

879522
48
28



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"LA EXODONCIA DENTAL EN EL PACIENTE DIABETICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HECTOR IRAM VALLES NAVA



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALLA DE CARGEN

1980



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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I	
DEFINICIÓN DE DIABETES.....	6
CAPÍTULO II	
CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES.....	13
CAPÍTULO III	
LAS GRANDES CAUSAS DE LA DIABETES.....	16
CAPÍTULO IV	
EL NIÑO DIABÉTICO.....	31
CAPÍTULO V	
HISTORIA CLÍNICA PARA UN PACIENTE DIABÉTICO.....	43
CAPÍTULO VI	
DIAGNÓSTICO DEL CIRUJANO DENTISTA.....	58
CAPÍTULO VII	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA DENTAL CON UN PA- CIENTE DIABÉTICO.....	68

CONCLUSIONES+++++ 69

BIBLIOGRAFÍA+++++ 73

INTRODUCCIÓN.

AL ELABORAR ESTA TESIS, TENGO LA FINALIDAD DE PRESENTAR LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR PARA LLEVAR A CABO UNA EXTRACCIÓN DENTAL Y TODOS SUS PROBLEMAS QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE LA PRESENCIA DE ESTA ENFERMEDAD CONOCIDA CON EL NOMBRE DE DIABETES MELLITUS.

ASÍ ENTONCES EN ÉSTA TESIS PRESENTÓ DATOS EN LOS CUALES EL CIRUJANO DENTISTA, JUNTO CON EL MÉDICO PUEDA OBTENER UN ADECUADO PLAN DE TRATAMIENTO, ESTO ES POR MEDIO DE UNA HISTORIA CLÍNICA, QUE NOS INDIQUE SÍNTOMAS, SIGNOS Y UN DIAGNÓSTICO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE DE CONOCER LAS DIVERSAS FORMAS DE DIFUSIÓN METABÓLICA Y ASÍ PODER ESTAR BIEN -- PREPARADO PARA PODER REALIZAR UN CORRECTO TRATAMIENTO BUCAL EN FUNCIÓN DE ÉSTA, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ TOMANDO EN CUENTA LA COLABORACIÓN DEL MÉDICO, PARA UN CONTROL Y UNA APLICACIÓN MÁS COMPLETA Y CORRECTA DE LOS TRATAMIENTOS EN CADA PACIENTE.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE DIABETES.

LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, LA CUAL SE VA A MANIFESTAR POR MÚLTIPLES DISTURBIOS DE LOS PROCESOS METABÓLICOS DEL ORGANISMO.

NOB VAMOS A ENCONTRAR CON QUE EN LA DIABETES, VA A HABER UN DESCENSO DE LA PRODUCCIÓN ENDÓGENA DE INSULINA O DE OTRAS ALTERACIONES QUE AUMENTAN DE UNA MANERA NOTABLE LA NECESIDAD DE INSULINA. ÉSTAS CARACTERÍSTICAS PUEDE SEAN EN FORMA AISLADA O EN COMBINACIÓN VAN A DETERMINAR UNA INSUFICIENCIA DE INSULINA RELATIVA O ABSOLUTA Y CON ESTO VENOS EN ÚLTIMO CASO LAS ALTERACIONES PATOLÓGICAS Y CLÍNICAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA ENFERMEDAD.

SIGUIENDO EL DESARROLLO HIPOINSULÍNICO VENOS QUE SE MANIFIESTAN LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO. ASÍ PUES, LA CONCENTRACIÓN DE --

GLUCOSA EN LA SANGRE, LA CUAL SE ELEVA A VALORES SUPERIORES A LO NORMAL (HIPERGLUCEMIA), TAMBIÉN HAY GLUCOSEMIA QUE ES CUANDO HAY O APARECE GLUCOSA EN LA ORINA, -- ESTO SEGUIDO DE UNA POLIURIA O LA ELIMINACIÓN DE GRANDES CANTIDADES DE ORINA.

CON TODO ESTO HAY LA PRESENCIA DE UNA DESHIDRATACIÓN Y CONSTANTE PÉRDIDA DE SUSTANCIAS MINERALES, CON LO CUAL SOBREVIENE UN ADELGAZAMIENTO, Y NO OBTANTE EL EXCESIVO AUMENTO DE SED (POLIDIPSIA).

ASÍ PUES, AL AUMENTAR LA PÉRDIDA DE LA GLUCOSA, EL ORGANISMO EMPIEZA A UTILIZAR PROTEÍNAS PARA ASÍ PODER COMPENSAR AQUELLA Y PROPORCIONARSE ENERGÍA, OCASIONANDO ESTO UNA EXAGERADA CONDUCCIÓN MUSCULAR.

TAMBIÉN SE ACELERA EL CATABOLISMO O DESINTEGRACIÓN DE LAS GRASAS, Y ES A CONSECUENCIA DE LA MENOR UTILIZACIÓN DE LOS HIDRATOS DE CARBONO, Y SE PUEDE LLEGAR AL GRADO DE QUE SEA TAN ACELERADA LA DESINTEGRACIÓN DE GRASAS QUE SE LLEGUE AL PUNTO EN QUE LA FORMACIÓN DE LOS CUERPOS CETÓNICOS SUPERA LA CAPACIDAD DE LOS TEJIDOS PARA UTILIZARLOS Y CON ESTO SE PRODUCE LA ELIMINACIÓN DE-

ACETONA POR LA ORINA, Y SI CONTINÚA LA PROGRESIÓN DE ÉSTE PROCESO LLEGA A ALCANZAR LA TOTAL CAPACIDAD DE LOS RIÑONES PARA ELIMINAR LOS CUERPOS CETÓNICOS, Y ASÍ EN ESTA FASE ES CUANDO COMIENZA A MANIFESTARSE LA RETENCIÓN DE CUERPOS CETÓNICOS EN LA SANGRE, EN CANTIDADES CRECIENTES. EL GRADO DE PROGRESIVIDAD EN ESTOS PROCESOS ES MUY ALTO Y AMPLIO, PERO SI NO SON CONTROLADOS O DETENIDOS CONDUCE A LA MUERTE.

VEMOS QUE EN LOS DIABÉTICOS EL PROCESO DE FORMACIÓN DE GRASAS Y GLUCÓGENO SE ENCUENTRAN PERTURBADOS EN ALTO GRADO, Y DE GLUCÓGENO, EN LUGAR DE UTILIZARSE ÉSTA SE ACUMULA EN LA SANGRE Y ES ELIMINADA.

ES ENTONCES COMO NOS EXPLICAMOS LA RÁPIDA PÉRDIDA DE PESO EN LOS ENFERMOS DIABÉTICOS NO TRATADOS, ASÍ COMO LA PRONTITUD CON QUE LO RECUPERAN EN CUANTO SE LES SUMINISTRA INSULINA.

VEMOS QUE RESULTA MUY CLARO QUE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES NO SOLO APELTA AL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO, SINO TAMBIÉN AL DE LAS PROTEÍNAS, GRA--

SAS Y A LA TOTALIDAD DEL METABOLISMO ALIMENTICIO Y DE LOS TEJIDOS (TESIS SOSTENIDA POR ALLER).

LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO QUE SE PRESENTAN EN LA DIABETES, RESULTAN SENSIBLEMENTE ACELERADAS E INTENSIFICADAS POR LAS INFECCIONES AGUDAS Y LAS TOXEMIAS PERO EN LA ACTUALIDAD SE HA REDUCIDO HASTA CASI HACERLO DESAPARECER TOTALMENTE.

ANTERIORMENTE SE EXPOCABA LA ATENCIÓN SOBRE LAS ALTERACIONES MENCIONADAS Y SUS CONSECUENCIAS INMEDIATAS, HOY SE HACE EN CUADRO COMBINADO.

LA DIABETES SE DOMINA BIEN MEDIANTE EL RÉGIMEN DIETÉTICO Y LA INSULINA Y LA VIDA SE HA PROLONGADO NOTABLEMENTE

CONFORME A LA TERAPÉUTICA SE HAN IDO VENCIENDO LOS RIESGOS AGUDOS Y LA LONGEVIDAD NO HA MEJORADO; HAN PASADO CADA VEZ MÁS A PRIMER TÉRMINO LAS ALTERACIONES CRÓNICAS, HASTA QUE EN EL MOMENTO ACTUAL LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS HAN REEMPLAZADO A LAS COMPLICACIONES AGUDAS

COMO CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MUERTE ENTRE DIABÉTICOS. NOS REFERIMOS EN ESPECIAL A LA ARTEROSCLEROSIS PRIMATARIA Y AL PELIGRO POR ELLA PLANTEADO, SOBRESALE EN ESTE ASPECTO EL RIESGO DE UNA INSUFICIENCIA DE LA CIRCULACIÓN CORONARIA.

LOS PROCESOS DE OCLUSIÓN DE UNA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS SE HAN CONVERTIDO EN LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE MUERTE EN EL DIABÉTICO ADULTO.

OTROS PROBLEMAS QUE SE POSEEN DE MANIFIESTO EN LOS DIABÉTICOS DE IMPORTANCIA SON: LA ESCLEROSIS ARTERIAL, HEMORRAJAS RETINALES, GLOMERULOSCLEROSIS INTERCAPILAR Y LAS NEUROPATÍAS DIABÉTICAS.

VEMOS QUE LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS CONTINUAN REPRESENTANDO UN RIESGO GRANDE, PUES LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD CONSECUTIVA A LA GANGRENA DIABÉTICA NO QUIERO DECIR QUE SE HAYA VENCIDO LA CAUSA DISENCAJADA. AL CONTRARIO, HOY EN DÍA LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS SON MÁS FRECUENTES QUE NUNCA EN LOS DIABÉTICOS.

PARA QUE SE LES DÉ A ÉSTOS ENFERMOS DIABÉTICOS LOS MAYORES BENEFICIOS ES SUMAMENTE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO ADECUADO DE DIABETES NO COMPLICADA, EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y LA ACEPTACIÓN DEL RESTO QUE ESTÁ PLANTEADO POR LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DENTRO DE LOS DIABÉTICOS.

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES.

ES SUMAMENTE DIFÍCIL DAR UNA CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA DIABETES QUE NO VARÍE DE CONFORMIDAD CON LOS DIVERSOS INFLUJOS A QUE SE PRESENTARÁN SOMETIDOS -- LOS ENFERMOS.

CON MAYOR CLARIDAD, PUEDE CLASIFICARSE LA GRAVEDAD DE LA DIABETES EN LOS ENFERMOS QUE ACUDEN POR PRIMERA--VEZ AL TRATAMIENTO, TENIENDO EN CUENTA DESDE LUEGO QUE LAS CIRCUNSTANCIAS PUEDES ACONSEJAR UNA NUEVA CLASIFICACIÓN EN UNA FECHA ULTERIOR, PUES NO ES RARO EL PASO DE UNA CATEGORÍA DE GRAVEDAD A OTRA.

DIABETES BENIGNAS.

ESTE TIPO DE DIABETES BENIGNA LA OBSERVAMOS EN EL DIABÉTICO ADULTO, EL CUAL SIN RECIBIR INSULINA, PESA --

MÁS DE LO QUE LE CORRESPONDE, ESTONCES PODEMOS DECIR---
QUE PRESENTA UNA DIABETES BENIGNA.

ESTO ES CIERTO CON INDEPENDENCIA DEL GRADO DE HI--
PERGLUCEMIA QUE PRESENTA EL ENFERMO O ENFERMA.

EN CUANTO A LA RESTRICCIÓN DE LAS CALORÍAS SUMINIS--
TRADAS, SE DEMUESTRA QUE LA DIABETES PUEDE MODERARSE FÁ--
CILMENTE REDUCIENDO EL METABOLISMO TOTAL DEL ENFERMO, -
MEDIANTE EL INFLUJO COMBINADO DE UNA REDUCCIÓN DE LAS -
CALORÍAS SUMINISTRADAS Y DE PESO CORPORAL. PARA ESTE--
TIPO DE PACIENTES NO ES NECESARIO, NI ACONSEJABLE DAR--
LES UN TRATAMIENTO A BASE DE INSULINA, A MENOS QUE, DES--
DE LUEGO, UNA COMPLICACIÓN AGUDA ORIGINE LA INTENSIFICA--
CIÓN TEMPORAL DE LA DIABETES. Y DURANTE ESTAS ETAPAS,--
SOS DAMOS CUENTA DE QUE EL TRATAMIENTO INSULÍNICO NO --
SOLO ES DESEABLE, SINO NORMALMENTE NECESARIO, PARA ASI--
EVITAR RIESGOS INÚTILES E INNESCESARIOS EN ÉSTE TIPO DE--
PACIENTES.

