

870122

36

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**MANIFESTACIONES PARODONTALES DE LA DIABETES
MELLITUS, RIESGOS Y PRECAUCIONES EN EL
MANEJO DE ESTOS PACIENTES**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

NICOLAS ESPITIA VERA

ASESOR DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1967



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 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.

" MANIFESTACIONES PARODONTALES DE LA DIABETES MELLITUS.
RIESGOS Y PRECAUCIONES EN EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES "

I N D I C E

Introducción.

- CAPITULO I Etiología de la diabetes.
a).- Generalidades.
b).- Clasificación de la diabetes.
c).- La diabetes como un mal hereditario.
d).- Diagnóstico.
- CAPITULO II Signos y síntomas más frecuentes en la muco-
sa oral y en el hueso alveolar:
a).- En la encía.
b).- En los labios.
c).- En la lengua.
d).- Síntomas.
e).- Aspecto radiográfico.
- CAPITULO III Riesgo y precauciones en el tratamiento para
dental en el paciente diabético.
a).- Tratamiento general de la diabetes.
b).- Atención al problema parodontal propia-
mente dicho.
c).- Fase de mantenimiento.

Conclusiones.

Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N .

La boca puede considerarse como un espejo donde se refleja el estado general de salud; por desgracia, constituye una de las zonas más vulnerables del cuerpo para agentes irritantes, endógenos y exógenos.

Para un tratamiento racional, el odontólogo recoge los antecedentes del paciente, lo examina, establece el diagnóstico, prepara un plan de tratamiento y lo lleva a término. Si la historia clínica y el examen se limitan estrictamente al estado de la boca, el diagnóstico en muchos casos, solo-revelará parte de la verdad, y las verdades a medias, la mayoría de las veces no son las mejores. En sus revisiones periódicas del paciente, el odontólogo tiene una oportunidad única para descubrir los primeros signos de una enfermedad que todavía es curable, pero que abandonada puede hacerse trágica. Una terapéutica establecida sin tener en cuenta las condiciones extrabucales puede causar más perjuicios que beneficios al paciente.

Estos objetivos y puntos de vista no son nuevos pero pocos odontólogos los tienen en cuenta en su práctica profesional diaria. La odontología todavía no ha logrado en los servicios de sanidad pública la categoría y el reconocimiento oficial que la importancia de la disciplina y sus posibilidades merecen; ni lo logrará mientras el dentista no esté preparado para aprovechar dichas oportunidades que en realidad son obligaciones.

El odontólogo previsor ha de ir perfeccionando incesan-

temente sus capacidades para cubrir las exigencias crecientes de sus pacientes.

Desde el punto de vista general se puede decir que la enfermedad es siempre el resultado de la interacción entre el organismo y el medio ambiente; a veces el organismo es normal y el proceso patológico se instala como consecuencia de variaciones ambientales que sobrepasan su capacidad de adaptación, como ocurre con las enfermedades infecciosas. En otras circunstancias el medio ambiente es adecuado para la mayoría de los organismos, pero algunos de ellos no cuentan con las características anatómicas y/o fisiológicas necesarias para adaptarse a variaciones que pueden describirse como naturales; en estos casos la enfermedad es también una falta de adaptación, pero aquí el responsable es el organismo defectuoso. Como ejemplo de esta situación pongo la diabetes mellitus, en donde el sujeto es incapaz de regular su metabolismo intermedio de la glucosa, debido frecuentemente a una deficiencia endógena de la secreción de insulina.

C A P I T U L O I

ETIOLOGIA DE LA DIABETES.

A).- GENERALIDADES:

La diabetes es una enfermedad universal que afecta a - sectores considerables 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.

Las cifras de prevalencia más aproximadas a la realidad han surgido de las llamadas campañas de detección, así tenemos que es necesario considerar por lo menos tres grupos:

- 1.- Los diabéticos que conocen su enfermedad por haberse las diagnosticado previamente.
- 2.- Los que ignoran su enfermedad y son descubiertos - por sus manifestaciones clínicas y/o bioquímicas.
- 3.- Los llamados diabéticos potenciales cuyos antecedentes sugieren un mayor riesgo de sufrir diabetes en el futuro.

