargo, como en toda enfermedad infecciosa, el éxito del agente agresor está condicionado a la susceptibilidad del huesped, y aquí la diabetes juega sin duda un papel. Cuando los pacientes alcanzan o sobrepasan la tercera década de la vida en adelante, ya un elevado porcentaje de los casos de gingivitis marginal crónica se transformó en enfermedad periodontal.

La edad, cada vez más va acentuando el deterioro de los tejidos periodontales. También la pérdida de piezas dentarias se acelera en los diabéticos por lo que en ellos hay más desdentados y más jóvenes.

En la diabetes, la distribución y la cantidad de irritantes locales y fuerzas oclusales afectan a la intensidad de la enfermedad periodontal.

La diabetes no causa gingivitis o bolsas periodontales, pero hay signos de que altera la respuesta de los tejidos periodontales a los irritantes locales y las fuerzas oclusales, que aceleran la pérdida ósea en la enfermedad periodontal y retarda la cicatrización de los tejidos.

Los diabéticos poseen una menor resistencia a las infecciones, no está claro si poseen una frecuencia más eleva-

da de infecciones o si una vez contraídas las infecciones - prosperan. No se conocen las causas, pero la disminución de la resistencia fué atribuída a trastornos de la formación de anticuerpos, reducción de la actividad fagocitaria y disminución de la nutrición celular.

Por ello, hay que recetar antibióticos antes y después de curetajes extensos o de procedimientos quirúrgicos.

Los pacientes diabéticos controlados deben responder bien al tratamiento periodontal. Hay que eliminar todos los factores etiológicos locales y el paciente debe hacer una higiene bucal minuciosa.

Durante la atención periodontal del paciente diabético, no se comenzará el tratamiento hasta que la diabetes esté bajo control médico. Las visitas al consultorio dental no deberán interferir con el horario de las comidas del paciente, para evitar la posibilidad de que se produzca acidosis diabética, coma o reacción insulínica.

Los diabéticos crónicos de edad avanzada son propensos a arterioesclerosis, hipertensión y vasculopatía coronaria. En estos pacientes hay que sopesar la necesidad de la cirugía

ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

periodontal y el riesgo que ello supone. Es preferible realizar la cirugía en un hospital, donde es posible solucionar con prontitud las complicaciones cardiovasculares.

Igualmente puede influir de manera adversa sobre el estado general del diabético la lesión periodontal y gingival, por lo común, hay gingivitis y se combatirá mediante la higiene y medidas profilácticas. Si se descuida la gingivitis en un diabético mal tratado, la enfermedad invade pronto el periodonto y puede producir rápidamente la caída de los dientes. Debemos insistir al paciente sobre la importancia de llevar a cabo un programa de higiene bucal minuciosa.

CIRUGIA:

La diabetes sacarina es un ejemplo clásico de enfermedad que si no se domina crea un campo pobre para la cirugía. Si la historia o el exámen clínico de un paciente dan indicación de diabetes, este debe ser valorado cuidadosamente. Si el paciente está al cuidado de un médico y la diabetes dominada, la cirugía puede emprenderse. Si hay alguna duda acerca del estado del diabético, el tratamiento debe aplazarse hasta consultar con el médico e investigar glucosa en orina y sangre. Aún cuando la cirugía es peligrosa en el paciente diabético, eliminar las infecciones bucales es de mucha im-

portancia, ya que curar el proceso infeccioso puede ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad.

Los pacientes son más susceptibles a la infección, y una vez establecida ésta puede extenderse rápidamente. En estas circunstancias la necesidad de insulina aumenta enormemente, lo cual crea mayores complicaciones.

La intervención quirúrgica puede precipitar un proceso infeccioso, por la disminución de la resistencia local y general. La cicatrización también puede ser defectuosa.

Uno de los problemas que presenta el diabético, es el control de sus concentraciones de adrenalina, que tienden a aumentar con el estrés de una visita al odontólogo, especialmente durante una cirugía, por lo que puede ser de utilidad elevar la concentración de insulina, previa consulta con su médico, si es probable que el estrés se prolongue.

Se aconseja usar un sedante preoperatorio adecuado tanto para la anestesia local como general.

La reacción del diabético bien tratado a la intervención quirúrgica es semejante a la del paciente sin diabetes. Cualquier infección del organismo afecta desfavorablemente

el curso de la diabetes. Por lo tanto deben extraerse todos los dientes infectados y substituirlos por dentaduras que - faciliten la eficaz masticación.