DIABETES GRAVE.

ESTE TIPO DE DIABETES LA ENCONTRAMOS EN EL ADULTO,
EN EL CUAL SU PESO SEA NOTABLEMENTE INFERIOR AL QUE LE-

CORRESPONDE Y APARTE ESTO PRESENTA UNA HIPERGLUCEMIA EN AÑOSAS, ASÍ COMO LA PRESENTA EL NIÑO CON DIABETES INFANTIL, Y A ESTO SE LE CONOCE COMO UNA DIABETES GRAVE.

Y A ÉSTOS ENFERMOS SE LES TIENE QUE AUMENTAR DE POCO PARA QUE POR EJEMPLO, EN EL CASO DEL NIÑO TENGA UN DESARROLLO NORMAL, Y POR TODO ESTO SE VE LA NECESIDAD DE APLICAR EL TRATAMIENTO POR MEDIO DE INSULINA.

ASÍ PUES VEMOS QUE LAS PERSPECTIVAS DE QUE ÉSTOS ENFERMOS PUEDAN SER TRATADOS DE MANERA INTERMITENTE CON INSULINA, SON ESCASAS. LA CANTIDAD DE INSULINA QUE PUEDE TOLERAR UN ENFERMO, NO CONSTITUYE SIEMPRE UNA MEDIDA EXACTA DE LA GRAVEDAD DE SU DIABETES.

LOS ENFERMOS GROSOS CON DIABETES DENIGNA, TOLERAN CANTIDADES DE INSULINA MUCHO MAYORES QUE LOS PACIENTES DELGADOS A NUESTRO JUICIO, LA INSULINA ADMINISTRADA EN LOS CASOS EN QUE ES POSIBLE COMPROBAR LA DIABETES Y MANTENER UN BUEN ESTADO DE NUTRICIÓN SIN EMPLEARLA, ES INSULINA MAL GASTADA. EN EFECTO, EN TALES CIRCUNSTANCIAS, LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA HACE DIFÍCIL DE OB-

TENER LA REDUCCIÓN DE PESO Y EN VIRTUD DE SU INFLUJO EX-
PONE A LOS ENFERMOS DE PESO EXCESIVO A LOS RIESGOS NATU-
RALES DE OBESIDAD, TAL Y COMO PUEDE APROCIARSE EN LAS -
ESTADÍSTICAS DE CONGENIDAD. NO ES POSIBLE SOSLATAR --
LOS HECHOS DE QUE EL DIABÉTICO O LA DIABÉTICA GRUESO RE-
CESITA INSULINA EN CUANTO LOGRAN EL PESO NORMAL MEDIAN-
TE LA RESTRICCIÓN DEL SEMINISTRO DE LA MISMA Y QUE EL--
ADULTO DELGADO Y EL NIÑO QUE PARECE DIABETES NO PUEDE--
ALCANZAR LA NORMALIDAD DE PESO SIN INSULINA, PRACTICA--
MENTE, EN LA TOTALIDAD DE LOS CASOS.

ENTRE ÉSTOS EXTREMOS EXISTEN OTROS GRADOS DE GRAVE-
DAD DE LA DIABETES: TODOS ELLOS ESTÁN SUJETOS A VARIA-
CIONES CON EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES, ALTERACIO--
NES DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS Y ENDOCRINAS, ASÍ COMO -
LAS VARIACIONES EN EL RÉGIMEN DIETÉTICO.

CAPÍTULO III

LAS GRANDES CAUSAS DE LA DIABETES.

LA DIABETES ATACA ALREDEDOR DE UN 3% DEL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN. NO SIEMPREMOS AL AFIRMAR QUE EN ESPAÑA HAY MÁS DE MEDIO MILLÓN DE DIABÉTICOS, Y NO SE PUEDE NEGAR QUE LA FRECUENCIA DE ESTA AFECCIÓN HACE DE ELLA UNA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES SOCIALES.

LA DIABETES ES UN POCO MÁS FRECUENTE EN LA MUJER (60%) QUE EN EL HOMBRE (40%). APARECE CON PREDILECCIÓN EN DOS PERÍODOS DE LA VIDA: DURANTE LA JUVENTUD PRIMERA, Y PARTICULARMENTE EN EL MOMENTO DE LA APARICIÓN DE LA PUBERTAD, ENTRE 12 Y 14 AÑOS (DIABETES DEL CRECIMIENTO). DESPUÉS, ALREDEDOR DE LOS 50 AÑOS, EDAD EN QUE LA OBESIDAD ALCANZA SU MÁS ALTO GRADO DE DESARROLLO.

SE HA SOSTENIDO QUE CIERTAS RAZAS ESTANAN MÁS EX-

PUESTAS A LA DIABETES QUE OTRAS, Y EL HECHO PARECE IN--
CONTESTABLE PARA LOS ISRAELITAS. PERO EL FACTOR RA--
CIAL HA SIDO A MENUDO CONFUNDIDO CON DETERMINADAS CONDI--
CIONES SOCIALES O ECONÓMICAS.

ASÍ, SE HA PODIDO SOSTENER QUE LA DIABETES ERA RA--
RA EN LOS NEGROS, EN LOS IRLANDESES, EN LOS INDIOS ----
(ASIA). AHORA BIEN, LOS NEGROS DE AFRICA, LOS IRLANDE--
SES DE IRLANDA, LOS INDIOS DE ASIA, SOLO SE LIBRAN DE --
LA DIABETES EN TANTO QUE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS A--
LAS CUALES ESTÁN SOMETIDOS NO LES FACILITAN EL LLEGAR A
SER OBESOS. LOS NEGROS QUE PUEDEN DISFRUTAR DE LAS --
CONDICIONES ALIMENTICIAS DE LOS ESTADOS UNIDOS, LOS IN--
LANDESES ENRIQUECIDOS DE NEW YORK, LOS INDIOS DE LAS --
CASTAS RICAS, SON DIABÉTICOS CON LA MISMA FRECUENCIA --
QUE LOS OTROS HUMANOS.

LAS MÁS DE LAS VECES (95% AL MENOS) SE ES ATACADO--
POR LA DIABETES PORQUE SE PADECE HEREDITARIAMENTE DE --
UNA FRAGILIDAD ANORMAL DE LAS CELULAS BETA DE LOS ISLO--
TES DE LANGERHANS. ESTA FRAGILIDAD CONDUCE A LA DIABE--
TES A CONSECUENCIA DEL SOBRESAJE DE LAS CÉLULAS INSULI--

HOSECRETORAS PROVOCADO, COMO TERREMOS, SEA POR EL CRECIMIENTO, SEA POR EL EMBARAZO, SEA POR LA OBESIDAD.

A VECES LA DIABETES APARECE COMO LA CONSECUENCIA - DE UNA ENFERMEDAD BIEN DEFINIDA. CAPAZ, POR SU NATURALEZA MISMA DE PERTURBAR LA GLUCORREGULACIÓN. ESTE TIPO DE DIABETES, LLAMADA SECUNDARIA, REPRESENTA COMO MÁXIMO EL SE DEL CONJUNTO DE LOS ESTADOS DIABÉTICOS.

SE PUEDE DEVENIR DIABÉTICO A CONSECUENCIA DE UNA-- ALTERACIÓN DIRECTA DEL PÁNCREAS, LESIONES DEL TEJIDO--- PANCREÁTICO PROVOCADAS POR LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS (PAROTIDIS EPIDÉMICA, TIFUS, ESCARLATINA, PULMONÍA, GRUPE) O CRÓNICAS (SÍFILIS, TUBERCULOSIS), POR LAS INTOXICACIONES CRÓNICAS (ALCOHOL, TABACO), POR LAS PANCREATITIS, CÁNCER ABLACIÓN QUIRÚRGICA EXTENSA.

SE PUEDE SERLO IGUALMENTE PORQUE LA FUNCIÓN GLUCO-CÉMICA DEL HÍGADO ES PERTURBADA POR UNA AFECCIÓN DE ESTE ÓRGANO (HEPATITIS INFECCIOSA, CIRROSIS, CÁNCERES MUY EXTENDIDOS).

TAMBIÉN SE PUEDE DEVENIR DIABÉTICO PORQUE UNA DE LAS HORMONAS CUYO EFECTO ES ANTAGONISTA DE LA INSULINA ES SECRETADA EN EXCESO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS. ES ASÍ EN EL CURSO DE LA ACROMEGALIA, EN LA QUE LA HORMONA SOMATOTROFA ES SECREGADA DE MANERA DEMASIADO ABUNDANTE, ES EL CURSO DEL SÍNDROME DE CUSHING, POR EXCESO DE HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓFICA (A.C.T.H.) Y DE GLUCOCORTICOIDE, EN LA ENFERMEDAD DE BASEDOW, POR EXCESO DE HORMONAS TIROIDIANAS.

SE PUEDE DEVENIR TAMBIÉN DIABÉTICO EN EL CURSO DE UNA CURIOSA ENFERMEDAD, LA HEMOCROMATOSIS (DIABETES BRONCEADA), TRASTORNO METABÓLICO MÁS FRECUENTE EN EL VARIÓN, CARACTERIZADA POR ACUMULACIÓN DE GRANDES CANTIDADES DE HIERRO EN LA ECONOMÍA CON PIGMENTACIÓN CUTÁNEA Y VISCERAL, CIRROSIS HEPÁTICA Y PARTICIPACIÓN DE OTROS ÓRGANOS Y DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO.

SE PUEDE, FINALMENTE, DEVENIR DIABÉTICO PORQUE LOS CENTROS NERVIOSOS GLUCORREGULADORES SE HAN LESIONADO -- POR UN TRAUMATISMO, POR UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA O POR UN TUMOR. PERO TODAS ÉSTAS SON EVENTUALIDADES RARAS.

PAPEL DE LA HERENCIA.

SIN DESCONOCER QUE LAS CAUSAS ANTERIORMENTE CITADAS TIENEN UNA CIERTA IMPORTANCIA COMO FACTORES DIABETÓGENOS, ES INNEGABLE QUE EN LA APARICIÓN DE LA DIABETES TIENE UNA IMPORTANCIA PREMINENTE LA CONSTITUCIÓN INDIVIDUAL Y LA HERENCIA; EXISTEN INDIVIDUOS MAYORMENTE PREDISPUESTOS PARA ENFERMAR DE DIABETES POR DEBILIDAD CONGÉNITA DE CONSTITUCIÓN Y QUE ADQUIEREN LA ENFERMEDAD DURANTE LA JUVENTUD SIN EL CONCURSO DE LOS DIVERSOS FACTORES DIABETÓGENOS EXÓGENOS ANTERIORMENTE CITADOS; ASÍ MISMO, EXISTEN FAMILIAS DE DIABÉTICOS QUE PRESENTAN LA ENFERMEDAD EN LAS SUCESIVAS GENERACIONES CON GRAN FACILIDAD Y FRECUENCIA (EN EL 25-30% DE LOS DIABÉTICOS ACTUALES SE HA DESCUBIERTO LA PRESENCIA DE ÉSTE FACTOR HEREDITARIO FAMILIAR).

TODAS LAS ESTADÍSTICAS PRUEBAN QUE LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA: UNA VEZ DE CADA CINCO EL PADRE O LA MADRE DE TODO DIABÉTICO ERA IGUALMENTE DIABÉTICO.

TODO NIÑO NACIDO DE PADRE O DE MADRE DIABÉTICO TIENE APROXIMADAMENTE UNA PROBABILIDAD SOBRE DIEZ DE DEVENIR DIABÉTICO ANTES DE LOS VEINTE AÑOS. POR ÚLTIMO,-- EL ESTUDIO DE LA DIABETES EN LOS GEMELOS PRUEBA QUE LOS GEMELOS UNIVITELINOS (QUE DERIVAN DE UN SOLO ÓVULO) NO DEVIENEN CASI NUNCA DIABÉTICOS AISLADAMENTE.