Como causa de morbilidad e incapacidad la diabetes representa un serio problema social. En efecto la mayoría de los diabéticos mueren por afecciones cardíacas y la oclusión

sión coronaria se presenta con una frecuencia cinco veces mayor en estos enfermos que en la población general; es una de las más importantes causas de ceguera y es una importante causa de gangrena y enfermedades renales.

La edad más frecuente de aparición de la diabetes corresponde al lapso de los 40 a 60 años, donde se registra el 50% de los casos, mientras que el 25% se halla por debajo de los 40.

En odontología, no solo interesa disponer de un conocimiento actualizado de la diabetes y de la patología bucal del diabético, sino también establecer con precisión las normas a que debe ajustarse el proceder del profesional ante estos enfermos.

La diabetes es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono producido por una deficiencia absoluta o relativa 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; se ha llamado la atención a cuatro tipos de diabetes, aunque estos sirven más para señalar la variedad de manifestaciones que pueden encontrarse en la deficiencia de insulina. Las manifestaciones demostrables más tempranas son la deficiencia del efecto insulínico y el engrosamiento de la membrana basal que se encuentra en los pequeños vasos sanguíneos.

En la actualidad se acepta que la insulina actúa acelerando el transporte de glucosa a través de la membrana celu

lar.

La deficiencia absoluta o relativa de insulina puede ser secundaria a una lesión anatómica de los islotes de Langerhans del páncreas.

Los síntomas característicos del trastorno son consecuencia de esta deficiencia de insulina sobre el metabolismo intermediario, mientras que muchas de las complicaciones resultan de la enfermedad de los vasos sanguíneos. Desgraciadamente una diabetes tratada apropiadamente, bien controlada, puede progresar hasta complicaciones vasculares, serias. Los síntomas de la diabetes resultan de la utilización disminuida de glucosa en los tejidos periféricos como el músculo y el tejido adiposo, y la liberación aumentada de la glucosa a la circulación por el hígado. El trastorno progresa hasta que los niveles de glucosa sanguínea son suficientemente altos para permitir la pérdida de este azúcar en orina. Cuando la deficiencia de insulina es muy marcada, hay grandes cantidades de glucosa en orina, aumenta la diuresis osmótica así como la pérdida de carbohidrato conduciendo al síndrome de polifagia, polidipsia, poliuria y pérdida de peso.

B).- CLASIFICACION DE LA DIABETES:

Basándose en el cuadro clínico la diabetes puede clasificarse como sigue:

1.- PREDIABETES:

No hay hiperglucemia ni signos o síntomas clínicos, el diagnóstico se hace cuando los progenitores son diabéticos o el paciente es gemelo idéntico de otro que sufre la diabetes.

2.- DIABETES SOSPECHADA:

Se aplica a pacientes que sufren anomalías bioquímicas ocasionales.

3.- DIABETES QUIMICA O LATENTE:

Aquí la curva de glucemia es anormal pero no hay síntomas o signos, estos síntomas anormales son curvas patológicas de tolerancia a la glucosa, después de las comidas y en situaciones de stress.

4.- DIABETES MANIFIESTA O CLINICA:

Hay hiperglucemia franca con síntomas y signos clínicos. Son sus manifestaciones tradicionales la triada característica de poliuria, polifagia y polidipsia. El otro signo característico es la pérdida de peso, evidente en niños y adolescentes, variable en adultos y lento pero progresivo en los de mayor edad, acentuándose en las etapas de descomposición.

Otra clasificación de la diabetes la podemos hacer atendiendo a la edad en que se presenta, así tenemos que la hay juvenil y de comienzo en la vida adulta.

La diabetes juvenil que afecta al 10% de todos los diabéticos, se caracteriza por comienzo generalmente antes de los 25 años de edad, y la dificultad para controlarla es al

go característico de esta enfermedad, con bruscos cambios - de la glucemia, desde hiper a hipoglucemia con dosis muy pe queñas de insulina. El comienzo suele ser brusco, el pacien te suele ser delgado antes y después de manifestarse la enfermedad. Aquí el paciente es insulino dependiente, ya que el páncreas no produce insulina.