A veces bastan un absceso dental o una enfermedad periodontal amplia para producir glucosuria en un diabético, o en ciertos casos incluso un coma diabético.

Los dientes todavía flojos después de controlada la diabetes y de un tratamiento local apropiado deberán extirparse. No está justificado extirpar dientes con tratamiento endodóntico si muestran una buena respuesta tisular. En cambio deberán extraerse los dientes con grandes zonas de supuración. Como la infección disminuye la capacidad del organismo para metabolizar los carbohidratos, las necesidades de insulina disminuyen después de eliminar infecciones bucales, y se requiere una modificación de la dosis de insulina por parte del médico.

Para las intervenciones odontológicas, se prefiere proceder durante la fase de descenso de la curva de glucosa sanguínea.

Las extracciones bajo anestesia local se realizarán de 90 minutos a 3 horas de la administración de insulina y del

desayuno. Las intervenciones no deberán exceder de 30 minutos, y deberán ser lo menos traumáticas posibles, y no deberán extraerse muchos dientes en una sola sesión pues el peligro de producir choque aumenta con el número de piezas extraídas.

Las técnicas de cirugía bucal en el paciente geriatrico, son similares a las que se realizan en adultos jóvenes.

Un mayor cuidado al tratar los tejidos que se desgarran con facilidad y una adecuada supervisión del período postoperatorio, son algunos de los aspectos más importantes de la atención a los ancianos.

Se prefiere la anestesia local sin adrenalina; ésta eleva la glucosa sanguínea y la isquemia que produce puede predisponer a esfacelo celular con infección postoperatoria. Se logra una buena anestesia local con una solución de lidocaína al 2%, es la substancia que produce el menor cambio promedio en las cifras altas de glucosa. Si se requiere un vasoconstrictor, se usará uno distinto de la adrenalina, en la concentración menor posible. Antes de la inyección se deben evitar los compuestos que contienen yodo para la preparación de la mucosa.

Como todos los anestésicos generales elevan la glucosa sanguínea, solo deben usarse tras una consulta con el médico tratante y con su consentimiento.

Los pacientes que requieran anestesia general, se hospitalizarán, para disponer de los medios y del personal necesario en caso de complicaciones.

Los diabéticos con infección bucal importante deberán recibir antibioticoterapia profiláctica.

Parece que se presenta con mayor frecuencia el alveolo seco en diabéticos aún controlados que en individuos normales. Puede reducirse la frecuencia de alveolos secos eliminando las infecciones periodontales y administrando cantidades suficientes de vitamina B y C con antibióticos prifilácticos antes y después de la extracción.

Si el tratamiento dental es de tal índole que el paciente no pueda masticar adecuadamente, ha de tener una dieta substitutiva que proporcione el mismo contenido calórico y las mismas proporciones carbohidrato-grasa-proteína, pero que sea blanda o líquida.

C) DIAGNOSTICO DE LA DIABETES POR EL ODONTÓLOGO.

Nada mejor que un adecuado conocimiento de la patología bucal del diabético y de las características de la enfermedad para guiar al odontólogo en el diagnóstico.

Es necesario estar convencido de la importancia que tiene para el paciente y el odontólogo reconocer la enfermedad en el paciente. Será posible entonces reconocer una diabetes oculta permitiendo su tratamiento temprano.

Debemos considerar la enfermedad general al planear el tratamiento de la alteración local, y proteger al enfermo ante procedimientos odontológicos que podrían complicar la diabetes si se la ignora.

En odontología el interrogatorio es el paso más importante y debe ser sistemático, el empleo de cuestionarios especiales lo facilita. Podrá tomarse conocimiento de una diabetes ignorada por el enfermo, por las manifestaciones clásicas de la enfermedad, manifestaciones bucales, y por la historia familiar de diabetes.

La historia familiar de diabetes, es un dato de gran valor para la detección de formas clínicas de diabetes igno

radas. Entre el 13 al 15% de los pacientes que acuden a la consulta odontológica, revelan antecedentes familiares de diabetes. Por lo tanto pensar en la diabetes siempre, e interrogar sobre diabetes y profundizar la investigación cuando ciertos signos generales y/o antecedentes familiares lo aconsejen.

Los diabéticos serán los que tienen enfermedad conocida bajo cuidado de un médico y señalan el hecho a su dentista o probables diabéticos aquellos en los cuales se sospecha la enfermedad por el interrogatorio.