LA MAYOR PARTE DE LOS EXPERTOS EN GENÉTICA ADMITEN QUE LA DIABETES SE TRANSMITE COMO UN CARACTER MENDELIANO. TAL VEZ, SIN EMBARGO, EL MODO DE TRANSMISIÓN HEREDITARIA DE LA ENFERMEDAD ES MÁS COMPLEJO, SI HEMOS DE CREER RECIENTES TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

LA PREMINENCIA DE LOS FACTORES ENDOGENOS (INTER--NOS) --CONSTITUCIONALES Y HEREDITARIOS-- EN LA GÉNESIS DE LA DIABETES SE CONFIRMA POR LA MAYOR FRECUENCIA DE LA-- ENFERMEDAD EN CIERTAS RAZAS (LA HEBRAICA) Y EN CIERTOS-- TIPOS CONSTITUCIONALES (EN INDIVIDUOS BAJOS, RECHONCHOS Y OBESOS). ASÍ MISMO, EL SEXO (MÁS AFECTADO EL FEMENINO), LA EDAD (MÁS PREDISUESTA LA MADURA: 40-50 AÑOS) Y EL TOMO DE VIDA (MÁS PREDISUESTOS LOS INDIVIDUOS DE VIDA SEDENTARIA) TIENEN SU IMPORTANCIA PATOGÉNICA. ALOU

LOS AUTORES HABLAN TAMBIEN DE UNA DIABETES CONYUGAL, -- QUE SE PRESENTARÍA EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA UNIFORMIDAD DE LA VIDA Y DE LA ALIMENTACIÓN HECHA EN COMÚN CONDUCE A LOS CÓNYUGES A UNA VIDA SEDENTARIA Y A UNA ALIMENTACIÓN PREFERENTEMENTE BASADA EN HIDRATOS DE CARBONO (PAN, PASTAS, ETC.).

PAPEL DEL CRECIMIENTO.

... YA VIMOS QUE LA HORMONA SOMATÓTROPA ES FUERTEMENTE HIPERGLUCEMIANTE PORQUE INHIBE LA INSULINA BLOQUEANDO-- LAS FOSFORILACIÓN. SIN EMBARGO, LA HORMONA SOMATÓTROPA NO EJERCE SUS EFECTOS DIABETÓGENOS, SINO CUANDO HA CESSADO EL CRECIMIENTO, YA QUE LOS ISLOTES DE LANGERHANS DEL PÁNCREAS DEL NIÑO NORMAL SOPORTAN SIN DESFALLECER - EL ASALTO DE LA HORMONA SOMATÓTROPA QUE ACOMPAÑA EL CRECIMIENTO. NO OCURRE LO MISMO CON EL PÁNCREAS HEREDITARIAMENTE DÉBIL DEL NIÑO PREDISPUERTO A LA DIABETES.

PAPEL DEL EMBARAZO.

LA ADAPTACIÓN AL EMBARAZO TRASTOCA EL EQUILIBRIO - ENDOCRINIANO NORMAL. EL CAUDAL DE LA HORMONA SOMATO--

TROPA SE AMPLIFICA Y EL DE LOS GLOCCOCORTICOIDES CRECE MUY SENSIBILMENTE. EL EFECTO CONJUGADO DE ÉSTAS DOS HORMONAS ES MUY HIPERGLUCÉMICO. LA GLUCÉMIA SO SE MANTIENE A UN NIVEL NORMAL, SINO GRACIAS AL SERMERAJE-- PROLONGADO DE LAS CÉLULAS INSULINO-SECRETORAS. EL PÁNCREAS DÉBIL DE LA MUJER HIPOTECADA POR UNA HERENCIA DIABÉTICA NO SOPORTA SIN DAÑO ESTE SERMERAJE. LA GRAVIDEZ PUEDE PUES CONDUCE A LA DIABETES A TODA MUJER HEREDITARIAMENTE PREDISPUESA A ESTA AFECCIÓN.

PAPEL DE LA OBESIDAD.

LA OBESIDAD ES INSEPARABLE DE LA DIABETES DEL ADULTO; EL 85% DE LOS SUJETOS QUE DEVIENEN DIABÉTICOS DESPUES DE LOS TREINTE AÑOS SON OBESOS. EL MECANISMO QUE CONDUCE DE LA OBESIDAD A LA DIABETES A LOS SUJETOS HEREDITARIAMENTE PREDISPUESOS NO ESTÁ AÚN MUY CLARO.

EN UN PRIMER COMIENZO DE LA ENFERMEDAD, SE HA PODIDO VERIFICAR QUE LA INSULINEMIA NO ESTA DISMINUIDA Y PUEDE INCLUSO, EN CIERTAS CONDICIONES, SER SUPERIOR A LA DE LOS SUJETOS NORMALES.

TODO ESTO OCURRE EN SUMA COMO SI UN FACTOR TODA--
VÍA DESCONOCIDO VINIERA A INHIBIR O AL MENOS DIFERIR -
LA ACCIÓN DE LA HORMONA HIPOGLUCEMIANTE PANCREÁTICA.

SEGUN RANDLE ESTO SERÍA, EN EL OBESO, UN EXCESO -
DE ÁCIDOS GRASOS LIBRES CIRCULANTES.

POR OTRA PARTE LA OBESIDAD ES INESPERABLE DE LA -
SOBREALIMENTACIÓN, CON UNA PARTICULAR INCLINACIÓN, LA--
MAS DE LAS VECES, POR LOS DULCES, LOS PASTELES Y LOS -
PRODUCTOS HARINOSOS. LA OBESIDAD ES PUES INSEPARABLE
DE UN SURTEAJE PANCREÁTICO INCESANTE QUE CONDUCE POCO
A POCO A UN DESFALLECIMIENTO INSULINO-SECRETORIO PAR--
CIAL, PERO SUFICIENTE PARA ESTRAÑAR UNA HIPERGLUCEMIA-
MODERADA. ESTA HIPERGLUCEMIA, COMO TODA HIPERGLUCE--
MIA MANTENIDA, REACCIONA A SU VEZ SOBRE EL PÁNCREAS---
PARA PRECIPITAR SU DESFALLECIMIENTO Y CONDUCE A LA --
LARGA A LA DESTRUCCIÓN DIFUSA DE LOS ISLOTES DE LANGE-
R HANS.

EN SUMA, LAS FORMAS HABITUALES DE LA DIABETIS SON
LA CONSECUENCIA DE UNA FRAGILIDAD DE LAS CÉLULAS ISSU-

LINDOSECRETORAS, TRANSMITIDA HEREDITARIAMENTE, A LA MASE-
RA DE UN CARACTER MENDELIANO RECESIVO. ESTA FRAGILI-
DAD PUEDE SIN DUDA PERMANECER LATENTE DURANTE TODA LA -
VIDA. PERO PUEDE SALIR A LA LUZ CON OCASIÓN NO IMPOR-
TA QUE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDA PROTOCAR UN SURTEO--
SECRETORIO PROLONGADO DE LAS CÉLULAS BETA. EL CRECI-
MIENTO, EL ESTADO DE GRAVIDEZ Y LA OBESIDAD SON LAS CON-
DICIONES HABITUALES DE TAL SURTEO.

CONCLUSIÓN.

HEMOS PRESENTADO ÉSTAS DIFERENTES TESIS EN RAZÓN -
DE LA COMPLEJIDAD DE ESTA ENFERMEDAD, PUES SI SE DESEA
CONOCER LA VERDADERA CAUSA, NO HAY QUE LIMITARSE A UN--
SOLO ÓRGANO, NI A UN SOLO SISTEMA, NI A UNA SOLA TEOR-
ÍA; HAY QUE ABRAZARLOS TODOS.

HAY UN HECHO CIERTO: LAS AUTOPSIAS DE LOS DIABÉTIC-
OS NO REVELAN NINGUNA LESIÓN ORGÁNICA, SINO MUCHAS CON-
GESTIONES E INTOXICACIONES DEL HÍGADO, DEL ESTÓMAGO, DE
LOS RIÑONES Y A VECES UNA ALTERACIÓN DEL SISTEMA NERVIQ-
SO.

ESTA ENFERMEDAD PUEDE SER PRODUCIDA POR UN MAL --
FUNCIONAMIENTO DEL HÍGADO, DE LOS HÍPOFISIS O DE LOS IS-
LOTOS LANGERHANS DEL PÁNCREAS, PERO TAMBIÉN POR UN DE-
SÉQUILIBRIO DE LOS CENTROS NERVIOSOS QUE DIRIGEN LAS -
DIVERSAS FUNCIONES DE ASIMILACIÓN Y DESASIMILACIÓN. SE
PUEDE PUES AFIRMAR QUE LA DIABETES ES ESA ENFERMEDAD -
DE LA NUTRICIÓN QUE TENDRÁ POR CONSECUENCIA UN DESARRE-
GLO GLANDULAR Y TAMBIÉN UN DESARREGLO DEL SISTEMA NER-
VIOSO.

LA DIABETES SE DESARROLLA CADA DÍA MÁS Y SIN QUE-
NADIE SE HAYA PREGUNTADO POR QUÉ. SIN EMBARGO, JAMÁS
COMO AHORA SE HAN CONSUMIDO TAN IMPORTANTES CANTIDADES
DE AZÚCAR INDUSTRIAL. BASTA ABRIR UN PERIÓDICO CUAL-
QUIERA PARA HALLAR EN ÉL UNA PÁGINA ENTERA EN FAVOR --
DEL AZÚCAR: * EL AZÚCAR ES LA SALUD, O MEJOR AÚN * ---
* EL AZÚCAR, SON HIDRATOS DE CARBONO, Y POR TANTO, ---
FUERZA, VITALIDAD, SALUD *; O BIEN: *DEPORTISTAS, CO-
MEN AZÚCAR *; * DÉBILITADOS, RECUPERARÉIS FUERZAS CON-
SUMIENDO AZÚCAR, Y SOBRE TODO, DAD AZÚCAR A VUESTROS--
HIJOS PARA QUE SEAN FUERTES Y SANOS *.

UNA TAL PUBLICIDAD INFLUYE EXORNICAMENTE AL PÚBLICO QUE LEE ES VERDAD. ENGAÑADOS POR UNA PUBLICIDAD FALSA. LA GENTE CONSUME CADA VEZ MÁS AZÚCAR, CREYENDO --- OBRAR BIEN.

PARA QUÉ EXPERIMENTAR Y MARTIRIZAR TANTOS POBRES- ANIMALES INOCENTES EN LOS LABORATORIOS, PARA LLEGAR A- ENCONTRAR UN REMEDIO CONTRA LA DIABETES, CUANDO ESTE - REMEDIO ES MUY SENCILLO, Y AL ALCANCE DE TODO EL MUNDO.

Y ÉSTE REMEDIO, EL ÚNICO QUE PUEDE CURAR VERDADERAMENTE LA DIABETES, CONSISTE EN SUPRIMIR LAS CAUSAS-- QUE HAN PROVOCADO LA ENFERMEDAD, Y SEGUIR UNA ALIMENTA- CIÓN NORMAL Y NATURAL Y UN RÉGIMEN DE VIDA DE ACUERDO- CON LAS LEYES DE LA NATURALEZA.

LAS ESTADÍSTICAS HABLAN POR SI MISMAS: MUCHOS DIA- BÉTICOS SON OBESOS, LO QUE QUIERE DECIR ERRORES ALIMEN- TICIOS Y ALIMENTACIÓN DEMASIADO ABUNDANTE. SEÑALEMOS QUE UN GRAN NÚMERO DE DIABÉTICOS SON GRANDES COMEDORES DE CARNE.

SI LA ORINA DEL DIABÉTICO CONTIENE AZÚCAR, ES PORQUE SU SANGRE ESTÁ SOBRECARGADA DE ÉL Y QUE LOS RIÑONES, A PESAR DE SUS ESFUERZOS, NO LLEGAN A ELIMINARLO-TOTALMENTE. PERO ESTE EXCESO DE AZÚCAR EN LA SANGRE-NO CONSTITUTE LA DIABETES EN SU CONSECUENCIA.

ESTA ENFERMEDAD RESIDE ESENCIALMENTE EN UNA FALSA ALIMENTACIÓN, TOMADA EN CANTIDAD EXCESIVA Y SOBRE TODO DEMASIADO AZUCARADA, QUE CAUSA TRASTORNOS DIGESTIVOS,-PROVOCA UNA MALA ASIMILACIÓN, Y PARTICULARMENTE DE LA-GLUCOSA CONTENIDA EN LOS HIDRATOS DE CARBONO O AZÚCAR-QUE SE HALLA EN LAS SUSTANCIAS ALIMENTICIAS.