En la diabetes de comienzo en la madurez, ésta se hace - presente después de los 25 años o más frecuentemente des - pués de los 40 años; antes de declarada la enfermedad el - paciente suele ser obeso, el inicio es a menudo gradual, y el diagnóstico puede lograrse ocasionalmente. Esta enfermedad se controla más fácilmente y no presenta cambios amp - lios en la glucemia con dosis pequeñas de hipoglucemian - tes. Y como existe cierta reserva la insulina pancreática, la glucemia en muchos de estos pacientes se controla con - hipoglucemiantes por vía bucal.

Finalmente en cuanto a su origen la diabetes puede cla - sificarse de la manera siguiente:

1.- DIABETES PRIMARIA:

La etiología de esta es desconocida, algunos investiga - dores la han relacionado con infecciones virales, no se sa - be si el defecto es básico, como anomalía de las células be ta del páncreas, dada la participación del páncreas y vasos sanguíneos.

Sea cual sea la etiología, se sabe de algunos factores - que predisponen la diabetes. No se sabe con seguridad hasta que punto sea hereditaria, lo que si se sabe es que los - -

hijos de diabéticos tienen mayores probabilidades de desarrollar la enfermedad que los hijos de los no diabéticos. Este tipo de diabetes es la que nos ocupa y que como ya mencionamos tiene un componente genético, existiendo una predisposición desde el nacimiento a desencadenar sucesivamente una prediabetes primero, luego una diabetes química y finalmente una diabetes clínica, ya sea una diabetes en las primeras décadas de la vida (diabetes infanto-juvenil) o a partir de los 40 años (diabetes del adulto).

2.- DIABETES SECUNDARIA:

Aquí un pequeño número es de etiología conocida. Se trata de pacientes en quienes la deficiencia de insulina es secundaria a otra enfermedad demostrable, como hemocromatosis, carcinoma de páncreas, acromegalia, enfermedad de cushing, hipotiroidismo y extirpación del páncreas.

Existen dos formas clínicas de diabetes, diferentes y que difícilmente pueden transformarse una en otra:

- 1.- Diabetes insulino dependiente
- 2.- Diabetes insulino no dependiente

La primera corresponde al tipo infanto-juvenil, a la mayoría de las diabetes iniciadas antes de los 40 años de edad. Es sumamente inestable, difícil de mantener controlada y con permanente amenaza de descompensación, observándose variaciones diarias significativas de la glucemia, cetoacidosis y marcada tendencia al coma. No se caracteriza por ir precedida de obesidad.

Fisiopatológicamente aquí hay una destrucción casi total de los islotes de langerhans, y como consecuencia hay déficit absoluto de insulina.

Diabetes insulino no dependiente. Es la diabetes estable o del adulto, ocupa el 80% de los casos de esta patología. Se caracteriza por tener un inicio poco incidioso y se descubre accidentalmente, en el 90% de los casos va precedida de obesidad; las variaciones de la glucemia son pequeñas, pero puede alcanzar valores altos con el lento avance de la enfermedad, no hay tendencia a la cetoacidosis y raras veces requiere actualmente de insulina y en bajas dosis, beneficiándose con la administración de drogas hipoglucemiantes orales, y régimen alimenticio y ejercicio muscular adecuadamente controlados. Hay un déficit relativo de insulina consecuencia de un trastorno en la secreción de la hormona.

C).- LA DIABETES COMO UN MAL HEREDITARIO:

Ya en párrafos anteriores he hecho alusión a la tendencia de la diabetes a presentarse con cierta tendencia hereditaria esto está claramente demostrado y que ocurre como un carácter mendeliano recesivo, aunque el sujeto puede morir antes de presentar la enfermedad o mostrar síntomas después de los 50 años.