Los diabéticos que comenzaron su enfermedad durante la vida adulta tienen un comienzo insidioso, y pueden no percibirse de su existencia hasta que descubren síntomas por el interrogatorio.

Si el enfermo confiesa su enfermedad, deberá registrarse su tipo, antigüedad, intensidad, forma de tratamiento, grado de control, número de ingresos en el hospital y veces que se presentó choque insulínico o coma diabético. Es importante en estos pacientes ponernos en contacto con su médico para que autorice el tratamiento.

Cuando se halle presente una patología bucal que nos

haga pensar en una posible diabetes y las manifestaciones clínicas e historia familiar nos lo indiquen, podemos efectuar una prueba de hiperglicemia en el consultorio dental. Unas dos horas después de una comida copiosa, con una punción de dedo y "Dextrostix" se puede valorar fácilmente la glucosa en sangre.

En caso de obtener un resultado positivo, se remitirá al paciente con su médico para su tratamiento y que nos autorice el tratamiento dental por escrito.

CONCLUSIONES

1. Nada mejor que un adecuado conocimiento de la patología bucal del diabético y de las características generales de la enfermedad para guiar al odontólogo en el diagnóstico.
2. Es de suma importancia realizar una historia clínica completa antes de empezar cualquier tratamiento.
3. Al diagnosticar un paciente probablemente diabético, turnarlo con su médico para que nos indique los pasos a seguir y autorice el tratamiento por escrito.
4. Considerar la enfermedad general al planear el tratamiento de la alteración local.
5. En el diabético, es preciso suprimir toda infección, pues ésto puede agravar el curso general de la enfermedad.
6. Insistir al paciente en la importancia de llevar a cabo un programa de higiene bucal día con día.
7. Indicar al diabético que debe hacer examinar con frecuencia su boca debido a los problemas que su enfermedad puede producir.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, F.
Medicina psicomatica.
Tercera edicion. 1973..
Editorial Cultural. La Habana, Cuba.
Pags 78-81.
2. Bates, J F.
Tratamiento Odontologico del paciente geriatrico.
Primera Edicion, 1986.
Editorial El Manual Moderno, Mexico, DF.
Pag 130.
3. Borghelli, Ricardo Francisco.
Temas de Patologia Bucal Clinica.
Tomo II.
Primera edicion, 1979.
Editorial Mundi. Buenos Aires, Argentina.
Pags 627-635.
4. Burket Lester, W.
Medicina Bucal.
Sexta edicion, 1977.
Editorial Interamericana, Mexico, D.F.
Pags 452-458.
5. Burket Lester, W.
Medicina Bucal.
Septima edicion, 1980.
Editorial Interamericana, Mexico, D.F.
Pags 496-498.
6. Carranza, Permin A.
Periodontologia Clinica de Glickman.
Quinta edicion, 1983.
Editorial Interamericana, Mexico D.F.
Pags 505-509, 781.
7. Chavarria Bonequi, Cesar.
Problemas emocionales en el paciente diabetico.
Segunda edicion, 1989.
Editorial Porrua, Mexico, D.F.
Pags 117-121.

8. Etchegogen, R H.
Algunos aspectos psicologicos de la Diabetes Mellitus.
La Prensa Medica, Argentina.
Primera edicion, 1975.
Pags 337-345.
9. von Kahn, H.P.
Geriatría Practica.
Segunda edicion, 1977.
Editorial El Manual Moderno, Mexico, D.F.
Pags 347-350, 360-361.
10. Harrison.
Medicina Interna.
Quinta edicion, 1982.
Editorial La Prensa Medica Mexicana.
Pags 657-658.
11. Isenberg Philip L.
Psychological problems in Diabetes Mellitus.
Medical Clinics of North America. 1965.
Vol 49 pags 1125-1136.
12. Kravitz, Arthur R.
Emotional factors in Diabetes Mellitus.
Medical Clinics of North America.
Vol 16, pags 767-781.
13. Kruger, C Gustav.
Tratado de Cirugía Bucal.
Cuarta edicion, 1984.
Editorial Interamericana, Mexico, D.F.
Pag 132.
14. Robins, Stanley L.
Patología Humana.
Tercera edicion, 1985.
Editorial Interamericana, Mexico, D.F.
Pags 138-139, 144-150.
15. Thoma, Kurt H.
Estomatología.
Tercera edicion, 1962.
Editorial Salvat, Barcelona, España.
Pag. 126.