EN EL HOMBRE NORMAL, CUANDO LA DIGESTIÓN ES BUENA, EL AZÚCAR ES ASIMILADO POR LAS CÉLULAS, GRACIAS A-LAS HORMONAS SECRETADAS POR DIVERSAS GLANDULAS (HIPÓFISIS, SUPRARRENALES, GENITALES), PERO PRINCIPALMENTE --POR EL PÁNCREAS Y EL HÍGADO. YA HEMOS VISTO QUE EL-PÁNCREAS SECRETA UNA HORMONA: LA INSULINA, QUE DESEMPEÑA UN PAPEL ESENCIAL EN LA ASIMILACIÓN DE LA GLUCOSA PUES ESTA HORMONA TIENE POR FUNCIÓN ESENCIAL REGULARIZAR EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO.

SI PUES EL PÁNCREAS, POR UN TRASTORNO CUALQUIERA NO SECRETA SUFICIENTE INSULINA, LA GLUCOSA NO SERÁ -- COMPLETAMENTE ASIMILADA Y PERMANECERÁ TAL EN LA SANGRE. SI AUMENTA PASARÁ A LA ORINA.

LA DIABETES QUE COMIENZA POR SER ENFERMEDAD DE LA NUTRICIÓN, ACABA POR ALCANZAR EL SISTEMA GLANDULAR Y EN PARTICULAR EL PÁNCREAS Y EL HÍGADO.

EN SU COMIENZO, NO PROVOCA TRASTORNO SERIO, COMO YA NEMOS DICHO, Y PUEDE POR TANTO PASAR DESAPERCIBIDA DURANTE BASTANTE TIEMPO SI NINGUNA CIRCUNSTANCIA NO VIENE A AGRAVAR EL ESTADO DEL ENFERMO.

ES POR ESTO QUE SERÍA NECESARIO, DESDE LA APARICIÓN DE UNO DE LOS SÍNTOMAS QUE LUEGO EXHIBIREMOS, HACER UN ANÁLISIS DE LA SANGRE A FIN DE CONOCER LA TASA DE AZÚCAR QUE CONTIENE Y TOMAR INMEDIATAMENTE LAS DISPOSICIONES PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD, MÁS BIEN QUE ESPERAR EN LA IGNORANCIA QUE LA ENFERMEDAD LLEGUE A UN ESTADO MUY AVANZADO.

HAY QUE TENER EN CUENTA TAMBIÉN QUE, INCLUSO SI LA DIABETES NO ES CONGÉNITA, LOS DESCENDIENTES DE DIABÉTICOS ESTÁN PREDISPUUESTOS A ELLA POR UNA SANGRE TA-
YACIADA. EL NIÑO NACIDO DE PADRES DIABÉTICOS DEBE--
RIA PUES SER CUIDADO Y VIGILADO DESDE SU NACIMIENTO,--
PUES LA DIABETES DE LOS NIÑOS EVOLUCIONA RÁPIDAMENTE--
HACIA UNA SALIDA FATAL SI NO ES TRATADA A TIEMPO.

ES FÁCIL COMPRENDERLO, POR EL HECHO DE QUE EL --
NIÑO HA VENIDO AL MUNDO CON UNA SANGRE CORROMPIDA; --
AHORA BIEN, SI EN LUGAR DE CUIDARLO PREVENTIVAMENTE
POR MEDIOS NATURALES, SE LES INTOXICA CON ALIMENTOS--
ANTINATURALES Y DEMASIADO AZUCARADOS, EL MAL EVOLUCIO
NARÁ MÁS RÁPIDAMENTE. SIEMTRAS QUE, TRATADO NATURAL
MENTE HALLARÁ UNA FUERZA DE REACCIÓN PARA PODER COMBA
TIR Y VENCER LA ENFERMEDAD.

CAPÍTULO IV

EL NIÑO DIABÉTICO.

ES RARO QUE EN EL RECIÉN NACIDO SE SUFRA DE DIABETES, PERO PUEDE OCURRIR A VECES. EN ESTE CASO, LA ENFERMEDAD ES DE ORIGEN HEREDITARIO Y EN PRINCIPIO NO SE MANIFIESTA HASTA LA EDAD DE 4 A 5 AÑOS.

CUANDO UN NIÑO CUENTA ENTRE SUS ASCENDIENTES SUJETOS QUE PADECEN DE DIABETES MACHA, SUS PADRES DEBEN VIGILARLO, PUES ÉSTA ENFERMEDAD NO APARECE DE IMPROVISO.

EL ANALISIS DE ORINA PUEDE REVELAR UNA GLUCOSURIA QUE TRADUCE UNA HIPERGLUCEMIA MODERADA QUE CONVIENE -- TRATAR DESDE ESTE INICIO PREDIABÉTICO. SI NO SE HACE ASÍ, LA EVOLUCIÓN SE ACELERA, Y LOS PADRES SE ENCUENTRAN BRUSCAMENTE ANTE LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE LA CRISIS DE ÁCIDOCITOSIS.

LA DIABETES JUVENIL, MACRA O CONSENTIVA APARECE EN LA INFANCIA. EN ESTOS SUJETOS EL PÁNCREAS ES DEFICIENTE. LOS ISLOTES DE LANGERHANS ESTÁN ALTERADOS, Y LA SECRECIÓN INSULÍNICA DE LAS CÉLULAS BETA ES NOTORIAMENTE INSUFICIENTE Y, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, --- INEXISTENTES. SE TRATA AQUI DE UNA FORMA SEVERA QUE--- EXTRAÑA LA DESMUTRACIÓN Y LA ACIDOSIS, Y SOLO UN TRATA MIENTO ASIDUO PERMITE SOBREVIVIR A LOS ENFERMOS.

LA DIABETES JUVENIL ES MUCHO MENOS FRECUENTE QUE LA DIABETES SENIL. AFECTA SOBRE TODO A LOS NIÑOS Y A LOS ADOLESCENTES. LOS ADULTOS ESTÁN MENOS EXPUESTOS A ELLA Y POR ASÍ DECIRLO JAMÁS DESPUÉS DE LOS CUARENTA AÑOS, AL MENOS EN FASE PRIMARIA.

LOS MÁS RECIENTES TRABAJOS DE GENÉTICA HAN REVELADO QUE, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LA DIABETES TIENE UN CARÁCTER HEREDITARIO. EL SUJETO ESTÁ TANTO MÁS EXPUERTO CUANTOS MÁS DIABÉTICOS HAY ENTRE SUS ASCENDIENTES. SEGÚN CIERTOS AUTORES, SE TRATARÍA DE UNA TARA RECESIVA, ES DECIR, QUE NO AFECTARÍA A TODOS LOS DESCENDIENTES, SINO QUE REAPARECERÍA DE VEZ EN CUANDO EN

LA LÍNEA FAMILIAR, CUANDO EL PADRE Y LA MADRE LLEVAN -
CADA UNO ESTE CARÁCTER HEREDITARIO, SIN SER ELLOS MIS-
MOS DIABÉTICOS.

LAS ESTADÍSTICAS DEMUESTRAN QUE LA FRECUENCIA DE-
ESTA ENFERMEDAD EN LAS FAMILIAS DE DIABÉTICOS ES DE --
APROXIMADAMENTE EL 37 CONTRA EL 1.25 EN LAS OTRAS.

EL ESTUDIO DE LOS GEMELOS ES IGUALMENTE MUY REVE-
LADOR. ASÍ EN LOS VERDADEROS GEMELOS, SI UNO DE ----
ELLOS ES AFECTO DE DIABETES JUVENIL, EN EL 50% DE LOS-
CASOS APROXIMADAMENTE, EL OTRO GEMELO ES IGUALMENTE --
DIABÉTICO. EN CAMBIO, SI SE TRATA DE FALSOS GEMELOS,
ES DECIR DE DOS NIÑOS NACIDOS AL MISMO TIEMPO, PERO --
PROVENIENTES DE DOS ÓVULOS DISTINTOS, FECUNDADOS POR--
ESPERMATOZOIDES DIFERENTES, LA PROPORCIÓN ES SOLO DEL-
37.

LAS ESTADÍSTICAS PRUEBAN TAMBIÉN QUE PARA LOS VER-
DADEROS GEMELOS, EN LA SEGUNDA PARTE DE LA VIDA, DES-
PUÉS DE LOS CUARENTA AÑOS DE EDAD, SI UNO DE ELLOS ES_
DIABÉTICO, EL OTRO LO ES TAMBIÉN CASI SIEMPRE.

SÍNTOMAS DE LA DIABETES JUVENIL.

AUNQUE SEA REITERAREMOS, RECORDAREMOS QUE LOS ---
PRINCIPALES SÍNTOMAS DE LA DIABETES MAGRA O CONSUNTIVA
CON UNA SED EXCESIVA Y UN AUMENTO DE LA SENSACIÓN DE--
HAMBRE.

LA POLIDIPSIA QUE EXTRAÑA EL CONSUMO DE VARIOS LI
TROS AL DÍA, VA LIGADA A LA POLIURIA O EXCRECIÓN DE VA
RIOS LITROS DE ORINA DIARIAMENTE.

AUNQUE LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS MUESTRAN UN APE
TITO EXAGERADO O POLIFACIA, ALGUNOS, AL CONTRARIO NO -
TIENEN HAMBRE Y PADECEN DE DISPEPSIA. UNOS Y OTROS--
ABELGACEN RÁPIDAMENTE VARIOS KILOS Y NO PUEDEN REALI--
ZAR GRANDES ESFUERZOS.

MUCHOS ENFERMOS PADECEN DE ASTENIA PERMANENTE.

SE LA PUEDE DESCUBRIR POR EL ALIMENTO CARACTERÍS
TICO QUE EXHALA UN OLORES DE ACETONA, Y TAMBIÉN POR EL
HECHO DE QUE EL ENFERMO TIENE VÓMITO.

ESTOS SÍNTOMAS PUEDEN APARECER DE UN MOMENTO A OTRO, MUY FRECUENTEMENTE TRAS UNA ESPERMEZADA INFECCIOSA SI HA SIDO TRATADA POR LA ALDPATÍA.

EN CUALQUIER CASO ES INDISPENSABLE, A LA PRIMERA ALERTA, HACER EFECTUAR UN EXAMEN PARA CONOCER LA CANTIDAD DE AZÚCAR CONTENIDO EN LA ORINA Y EN LA SANGRE. LA PRESENCIA DE AZÚCAR EN LA ORINA O GLUCOSURIA Y LA HIPERGLUCEMIA O AZÚCAR EN LA SANGRE SON PUESTAS EN EVIDENCIA MEDIANTE LOS ANÁLISIS Y CONFIRMAN Y PERMITEN HACER EL DIAGNÓSTICO.

LA GLUCOSURIA ES A VECES DESCUBIERTA FORTUITAMENTE EX OCASIÓN DE UN ANÁLISIS DE CONTROL.

SI SE TRATA DE UN LACTANTE, CASO FELIZMENTE BASTANTE RARO, LAS SUBIDA HIPERGLUCÉMICAS ALTERNAS CON PERÍODOS DE DISMINUCIÓN DE LA TASA DE AZÚCAR QUE SIN ESPERAR LA NORMAL, REDUCE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS. ESTA INESTABILIDAD DE LA HIPERGLUCEMIA OBLIGA A VARIAR LAS DOSIS DE INSULINA.

LA DIABETES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE ES GENERALMENTE MENOS INESTABLE. A MEDIDA QUE EL SUJETO AVANZA EN EDAD, SU ENFERMEDAD DEL METABOLISMO DE LOS GLÚCIDOS ADQUIERE UNA FORMA CADA VEZ MÁS SIMILAR A LA DE LA DIABETES GRAVE DE LOS ADULTOS.

EL DESCUBRIMIENTO DE LA INSULINA HA MODIFICADO--- A FORTUNADAMENTE EL PRONÓSTICO DE LA EVALUACIÓN DE LA--- DIABETES JUVENIL O CONSUSTIVA. LA INSULINA EVITA, NO SOLAMENTE EL DESENLACE FATAL QUE INTERVENÍA OTRA RÁPIDAMENTE, SINO QUE PERMITE AL NIÑO UNA ESCOLARIDAD Y --- UNA ACTIVIDAD NORMAL.

