

**Protocolos Clínicos Aceptados por el
Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España**

**PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES EN
EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO**

INTRODUCCIÓN

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

Entre sus complicaciones tardías destacan las siguientes:

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

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

Clasificación:

La National Diabetes Data Group clasifica las diabetes en:

I. DIABETES PRIMARIAS

- A. Tipo I: Diabetes insulino dependiente (DMID)
 - Predominante en niños y jóvenes.
 - Se inicia bruscamente.
 - Propensión a la Cetoacidosis (elevación de cuerpos cetónicos en sangre y orina)
 - Autoanticuerpos y destrucción de las células β del Páncreas
- B. Tipo II: Diabetes no Insulinodependiente (DMNID):
 1. En no obesos
 2. En obesos
 3. Diabetes juvenil en inicio de la madurez
 - Afecta a pacientes de mayor edad, generalmente a partir de los 40 años (diabetes del adulto o senil)
 - Son factores desencadenantes la sobrealimentación y la vida sedentaria (es una enfermedad del bienestar).
 - Tiene un Inicio gradual, lento

II. DIABETES SECUNDARIAS

- A. Enfermedad pancreática
- B. Enfermedad Endocrina (Síndrome de Cushing, acromegalia, feocromocitoma)
- C. Inducida por Fármacos (diuréticos, fenotiacinas, catecolaminas, isoniácidas)
- D. Gestacional
- E. Síndromes genéticos
- F. Otros (destaca el alcohol entre los agentes destructores del tejido hepático)

III. DETERIORO DE LA INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

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

Diagnóstico

1.- Hemática: *Hiperglucemia*:

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

2.- Urinaria: *Glucosuria*

- Los valores deben ser considerados con cautela.

3.- Pruebas con tiras de papel.

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

4.-Hemoglobina A 1c

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

5.-Semiología

- Hiperglucemia leve: poliuria, polidipsia y polifagia
- Cetoacidosis: pH plasmático bajo con hiperglucemia y acetona y glucosa en orina. Se puede valorar por la cantidad de bicarbonato en sangre, que en el coma diabético llega a no detectarse en sangre.
- Tipo I: Inicio súbito, pérdida de peso, valores de Insulina muy bajos o no detectables y aumento de concentración de glucagon.
- Tipo II: Edad avanzada, obesos, inicio gradual, valores de insulina normales, y manifestaciones adicionales (alteraciones vasculares, ceguera progresiva, aterosclerosis coronariopatías, claudicación intermitente, gangrena de pies, nefropatía e insuficiencia renal, neuropatía diabética periférica –entumecimiento, dolor y disestesias- y vegetativa –disfagia, enlentecimiento del vaciado de estómago, estreñimiento, etc-)

Diagnóstico diferencial entre coma diabético y coma hipoglucémico

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

Importante:

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

Codificación:

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

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

| PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE DIABÉTICO | |
|---|---|
| CONCEPTO | CONTENIDOS |
| Historial: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En la anamnesis de la historia clínica, recoger la existencia de antecedentes de <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I. <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II. <input type="checkbox"/> Coma diabético. <input type="checkbox"/> Coma hipoglucémico. |
| Misiones del dentista en pacientes que desconocen su patología | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Despijaje de la diabetes en aquellos pacientes que desconocen tener tal patología y consultan por patología odontológica sugerente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Enfermedad Periodontal <input type="checkbox"/> Abscesos Periodontales <input type="checkbox"/> Cicatrización retardada <p>mediante la atención constante a la semiología de enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cardinales: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polifagia <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Debilidad general • Hallazgos clínicos sistémicos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obesidad en pacientes de más de 40 años con antecedentes familiares de diabetes sacarina <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Infecciones cutáneas <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Parestesias • Antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujeres que hayan: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dado a luz a prematuros o a niños de peso elevado <input type="checkbox"/> tenido abortos múltiples espontáneos. <input type="checkbox"/> Prevención y tratamiento de las complicaciones bucales. <input type="checkbox"/> Proporcionar tratamiento odontológico adecuado. |
| Deber del dentista con los pacientes ya diagnosticados de diabetes sacarina o mellitus | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantener una Historia clínica con información completa sobre: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico: dosis, tipo y administración de Insulina. <input type="checkbox"/> Frecuencia de complicaciones agudas (coma). <input type="checkbox"/> Complicaciones crónicas sistémicas (Ojos, Riñón, Sistema Nervioso). <input type="checkbox"/> Si el control metabólico es deficiente y se necesita anestesia general o se proyecta una intervención importante, el paciente debe ser Hospitalizado. |
| Complicaciones orales frecuentes | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acúmulo de placa bacteriana <input type="checkbox"/> Periodontitis y -Abscesos periodontales <input type="checkbox"/> Hiperplasia gingiva: Granuloma Piogénico <input type="checkbox"/> Xerostomía: |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mayor susceptibilidad a la caries <input type="checkbox"/> Síndrome de boca ardiente. <input type="checkbox"/> Parotiditis crónica, bilateral y asintomática. <input type="checkbox"/> Odontalgia atípica, por microangiopatía intrapulpar. <input type="checkbox"/> Alveolitis seca postextracción <input type="checkbox"/> Cicatrización retardada post-extracción o cirugía. <input type="checkbox"/> Ulceras orales persistentes <input type="checkbox"/> Candidiasis <input type="checkbox"/> Queilitis angular. <input type="checkbox"/> Estomatitis protética <input type="checkbox"/> Halitosis, con olor típico a acetona. <input type="checkbox"/> Glositis Romboidal media. <input type="checkbox"/> Liquen plano <input type="checkbox"/> Reacciones Liquenoides (Síndrome de Grinspan) |
| Tratamiento farmacológico de las complicaciones orales: | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y prevención de infecciones bacterianas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antibióticos de elección: Penicilinas • Tratamiento de las Infecciones micóticas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antifúngicos convencionales. • Situaciones de estrés. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambiente relajante. <input type="checkbox"/> Evitar maniobras dolorosas. <input type="checkbox"/> Si fuese necesario: ansiolíticos. |
| Atenciones especiales con el paciente diabético: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recomendarle que durante el periodo de tratamiento odontológico siga su régimen de vida habitual. <input type="checkbox"/> Preferiblemente, atenderle en citas breves y por la mañana <input type="checkbox"/> En diabéticos frágiles, hacer pruebas de orina para acetona y glucosa el día del tratamiento <input type="checkbox"/> Tener a su disposición bebidas con glucosa <input type="checkbox"/> Durante el tratamiento de los diabéticos de tipo I, estar atentos a su mayor probabilidad de desequilibrio de la glucosa. <input type="checkbox"/> Después del tratamiento darles las pautas necesarias para que siga con su dieta y tratamiento. |
| Actuaciones odontológico de carácter profiláctico: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promover una higiene dental muy esmerada <input type="checkbox"/> Realizar un seguimiento odontológico periódico <input type="checkbox"/> Tratar las caries incipientes <input type="checkbox"/> Controlar estrechamente la Enfermedad periodontal.. <input type="checkbox"/> Legrar los alveolos <input type="checkbox"/> Minimizar trauma yatrogénico de mucosa y musculo |
| Precauciones específicas: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilizar anestésicos locales sin adrenalina. <input type="checkbox"/> Profilaxis antibiótica. <input type="checkbox"/> Realizar suturas post-extracción, para favorecer hemostasia. <input type="checkbox"/> En tratamientos de urgencia, evitar procedimientos complicados. <input type="checkbox"/> Antes de anestesia general solicitar informe a su médico |