CUIDADOS QUE REQUIERE EL NIÑO DIABÉTICO.

LA DIABETES JUVENIL ES MÁS DIFÍCIL DE CURAR, Y ÉS TOS ENFERMOS NECESITAN UNA VIGILANCIA CONTINUA. EL - EXAMEN DE LA ORINA DEBE SER MUY FRECUENTE, VARIAS VE-- CES AL DÍA, Y REFERIRSE A LOS CUERPOS CETÓNICOS, LO -- MISMO QUE A LA GLUCOSA. EL NIÑO DEBE APRENDER RÁPIDA MENTE A PRACTICAR EL EXAMEN ÉL MISMO Y ANOTAR LOS RE-- SULTADOS EN FICHAS O UN CUADRÓN QUE TENDRÁ PERFECTA---

HENTE AL DÍA.

PARA ESTOS ANÁLISIS EXISTEN CLINO-REACTIVOS, GLUCOSA Y ACETONA, QUE CONSTITUYEN UN PROCEDIMIENTO SENCILLO Y RELATIVAMENTE PRECISO. SIGUIENDO LA INDICACIÓN DEL MÉDICO, HAY QUE HACER UN CONTROL EXACTO DE LA GLUCOSURIA. EN GENERAL UNA VEZ AL MES. NO ES NECESARIO VERIFICAR PERIÓDICAMENTE LA GLUCEMIA QUE, SI ES INDISPENSABLE PARA ESTABLECER EL BALANCE INICIAL DE TODA DIABETES, TIENE MENOS INTERÉS DESPUÉS. UNA VERIFICACIÓN DE VEZ EN CUANDO ES SUFICIENTE.

EN CAMBIO, HAY QUE HACER ANÁLISIS DE UREA Y DE COLESTEROL, INVESTIGAR LA ALBÚMINA EN LA ORINA PROTEINURIA DOS VECES AL AÑO REGULARMENTE.

NO HACE FALTA SEÑALAR QUE SI EL TRATAMIENTO NO ES CORRECTO Y ASIDUAMENTE PRACTICADA, EL JOVEN ENFERMO ESTÉ EXPUESTO AL COMA DIABÉTICO. SI SE PRODUCE ESTA EVENTUALIDAD, LLAMAR AL MÉDICO CON TODA URGENCIA. PERO ES PRECISO QUE EL ENFERMO Y CUANTOS LE RODEAN SEAN MUY NEGLIGENTES PARA LLEGAR A ESOS ESTREMOS. EN

EFFECTO, EL PROCESO DE LA ÁCIDO-CETOSIS SE PUEDE DESCOBRIR POR SÍNTOMAS QUE SON ESCASOS: PÉRDIDA DE APETITO, NERVIOSISMO, INSOMNIO Y A VECES NÁUSEAS Y DOLOR DE CABEZA. ESTOS SÍNTOMAS DEBEN INDICAR A APLICAR EL TRATAMIENTO PARA EVITAR LA PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.

MIENTRAS NO SE PRODUCE EL COMA, UN TRATAMIENTO -- CONVENIENTE, PRACTICANDO SIN PÉRDIDA DE TIEMPO, SE MOSTRARÁ EFICAZ.

PERO SI EL NIÑO CAE EN UN COMA COMPLETO, SU VIDA CORRE ENTONCES SERIOS PELIGROS. EN UNA PRIMERA FASE, SE DESINTERESA DEL MUNDO EXTERIOR, BOSTEZA FRECUENTEMENTE, SUS PÁRPADOS ESTÁN SEMICERRADOS, Y RESPONDE A LAS PREGUNTAS CON INDIFERENCIA, MUY LENTAMENTE, Y CON MONOSÍLABOS.

LA SEGUNDA ESTÁ MARCADA POR UN SUEÑO CADA VEZ MÁS PROFUNDO QUE AÚN ES POSIBLE INTERRUMPIR.

DESPUÉS VIENE LA TERCERA FASE EN LA QUE ES ABOLIDO TODO CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR. LA PÉRDIDA--

DE LA CONSCIENCIA ES TOTAL Y LA PALIDEZ EXTREMA.
SI PARA Apreciar LA PROFUNDIDAD DEL COMA SE PRUEBA--
DE INTRODUCIR UNA CUCHARADA DE AGUA ENTRE LOS LA--
BIOS DEL ENFERMO, EL LIQUIDO NO PASA.

EL REFLEJO DE LA DEGLUCIÓN ESTÁ SUSPENDIDO.
AL MISMO TIEMPO, EL PULSO SE ACELERA Y LA RESPIRA--
CIÓN SE VEE ESTRECORTADA SOBRE UN RITMO MUY PARTI--
CULAR. EL EQUILIBRIO MINERAL Y ELÉCTRICO DEL ORGA--
NISMO ESTÁ REVUELTO A CONSECUENCIA DEL FALLO DEL RÍ--
GADO, DE LOS RIÑONES, DE LOS SISTEMAS NERVIOSO Y --
CIRCULATORIO Y DE LOS DE DESHIDRATACIÓN.

PARA EVITAR QUE LA TENSION ARTERIAL NO SE HUN--
DA, DEBE INSTITUIRSE UNA TERAPÉUTICA DE URGENCIA ME--
DIANTE REHIDRATACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE INSULINA Y--
DE COCARBOXILASA. LA COCARBOXILASA ES UN COENZIMA
QUE PARTICIPA EN LA RECONSTITUCIÓN DE GLUCÓGENO EN--
EL HÍGADO Y TAMBIÉN EN LA REDUCCIÓN DE LA GLUCOSA Y
SU TRANSFORMACIÓN EN LÍPIDOS. ES UN COADYUVANTE -
DE LA INSULINA.

DOS VECES AL AÑO, SE HARÁN EXÁMENES A FONDO DEL OJO. LA OBSERVACIÓN DE UN COMIENZO DE LESIÓN DE LAS ARTERIAS EN EL FONDO DEL OJO PUEDE REVELAR UN PRINCIPIO DE ARTERIOESCLEROSIS O DE ATEROMATOSIS, UNA FRAGILIDAD CAPILAR. LA TENSIÓN DEL FONDO DEL OJO PUEDE ESTAR ASOCIADA A LESIONES DE LAS ARTERIAS. ADEMÁS, LOS GLOMÉRULOS DEL RIÑÓN ESTÁN AMENAZADOS DE OBTURACIÓN. LOS VASOS DE LAS PIERNAS ESTÁN EXPUESTOS A ALTURACIONES.

ESTA VIGILANCIA DEBE EJERCERSE PARTICULARMENTE A PARTIR DEL DÉCIMO AÑO DE LA ENFERMEDAD. SI NO SE HACE ASÍ, LA DEGENERESCENCIA DE LAS ARTERIAS Y ARTERIOLAS PUEDE AMENAZAR LA VISTA Y HASTA LA VIDA DEL PACIENTE.

EL TRATAMIENTO DEL NIÑO DIABÉTICO DEBE SER PRACTICADO SIEMPRE BAJO EL CONTROL DEL MÉDICO,

PERO IMPORTA MUCHO QUE LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES PUEDAN LLEVAR UNA VIDA COMPLETAMENTE NORMAL.

EN CUANTO ES POSIBLE, EL NIÑO DEBE ANALIZAR ÉL--
MISMO SU ORINA Y HACER LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS DE
INSULINA, EN GENERAL A PARTIR DE LA EDAD DE TRECE ---
AÑOS. ASI ESCAPA A LA SERVIDUMBRE MÉDICA.

SE HA DRÁ CONSIDERADO LA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL--
DE LOS ANÁLISIS, EN RAZÓN DE LAS NUMEROSAS CAUSAS CA--
PACES DE HACER VARIAR LA HIPERGLUCEMIA DE LOS JÓVE---
MES: CRECIMIENTO, ENFERMEDADES INFANTILES, PUBERTAD.

SE RECOMIENDA (PARA LOS ADULTOS TAMBIÉN) TENER--
UN CUADERNO DE TRATAMIENTO, PARA ANOTAR LOS RESULTA--
DOS DIARIOS DE LOS ANÁLISIS DE ORINA, LAS DOSIS DE IN--
SULINA INYECTADAS SEGÚN LAS PRESCRIPCIONES DEL MÉDICO
LOS EVENTUALES INCIDENTES RELATIVOS A ESTAS INYECCIO--
NES.

ESTE CUADERNO CONSTITUTE A LO LARGO PARA EL DIA--
BETICO UNA VERDADERA MEMORIA QUE LE PERMITE CONOCER--
MEJOR Y PREVER ASÍ SUS REACCIONES. CONOCIENDOSE ---
BIEN EL ADOLESCENTE ESTÁ EN SITUACIÓN DE PARTICIPAR--
CASI NORMALMENTE EN LAS ACTIVIDADES DE LA JUVENTUD, -

DE VIAJAR, DE IR DE VACACIONES SOLOS.

UN TRATAMIENTO Y UNA ALIMENTACIÓN PERFECTAMENTE-
ADAPTADOS, PERMITEN ASEGURAR AL NIÑO UN CRECIMIENTO Y
UN PESO SATISFACTORIOS, ES DECIR, UN DESARROLLO ESTRA-
TURO-PONDERAL NORMAL Y EVITARLE TODA CETOSIS.

MEDIANTE LA EDUCACIÓN EN EL SENTIDO INDICADO, EL
NIÑO DIABÉTICO APRENDERÁ A DOMINAR LA ENFERMEDAD Y HA-
CERSE UN HOMBRE CAPAZ DE LLEVAR UNA VIDA NORMAL.

CAPÍTULO V

HISTORIA CLÍNICA PARA UN PACIENTE
DIABÉTICO

SE TRATA DE EXPLICAR CON BREVES PALABRAS LAS Bases PARA LA ELABORACIÓN DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

Y ESTA CONSTA:

DATOS ESTADÍSTICOS.

a) NOMBRE _____ b) EDAD _____ c) SEXO _____

d) DIRECCIÓN _____ e) OCUPACIÓN _____

f) LUGAR DE NACIMIENTO _____

g) ESTADO CIVIL _____

h) FECHA DE EXAMEN _____

QUEJAS PRINCIPAL.- DENTRO DE ESTA, TENEMOS A LOS -

SIGNOS FÍSICOS Y SINTOMATOLOGÍA POR EL PACIENTE PARA-
DESPUÉS DAR UN DIAGNÓSTICO CORRECTO.

A) SINTOMATOLOGÍA

- a) DIABETES NO COMPLICADA
 - b) COMPLICACIONES AGUDAS
 - c) COMPLICACIONES CRÓNICAS
- ESTUDIO ESPECIAL DE LOS
SÍNTOMAS.

DEBILIDAD GENERAL.

PÉRDIDA DE PESO

SED Y APETITO EXCESIVOS

B) SIGNOS FÍSICOS DE LA-
DIABETES.

C) ESTUDIO DE LABORATORIO
EN EL DIAGNÓSTICO DE-
LA DIABETES.

a) GLUCOSURIA

b) HIPERGLUCEMIA.

c) ANÁLISIS ESPECIALES.
PARA LOS CASOS DUDOSOS

a) COMIDA DE PRUEBA.

b) PRUEBA TIPO DE TOLE-
RANCIA A LA GLUCOSA.
GLUCEMIA VENOSA EN --
AYUNAS.
GLUCEMIA A LAS DOS HO-
RAS.

DENTRO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA DIABETES PUEDE CLASIFICARSE EN 3 GRUPOS:

- a) DIABETES NO COMPLICADA
- b) DIABETES CON COMPLICACIONES AGUDAS
- c) SÍNTOMAS DE LA DIABETES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS.

a) DIABETES NO COMPLICADA.

LOS SÍNTOMAS QUE SE OBSERVAN SON: FATIGA, POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA, PÉRDIDA DE PESO Y PRURITO. LA INICIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN ESTOS CASOS SUELE SER INSIDIOSA, PERO TAMBIÉN PUEDE REALIZARSE DE MANERA REPENTINA, TAN BRUSCAMENTE, POR CIERTO, QUE ES POSIBLE PRECISAR CON CLARIDAD LA FECHA DEL COMIENZO DE LA DIABETES. ESTA ÚLTIMA FORMA DE INICIACIÓN SE OBSERVA -- CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS ENFERMOS JÓVENES.

b) COMPLICACIONES AGUDAS.

EN ESTOS CASOS SE OBSERVA UNA RÁPIDA INTENSIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA DIABETES NO COMPLICADA, JUN

TAMENTE CON LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE UNA INFECCIÓN AGUDA, POR EJEMPLO: ÁNTROX, FURÚNCULO, INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. SI NO ACTÚA EL TRATAMIENTO, SE PRESENTAN TODOS LOS SÍNTOMAS DE LA CETOSIS-DIABÉTICA-ANDREXIA, NAUSEAS Y VÓMITO, SEQUEDAD DE BOCA SOMNOLENCIA, DOLOR ABDOMINAL Y ASMA, CUYO DESARROLLO PUEDE SER GRADUAL, EN EL CURSO DE VARIOS DÍAS Y EN APARIENCIA SIN NINGUNA OTRA COMPLICACIÓN, PERO QUE POR REGLA GENERAL SE DESARROLLA CON RAPIDEZ EN ALGUNAS HORAS Y SUELE COMPROBARSE LA EXISTENCIA DE UNA COMPLICACIÓN-ÁGUDA DESENCABENANTE. ENTRE LAS COMPLICACIONES ÁGUDAS FRECUENTES EN LA DIABETES FIGURA LA OCLUSIÓN DE UNA ARTERIA CORONARIA, CON EL CARACTERÍSTICO DOLOR RETROESTERNAL.

c) COMPLICACIONES CRÓNICAS.

LOS SÍNTOMAS DETERMINADOS POR COMPLICACIONES CRÓNICAS O ASOCIADAS A ELLOS CORRESPONDEY EN SU MAYORÍA A ALTERACIONES DEGENERATIVAS, Y ÉSTAS AFECTAN PRINCIPALMENTE AL SISTEMA VASCULAR. LA PÉRDIDA DE VISIÓN MÁS O MENOS INTENSA REPENTINA O GRADUAL, Y CON MENOR FRE---

CUENCIA, LOS DOLORS DE CABEZA, SON SÍNTOMAS QUE SUGIEREN LA EXISTENCIA DE RETINITIS DIABÉTICA, CATARATAS Y GLAUCOMA.

EL DOLOR O ADORMECIMIENTO RETROEXTERNAL O BIEN EL DOLOR EN EL HOMBRO Y BRAZO IZQUIERDO, AGUZADOS POR EL EJERCICIO Y RÁPIDAMENTE ALIVIADO MEDIANTE EL TRATAMIENTO CON NITROGLICERINA, INDICAN UNA INSUFICIENCIA DE LA CIRCULACIÓN CORONARIA.

LA GLOMERULOSCLEROSIS INTERCAPILAR DETERMINA DEBILIDAD, NECTURINA, ADEMÁS MALESTARES CON HIPERTENSIÓN ALBUMINARIA Y RETINITIS.

EN LAS NEUROPATÍAS DIABÉTICAS SE PRESENTAN DOLORS EN LO LARGO DEL TRAYECTO DEL NERVIIO, SENSACIONES DE QUEMADURAS, ADORMECIMIENTO, HORMIGUEO Y DOLORS EN TENOS QUE AFECTAN A PIERNAS Y PIES Y SE PRESENTAN ESPECIALMENTE POR LA NOCHE, PARÁLISIS, MANIFESTACIONES TABÉLICAS, ALTERACIONES EN LA SUDORACIÓN E IMPOTENCIA.

LAS ALTERACIONES DE LAS SECRECIONES INTERNAS OCA
SIONAN IRREGULARIDADES EN LA MENSTRUACIÓN, AMENORREAS,
ESTERILIDAD RELATIVA Y DISTINTOS TRASTORNOS DURANTE
EL EMBARAZO EN LOS DIABÉTICOS.

ESTUDIO ESPECIAL DE LOS SÍNTOMAS.

LOS SÍNTOMAS PUEDEN SUGERIR UN DIAGNÓSTICO DE --
DIABETES, PERO NADA MÁS. POR OTRA PARTE, LA COMPRO-
BACIÓN DE UNA GLUCOSURINA, PRIMER PASO HACIA EL DIAG-
NÓSTICO, SE VERIFICA, NO RARAS VECES, EN AUSENCIA DE
LOS SÍNTOMAS CLÁSICOS.

LA VARIEDAD SINTOMATOLÓGICA DE LOS CASOS TÍPICOS
DE DIABETES INDICA, SIN MÁS LA EXISTENCIA DE UN TRAS-
TORNO SISTEMÁTICO. LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES EN LA--
DIABETES NO TRATADA Y NO COMPLICADA SON: DEBILIDAD--
GENERAL, PÉRDIDA DE PESO, SED Y APETITO EXCESIVO, EMI-
SIÓN FRECUENTE Y SIN MOLESTIA, GRANDES CANTIDADES DE-
ORINA, NICTURIA, PRURITO.

DEBILIDAD GENERAL.

PUEDE SER ESTO EL ÚNICO SÍNTOMA DE UNA DIABETES -- Y ES EL QUE CON MAYOR FRECUENCIA HAN ESTERORIZADO -- NUESTROS ENFERMOS. COMO LA DEBILIDAD SE PRESENTA EN GRAN NÚMERO DE ENFERMEDADES, TIENEN UN POCO VALOR PARA DARLOS A CONOCER LA NATURALEZA DEL PROCESO QUE LA PRODUCE REALMENTE. SIN EMBARGO, ESTE SÍNTOMA REQUIERE CONSIDERACIÓN CASI DUBIOSA, Y SERÁ BUENA PRÁCTICA EXAMINAR POR COMPLETO A LOS ENFERMOS QUE LA PRESENTAN.

PÉRDIDA DE PESO.

ES FRECUENTE UNA RÁPIDA PÉRDIDA DE PESO EN INDIVIDUOS APÉRTICOS, SOBRE TODO EN LOS DIABÉTICOS JÓVENES.

ESTE SÍNTOMA PUEDE EXPLICARSE FÁCILMENTE. GRAN PARTE DE LA PÉRDIDA DE PESO SE DEBE A LA GLUCOSURIA, CUYA INTENSIDAD VARÍA ENTRE SIMPLES INDICIOS Y CIFRAS TAN GRANDES COMO UN 15%. LA GLUCOSURIA DETERMINA -- UNA FORMA CARACTERÍSTICA DE ADELGAZAMIENTO Y EXPLICA-

LA PARADOJA DE QUE, A PESAR DEL GRAN APETITO E INGESTIÓN DE ALIMENTOS EN CANTIDADES MUY SUPERIORES A LO--NORMAL, CONTINÚA LA PÉRDIDA DE PESO.

SED Y APETITO EXCESIVOS.

HASTA EL MOMENTO EN QUE INTERVIENE LA CETOSIS,--AMBOS SÍNTOMAS SE ENCUENTRAN EN RAZÓN DIRECTA DE LA --INTENSIDAD DE LA GLUCOSURIA. AL PRESENTARSE LA CETO--SIS, LA POLIFAGIA ES REEMPLAZADA POR LA ANOREXIA. EL APETITO EXCESIVO ES UN INTENTO PARA COMPENSAR LAS--PÉRDIDAS NUTRITIVAS. LA POLIDIPSIA LO ES DE LAS PÉ--RDIDAS DE LÍQUIDOS. TANTO LA SED COMO LA EMISIÓN DE--GRANDES CANTIDADES DE ORINA FIGURAN ENTRE LOS SÍNTO--MAS MÁS FRECUENTES DE LA DIABETES, Y SE PRESENTAN ---APROXIMADAMENTE EN LAS TRES CUARTAS PARTES DE LOS CA--SOS. ESTOS ENFERMOS EXPERIMENTAN CON FRECUENCIA DO--LOR DE ESPALDA, SÍNTOMA QUE PUEDE PRESENTARSE IGUAL--MENTE EN LAS PERSONAS SANAS, DESPUÉS DE BEBER GRANDES CANTIDADES DE AGUA. PARECE DEBERSE A UNA DISTENSIÓN DE LA CÁPSULA RENAL POR EL AUMENTO DE ACTIVIDAD DEL--RINÓN CONSECUTIVO A LA FILTRACIÓN DE CANTIDADES DE LI

QUIDOS MAYORES QUE LAS HABITUALES.

SIGNOS FÍSICOS DE LA DIABETES.

SON MUCHOS LOS DIABÉTICOS OBESOS, AUNQUE VARIOS DE ELLOS NO OFRECEN NINGUNA MANIFESTACIÓN FÍSICA DE SU DIABETES. SIN EMBARGO, CUANTO MAS MINUCIOSA ES LA EXPLORACIÓN A QUE SON SOMETIDOS ÉSTOS ENFERMOS, -- TANTO MAYOR ES LA FRECUENCIA CON QUE SE VE RECOMPENSADA POR LOS DESCUBRIMIENTOS DE ALTERACIONES, QUE AL SER RELACIONADAS CON LOS SÍNTOMAS, RESULTAN MÁS O MENOS CARACTERÍSTICAS. NOS REFERIMOS PARTICULARMENTE AL ASPECTO CANSADO, A LAS ARRUGAS Y LAXITUD DE LA PIEL DE LOS QUE EXPERIMENTAN SED EXCESIVA Y POLIDIPRIA.

COMO RESULTADO DE LA DIABETES SE PRESENTAN ADEMÁS, OTRAS ALTERACIONES DE LA PIEL, ESPECIALMENTE XANTHELASMA PALPEBRARUM, Y EN RAROS CASOS XANTHOMA DIABETICORUM Y NECROSIS LIPODICA DIABETICORUM.

AUNQUE EL DIABÉTICO PUEDE APARENTAR TODOS LOS GRADOS DE SALUD, DESDE EL SUJETO ROBUSTO Y DE ASPECTO NORMAL HASTA EL DE GRAVE ENFERMEDAD PROPIA DE CETOSIS, ES NECESARIO SUBRAYAR QUE MUCHAS ALTERACIONES FÍSICAS QUE PRESENTAN ÉSTOS ENFERMOS SON ORIGINADAS POR COMPLICACIONES.

EL DIABÉTICO NO TRATADO ES PARTICULARMENTE PROPENSO A: GINGIVITIS, PARODONTOSIS E INFECCIONES ESTAFILOCOCCICAS; POR EJEMPLO: FURÚNCULOS, ÁNTRAX Y BACTE-
REMIA.

ESTUDIO DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES.

EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES DEPENDE, EN ÚLTIMO TÉRMINO, DE LOS DATOS DEL LABORATORIO; ENTRE ÉSTOS SON LOS DE MAYOR IMPORTANCIA:

- 1.- GLUCOSURIA COINCIDENTE CON HIPERGLICEMIA.
- 2.- HIPERGLICEMIA.
- 3.- ANÁLISIS ESPECIALES EN LOS CASOS DUDOSOS:

- a) EFECTO SOBRE LA GLUCEMIA DE UNA COMIDA---
QUE CONTENGA 100 grs. DE HIDRATOS DE CARBONO.
- b) PRUEBA TIPO DE TOLERANCIA DE GLUCOSA.
- c) PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA UNA HORA DOS DOSIS (PROCEDIMIENTO DE ESTEYER --- ROSE).
- d) PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ADMINISTRADA INTRAVENOSAMENTE.

TAMBIÉN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES SE ESTABLECE-
TENIENDO EN CUENTA:

HISTORIA FAMILIAR.

ESTO NOS DARÁ LA OPORTUNIDAD DE VALORAR LAS TENDENCIAS HEREDITARIAS DEL PACIENTE O POSIBILIDADES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD DENTRO DE SU PROPIA FAMILIA.

EJEMPLO: CÁNCER, (TIPO BRITAN), DIABETES, ARTERIAS, ENFERMEDADES VASCULARES, ENFERMEDADES EN LA SAN-

GRE (HEMOFILIA, ASENIA PERNICIOSA).

ANTECEDENTES PERSONALES.

NOS INFORMARÁN SOBRE LAS ENFERMEDADES Y TRAUMATISMOS ANTERIORES. SE ESPECIFICA EN DETALLE EL TIEMPO DE INICIACIÓN, COMPLICACIONES, SECUELAS, TRATAMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL MÉDICO GENERAL -- QUE LO ATENDIÓ.

EXPLORACIÓN FÍSICA

SERÁ GENERAL Y DETALLADA.

HÁBITOS.

ESTO NOS INFORMARÁ DEL MÉTODO DE VIDA DEL PACIENTE: SUEÑO, DIETA O INGESTIÓN DE LÍQUIDOS. HAY QUE REGISTRAR CUIDADOSAMENTE LAS MEDICINAS QUE ESTÁ TOMANDO O QUE HA TOMADO, POR EJEMPLO: ANALGÉSICOS, ESTIMULANTES, VITAMINAS, TRANQUILIZANTES, SEDANTES, NARCÓTICOS MEDICINAS PRESCRITAS (DIGITAL, CORTISONA) Y EN PARTICULAR, LA RELACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS, SULFAMIDAS, --

SEBASTES Y OTROS MEDICAMENTOS.

SI EXISTIERA ALGUNA DUDA DEBIDO A LA HISTORIA CLÍNICA
TESTADA, SE DEBE CONSULTAR AL MÉDICO GENERAL, PARA ASÍ
VALORAR LAS CONDICIONES FÍSICAS DEL PACIENTE.

GLUCOSURIA.

LA EXISTENCIA DE LA GLUCOSA EN LA ORINA ES DE --
GRAN VALOR DIAGNÓSTICO POR LA FACILIDAD CON QUE SE --
REALIZA ANÁLISIS DE GLUCOSA EN LA ORINA EMITIDA DOS -
HORAS DESPUÉS DE LA COMIDA PRINCIPAL POR TODAS Y CADA
UNA DE LAS PERSONAS. DESCUBRIMOS UNA GLUCOSURIA EN --
DIABÉTICOS QUE NO SE ENCUENTRAN SOMETIDOS A TRATAMIEN
TO.

HIPERGLUCEMIA.

EN CASO DE LA DIABETES BENIGNA, LA DETERMINACIÓN
DE LA GLUCEMIA DOS HORAS DESPUÉS DE LA COMIDA ES UNA-
PRUEBA MÁS SENCILLA QUE EL EXAMEN DE LA GLUCEMIA EN -
AYUNAS. ESTO ES IMPORTANTE PORQUE LAS PRUEBAS ESPE-
CIALES SON NECESARIAS CON MAYOR FRECUENCIA EN EL DIAGN

NÓSTICO DE LA DIABETES, CUANDO LA ENFERMEDAD TIENE CA
RACTER BENIGNO.

EL MOMENTO EN QUE LA GLUCEMIA ES MÁS BAJA EN EL
DIABÉTICO NO TRATADO, ES PRECISAMENTE EL QUE PRECEDE-
INMEDIATAMENTE AL DESAYUNO; ES DECIR, EL FINAL DEL PE
RÍODO MÁS LARGO SIN ALIMENTAR DURANTE 24 HORAS.

EN LA DIABETES BENIGNA SE COMPRENDEN VALORES NOR
MALES DE LA GLUCEMIA EN AYUNAS. NO CABE DUDA DE QUE
HA OBTIDO CON FRECUENCIA UN DIAGNÓSTICO DE DIABETES-
POR CONFIRMAR EN EL VALOR DE LA GLUCEMIA EN AYUNAS.

UNICAMENTE AL INTENSIFICARSE LA DIABETES LA GLU-
CEMIA EN AYUNAS SE ELEVA POR ENCIMA DE SU VALOR NOR--
MAL. SI LA GLUCEMIA VENOSA EN AYUNAS DÁ REPETIDAMEN
TE CIFRAS SUPERIORES A 130 MILIGRAMOS POR 100 C.C. MÚ
TODO DE (FOLIN).

CUANDO EL ANÁLISIS DE LA GLUCEMIA VENOSA SE REAL
LIZA POR EL MÉTODO DE SOMOGYI, U OTROS PROCEDIMIE--
TOS QUE DAN VERDADERO VALOR DE LA GLUCEMIA, LAS CT--

FRAS SUPERIORES A 110 MILIGRAMOS POR 10 C.C. EN AYU--
NAS Y DE 150 MILIGRAMOS DESPUES DE UNA COMIDA, ESTÁ--
BLECEN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

ES POSIBLE LA CONFUSIÓN DE LA DIABETES CON OTROS
PROCESOS QUE ORIGINAN GLUCOSURIA E HIPERGLUCEMIA.
LA VIDA DE UN ENFERMO INCONSCIENTE QUE PRESENTE HIPE--
GLUCEMIA Y GLUCOSURIA A CONSECUENCIA DE UNA HEMORR--
GIA INTRACRANEAL, CORRE PELIGRO, ES EVIDENTE SI EL --
PROCESO SE CONFUNDE CON UNA CETOSIS DIABÉTICA Y ES --
ADMINISTRADA EN GRANDES CANTIDADES DE INSULINA.

CAPÍTULO VI

DIAGNÓSTICO DEL CIRUJANO DENTISTA.

LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS NOS AYUDAN EN -
EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES:

- 1.- HIPERSENSIBILIDAD DE PIEZAS DENTALES CLINICAMENTE SENSAS.
- 2.- FORMACIÓN ANORMALMENTE RÁPIDA DE TÁRTARO DENTARIO.
- 3.- PRESENCIA DE CARIES CERVICALES O CARIES ---- "BLANCAS".
- 4.- ENFERMEDAD PARODONTAL EN ESTADO AVANZADO CON INFLAMACIÓN DE ENCÍAS, MOVILIDAD DE PIEZAS DENTARIAS, DESTRUCCIÓN DE HUESOS, ETC.
- 5.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE DIABETES, OBESIDAD.

6.- POLIURIA, POLIDIPسيا Y POLIFAGIA.

LA SOSPECHA DE DIABETES NOS HARÁ INTENSIFICAR Y AMPLIAR NUESTRO INTERROGATORIO Y EXAMEN CLÍNICO SOBRE DICHA ENFERMEDAD.

LA HERENCIA Y LA OBESIDAD SON FACTORES QUE PUEDEN INDUCIR A LA DIABETES.

HAY UN DIAGRAMA, QUE INDICA LA POSIBILIDAD DE PADECER LA DIABETES, EN DICHO DIAGRAMA EL PACIENTE DEBE SEÑALAR DENTRO DEL CUADRO RESPECTIVO, CON UNA X SI ÉL O ALGUNO DE SUS FAMILIARES ES O FUE DIABÉTICO Y CON (o) CÍRCULO, ASÍ EL O ALGUNO DE SUS FAMILIARES ES O FUE OBESO.

DEBEMOS REFERIR AL PACIENTE COMO MÉDICO PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO Y REALIZAR EL TRATAMIENTO.

ESTA RELACIÓN CONJUNTA MÉDICO-DENTISTA ES DE MUCHA IMPORTANCIA TANTO PARA LO SATISFATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, COMO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

CAPÍTULO VII

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ODONTOLOGIA DENTAL CON UN PACIENTE DIABÉTICO.

DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE PARA LOGRAR EL TRATA-
MIENTO DENTAL EN UN PACIENTE DIABÉTICO O EN UNA PA-
CIENTE DIABÉTICA, TENEMOS NOSOTROS LOS CIRUJANOS DEN-
TISTAS QUE ESTAR EN CONTACTO CON EL MÉDICO, QUIEN SE-
RÁ EN REALIDAD EL QUE DECIDA LA INTERVENCIÓN TERAPÉU-
TICA DEL PACIENTE.

ANORA BIEN, PARA LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER IN-
TERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TE-
NEMOS QUE TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- a) TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR EL
AUMENTO DE GLUCERIA.

b) LA ELECCIÓN DEL ANESTÉSICO.

c) EMPLEAR PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

EN CASOS DE PACIENTES SIN TRATAMIENTOS NO DEBERÁN REALIZARSE EXTRACCIONES DENTALES SIN LA COLABORACIÓN DEL MÉDICO.

MEDIDAS QUE DEBEN TOMAR PARA EVITAR EL AUMENTO DE ---
GLUCEMIA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO:

1a).- EL PACIENTE DEBE ESTAR BAJO CONTROL MÉDICO

2a).- LOS NIVELES DE GLUCOSA EN LA SANGRE DEBEN DE ESTAR EN CONCENTRACIONES ACEPTABLES.

3a).- MANEJO CUIDADOSO DE LAS TÉCNICAS DENTALES POR ALTO RIESGO DEL PACIENTE.

4a).- TENER NOSOTROS UNA ACTITUD PARA ASÍ DE ÉSTA MANERA DAR CONFIANZA Y RELAJACIÓN AL ENFERMO, Y ASÍ EVITAR POSIBLES ACCIDENTES.

PLAN DE TRATAMIENTO DEL ODONTÓLOGO.

GENERALMENTE, EL ENFERMO DIABÉTICO PUEDE DAR UNA Apreciación exacta de su estado actual, puesto que él mismo hace la prueba del azúcar o una reacción de 1+. EL TRATAMIENTO DENTAL NO PRESENTA NINGÚN PROBLEMA, -- PERO SI EL ENFERMO TIENE DUDAS ACERCA DE LA REGULACIÓN DE SU DIABETES, EL DENTISTA DEBE PREGUNTARLE SI NOTÓ QUE TENÍA UNA SED MAS INTENSA, SI ORINABA MÁS O ADELGAZABA DE UNA MANERA ANORMAL. LA PRESENCIA DE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS, O DE TODOS ELLOS, ES SIGNO DE DIABETES NO CONTROLADA Y SI PERSISTE ALGUNA DUDA ES NECESARIO RECURRIR A LA CONSULTA MEDICA.

DEBEMOS SEÑALAR A LOS SUSTITUTOS DE LA INSULINA COMO POR EJEMPLO, EL DIABIXESE POR VÍA BUCAL, SO LO-- GRA CONTROLAR LA DIABETIS GRAVE; PERO SI EL ENFERMO-- TOMA ALGÚN HIPOGLUCEMIZANTE O RECULA SU ENFERMEDAD, -- ÚNICAMENTE LA DIETA, EL DENTISTA PUEDE CONSIDERAR QUE LA DIABETES DE SU ENFERMO NO ES GRAVE.

EL DIABÉTICO CONTROLADO O NO, PRESENTA UNA PRE--

DISPOSICIÓN MARGABA A LA APARICIÓN PRECOZ DE ARTERIOESCLEROSIS; POR TANTO, ES PRECISO QUE EL DENTISTA O SU ASISTENTE INVESTIGUE LA PRESENCIA DE POSIBLES SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y ANGINA DE PECHO.

CON FRECUENCIA, EL ENFERMO APREHENSIVO COMO MAL DINO COME ANTES DE LA CITA CON SU DENTISTA, Y A VECES, TAMPOCO LOGRA COMER DESPUÉS DE LA CONSULTA. SI PENSAMOS QUE EL TRATAMIENTO PLANEADO PUEDE HACER PERDERER VARIAS COMIDAS A NUESTRO ENFERMO DIABÉTICO, ES PRECISO QUE DISMINUYA A LA MITAD SU DOSIS NORMAL DE INSULINA O QUE LA SUPRIMA COMPLETAMENTE EL DÍA DEL TRATAMIENTO, A FIN DE PREVENIR TODA POSIBILIDAD DE CHOQUE INSULÍNICO. UNA GLUCEMIA ELEVADA DURANTE UN PERÍODO CORTO NO PRODUCE EFECTOS NOCIVOS.

ENTONCES EL MOMENTO IDEAL PARA LA INTERVENCIÓN ES DURANTE LA FASE DESCENDENTE DE LA CURVA DE LA GLUCEMIA. TAL MOMENTO VARÍA CONSIDERABLEMENTE SEGÚN EL TIPO DE INSULINA EMPLEADA, EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ADMINISTRACIÓN O LO ALEJADA QUE SE HAGA LA EXTRACCIÓN EN RELACIÓN A LAS HORAS DE ALIMENTOS.

APROXIMADAMENTE ENTRE UNA HORA Y MEDIA A TRES. -
DESPUÉS DEL DESAYUNO, PUEDE LLEVARSE A CABO LA EXTRA-
CIÓN CON BLOQUEADORES Y BAJO CONTROL MÉDICO, AUNQUE--
LA GLUCEMIA SEA ELEVADA, PERO EN NINGÚN CASO SE EX-
TRAERÁN VARIOS DIENTES EN UNA SOLA SESIÓN, YA QUE EL
RIESGO DE SHOCK AUMENTA CON LAS SESIONES PROLONGADAS.

ELECCIÓN DEL ANESTÉSICO.

ES PREFERIBLE EL USO DE BLOQUEADORES SIN ADRENA-
LINA, YA QUE EL USO DE ESTA ÚLTIMA AUMENTA LA GLUCE--
MIA Y LA ISQUEMIA INTENSA Y PREDISPONE A LA MORTIFICA-
CIÓN DE LOS TEJIDOS E INFECCIONES POST-OPERATORIAS.

DEBEMOS CONSIDERAR QUE LA ADRENALINA CONTRAINDI-
CADA EN LAS AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y -
QUE CON FRECUENCIA PRESENTAN LOS DIABÉTICOS.

CUANDO SE PRESENTA DICHA AFECCIÓN, SE DEBERÁ OB-
TENER ANESTESIA LOCAL CON SOLUCIÓN DE PROCAINA AL 2-
BLANSTEIN ASEGURA QUE ESTA ÚLTIMA SOLUCIÓN PRODUCE VA-
RIACIÓN DE LAS GLUCEMIAS LEVADAS. SI FUERA NECESA--

NO HACER USO DE VASOCONSTRICTORES, LA CAFEÍNA O --
IBONDRENALINA, AUNQUE PRODUCE ISTESMO AUMENTO EN LA--
PRESIÓN SANGUÍNEA.

TODOS LOS ANESTÉSICOS PRODUCEN ELEVACIÓN DE LA--
GLUCEMIA, POR LO QUE EL USO DE ELLOS REQUIERE ESTRE--
CHA COLABORACIÓN CON EL MÉDICO, PARA EL CONTROL DE ES
TOS ENFERMOS.

ANTES DE INTERVENIR, DEBE ELEVARSE LA RESERVA DE
GLUCÓGENO Y DEBE VIGILARSE CON ATENCIÓN EL SURGIMIE--
TO INICIAL DE ACIDOSIS.

DEL GRUPO DE ANESTÉSICOS GASEOSOS, EL ÉTER NO RE--
SULTA PRÁCTICO PARA LAS INTERVENCIONES DESTALES ORDI--
NARIAS. BLANSTEIN HA OBSERVADO QUE SE OBTIENE BUE--
NOS RESULTADOS CON ÓXIDO NITROSO DEBIENDO ADMINISTRAR--
SE EN AYUNAS. SE REALIZÓ UN ESTUDIO EN EL CUAL SE--
INSTRUYÓ A LOS PACIENTES PARA QUE A UNA HORA DETERMI--
NADA TOMARAN UN CUARTO O LA MITAD DE LA DOSIS NATURAL
DE INSULINA. SIN TOMAR ALIMENTOS Y LA INTERVENCIÓN
SE LLEVÓ A CABO UNAS TRES HORAS DESPUÉS DE LA ADMI--

EXTRACCIÓN DE ISQUELINA. A LOS 10 PACIENTES EL RESTO DE ISQUELINA Y LA ALIMENTACIÓN CON CALORÍAS ACOSTUMBRADAS. LOS RESULTADOS FUERON FAVORABLES.

CUANDO CONYESGA REALIZAR UNA PREPARACIÓN ESPECIAL, LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBERÁ REALIZARSE -- UNAS TRES HORAS Y MEDIA DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA Y DEL DESAYUNO.

LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANESTESIA GENERAL -- DEBERÁN HOSPITALIZARSE PARA MAYOR SEGURIDAD EN SU -- ATENCIÓN, YA QUE TODAS LAS INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS EN ESTA CLASE DE PACIENTES DEBERÁN SER LO MENOS TRAUMÁTICAS POSIBLES.

ES INEVITABLE QUE LA DURACIÓN DE LA ACCIÓN SEA -- MUY VARIABLE Y DEPENDA, EN GRADO MUY CONSIDERABLE, EL VASOCONSTRICCIÓN Y DE SU CONCENTRACIÓN. ES FRECUENTE LA NECROSIS MARGINAL ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. EL PRIMER SIGSO DE DIABETES PUEDE SER LA NECROSIS O CÁNCEREA EXTENSA CONSECUTIVA A LA EXTRACCIÓN -- DESTARIA. LA EDAD INFLUYE POCO EN LA PRODUCCIÓN DE-

LA GANGRENA BUCAL, CONTRARIAMENTE A LO QUE OCURRE --
CON LA GANGRENA DIABÉTICA EN LAS EXTREMIDADES DONDE--
LA CAUSA DESENCABESANTE ES LA ARTERITIS OBLITERANTE.

EL HEMORRAGIO "ALVÉOLO SECO" U OSTEITIS ALVEO--
LAR ES MÁS FRECUENTE EN LOS DIABÉTICOS QUE EN PACIEN--
TES SANS.

PUEDEN DISMINUIR TAL FRECUENCIA SI SE TOMAN LAS--
HERIDAS LOCALES Y GENERALES INDICADAS EN ESTOS ENFER--
MOS.

SE TIENE LA IDEA DE QUE EN LOS DIABÉTICOS HAY --
LA TENDENCIA A LAS HEMORRAGIAS, SIN EMBARGO, NO PRE--
SENTAN GRANDES VARIACIONES EN LOS TIEMPOS DE COAGULA--
CIÓN Y SANGRADO. ESTA TENDENCIA OCASIONAL PUEDE --
SER CONSECUENCIA DE CARENCIAS VITAMÍNICAS O INFECC--
CIÓN SECUNDARIA EN EL COÁGULO SANGUÍNEO.

CUALQUIER FUENTE DE INFECCIÓN PUEDE REDUCIR LA--
CAPACIDAD DEL ORGANISMO PARA METABOLIZAR LOS GLÚCI--
DOS. NO ESTÁ JUSTIFICADA LA EXTRACCIÓN DE TODOS LOS

BIENTES CON PULPECTOMÍAS EN EL DIABÉTICO SIEMPRE QUE -
HAYA SIDO TRATADO POR MÉTODOS ADECUADOS Y QUE LOS EXÁ-
MENES PERIÓDICOS CONSECUTIVOS INDIQUEN UNA ADECUADA --
RESPUESTA A LOS TEJIDOS.

LOS BIENTES CON EXTENSAS ZONAS PATOLÓGICAS DEBE--
RÁN EXTRAERSE.

LOS DIABÉTICOS DEBERÁN TENER CUIDADO ODONTOLÓGICO
REGULAR Y FRECUENTEMENTE. ENTRE ÉSTOS HÁLLASE EL INE-
TRDIRLOS EN LA MANERA DE CONSERVAR LA BOCA EN EL MEJOR
ESTADO POSIBLE DE HIGIENE.

CONCLUSIONES.

LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE SE MANIFIESTA POR DISTURBIOS MÚLTIPLES DE LOS PROCESOS METABÓLICOS DEL ORGANISMO.

EXISTEN DOS FORMAS PRINCIPALES DE DIABETES MELLITUS, EL DE TIPO JUVENIL QUE SE MANIFIESTA ANTES DE LOS 20 AÑOS Y EL DEL ADULTO, CUYA FRECUENCIA SUELE SER MÁS ENTRE LOS 40 a 60 AÑOS DE EDAD.

LA DIABETES SE COMPLICA EN GRAVE Y BENIGNA.

GRAVE.

EL ADULTO CUYO PESO NOTABLE INFERIOR AL QUE LE CORRESPONDE, CON HIPERGLUCEMIA EN AYUNAS.

BENIGNA.

EL DIABÉTICO ADULTO QUE, SIN RECIBIR INSULINA, PESA MÁS DE LO QUE LE CORRESPONDE.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS SON SIMILARES, EN TODOS -
LOS GRUPOS DE EDADES: LA DEBILIDAD, LA PÉRDIDA DE PE-
SO EN (JÓVENES), LA OBESIDAD (ADULTOS), LA POLIDIP--
SIA, LA POLIFAGIA Y LA POLIURIA SON SÍNTOMAS MÁS FRE-
CUENTES AUNQUE EN CONTADAS OCASIONES ESTAS MANIFESTA-
CIONES NO SE PRESENTAN.

EN PERSONAS PREDIABÉTICAS ES EVIDENTE QUE LA PER-
SONA QUE ESTÁ DIABÉTICA HUBO DE HABER PASADO POR UNA
ETAPA EN LA CUAL ERA PREDIABÉTICA Y HA DICHO QUE EL-
TÉRMINO PREDIABÉTICO, ES CASI SINÓNIMO DE POSESIÓN DE
UNA PREDISPOSICIÓN GENÉTICA.

LA FRECUENCIA DE DIABETES.

SE HAN HECHO ESTADÍSTICAS TAN GRANDES, QUE SE--
PUEDE AFIRMAR QUE UNA DE CADA 6 PERSONAS QUE LLEGAN--
A LOS 40 a 60 AÑOS ES DIABÉTICA. EN EL SEXO, DURAN-
TE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA ES MÁS FRECUENTE EN EL-
HOMBRE Y DE 40 a 60 AÑOS MÁS FRECUENTE EN LA MUJER--
QUE EN EL HOMBRE Y SUELE OBSERVARSE EN FAMILIAS DIA-
BÉTICAS, PERSONAS OBESAS.

LA ETIOLOGÍA.- CLÍNICAMENTE DESCONOCIDA.

LA HIPERSENSIBILIDAD DE PIEZAS DESTALES, LA FORMACIÓN DE TÁRTARO ANORMALMENTE, LA PRESENCIA DE CARIES CERVICALES, ENFERMEDADES PARODONTALES Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS, NOS AYUDAN A DIAGNOSTICAR AL NIÑO COMO NIÑO DENTISTA.

EL NIÑO DIABÉTICO PLANTEA PROBLEMAS MÁS COMPLICADOS QUE EL ADULTO, TANTO METABÓLICO COMO PSICOLÓGICO, LA DIABETES AVANZA CON GRAN RAPIDEZ SI NO ES DIAGNOSTICADA, Y SE CONFUNDE CON (NEFRITIS), (EMBUERESIS NOCTURNO). LA DIABETES INFANTIL SE INICIA MÁS RÁPIDAMENTE Y SUS SÍNTOMAS SON MÁS EVIDENTES QUE LA DEL ADULTO.

DEBE TEMERSE EN CUENTA QUE LA INTERVENCIÓN DEL ODONTÓLOGO SERÁ CONJUNTAMENTE CON LA DEL MÉDICO, YA QUE ES MUY DIFÍCIL INSTITUIR UN TRATAMIENTO EN UNA PERSONA CON DIABETES NO CONTROLADA.

EL MOMENTO IDEAL PARA LA INTERVENCIÓN (EXODON--
CIA) SERÁ DURANTE LA FASE DESENCABENANTE DE LA CURVA
DE LA GLUCEMIA. TAL MOMENTO VARÍA SEGÚN EL TIPO DE
INSULINA EMPLEADA.

ANTES DE INTERVENIR AL PACIENTE, DEBERÁ ELEVAR--
SE LA RESERVA DE GLUCÓGENO Y SE VIGILARÁ EL SURGE--
MIENTO INICIAL DE ACIDOSIS.

ES PREFERIBLE EL USO DE BLOQUEADORES SIN ADRENAL
LINA, YA QUE HAY AUMENTO DE GLUCEMIA Y TAMBIÉN SE --
FORMA UNA ISQUEMIA INTENSA, QUE OCASIONA Y PREDISPO--
NE A LA MORTIFICACIÓN DE LOS TEJIDOS.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- DUNCAN GARFIELD G.
DIABETES SACARINA,
FUNDAMENTO TERAPÉUTICO,
1954.

- 2.- JORGENSEN NIELS BJORN
ANESTESIA ODONTOLÓGICA,
1976

- 3.- RODRÍGUEZ RAFAEL DR.
MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO,
1983

- 4.- SAN MARTÍN BERNAS
SALUD Y ENFERMEDAD,
EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA MEXICANA
MÉXICO 1977

5.- SINTES PROS JORGE

RÉCHEN Y COCISA PARA CURAR LA DIABETES.

EDITORIAL SINTES S.A.

ESPAÑA 1978

6.- VASDER ADRIANUS

COMO RECUPERAR LA SALUD.

BARCELONA 1973

7.- WINTROBE, THORN, ADAMS, BENNETT.

MEDICINA INTERNA HARRISON

EDITORIAL LA PRENSA MEXICANA

NEW YORK 1973.