El aceptar que la diabetes es hereditaria se basa también en la mayor frecuencia de diabetes entre los parientes de diabéticos conocidos.

El patrón de herencia se caracteriza por:

- 1.- Una mayor presentación en las parejas de gemelos idénticos que en los de gemelos bivitelinos.
- 2.- La transmisión equilateral del carácter por cualquiera de los progenitores.

Sin embargo, el estudio genético se complica por el hecho de que no obstante que la susceptibilidad a la diabetes es hereditaria, la enfermedad misma no es evidente clínicamente durante años. Es probable que el defecto diabético sea dominante y las manifestaciones del síndrome sean recesivas.

La diabetes tiene una edad variable de iniciación (infanto-juvenil o en la madurez), cada una con sus síntomas clínicos característicos. Esto ha dado lugar por una parte, a la hipótesis de la herencia multifactorial y a la idea de que la herencia en la diabetes juvenil es hemocigótica, - - mientras que el factor hereditario en la diabetes de iniciación en la madurez es heterocigótico.

Sin embargo aún no se conoce en forma precisa cual es el marcador genético. Numerosos estudios en hijos de ambos padres diabéticos han demostrado que no se puede observar una anomalía evidente en el momento en que la tolerancia a la glucosa es aún normal.

Por todo esto es aconsejable tomar medidas diagnósticas-previsorias sobre aquellos individuos que presenten predis-

posición por 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 en general.
- 2.- Las personas obesas, puesto que el 85 por ciento de los individuos diabéticos son o fueron en algún tiempo, personas con exceso de peso.
- 3.- Las personas de edad avanzada, ya que 4 de cada 5 diabéticos tienen más de 45 años de edad.
- 4.- Las madres que dan a luz bebés muy grandes ya que la macrosonia neonatal sugiere diabetes materna-potencial.

D).- DIAGNOSTICO:

Dada la gran prevalencia de la diabetes en la población su diagnóstico debe ser tenido siempre presente como posible, especialmente a partir de los 40 años de edad, época donde aquella prevalencia se acentúa en forma significativa. Deben tenerse presentes en mente las características de las diversas formas de diabetes que, como se ha visto, son tan diferentes en cuanto a su momento de aparición, formas de manifestación y aspectos evolutivos.

En el ejercicio clínico corriente el diagnóstico de la diabetes se basa en los siguientes principios:

- 1.- Pensar siempre en la diabetes por su elevada prevalencia.
- 2.- Buscar antecedentes familiares, por la conocida influencia genética que lleva a distintos grados de probabilidad de padecerla.
- 3.- Investigar: sobrepeso, cansancio inespecífico, infecciones frecuentes.
- 4.- Presencia de alguno o algunos de los signos clásicos. - Ante cualquier signo positivo que lleve la presunción de la existencia de alguna forma de diabetes, efectuar las pruebas bioquímicas destinadas a establecer la existencia de algún grado de intolerancia a la glucosa, ya sea por un déficit absoluto o relativo de insulina.

Estudios de laboratorio para la detección de la diabetes.

Nivel de glucosa en ayunas. El nivel normal de glucosa en la sangre venosa en ayunas (8-14 Hrs. después de la última comida) es de 60 a 100 mg/100 ml. Este se puede elevar dentro de lo normal a 160 mg/100 ml. después de la ingestión de alimentos. En la diabetes sacarina no tratada, el nivel de glucemia en ayunas está entre 200 y 280 mg/100 ml.

Nivel de glucemia posingestión. Puesto que el nivel de glucosa en ayunas puede ser normal en el diabético leve, el nivel posingestión tomado dos horas después de comer es más seguro. Valores entre 120 mg/100 ml (normal) y 140 mg/100 -

ml. son sospechosos. Se considera que los pacientes con valores superiores a 140 mg/100 ml. son diabéticos.

Prueba de la tolerancia a la glucosa. Esta prueba nos proporciona un índice de la capacidad que tiene el paciente para regular el nivel de glucosa en sangre después de la ingestión de carbohidratos. Es la prueba de laboratorio más segura para la detección de la presencia de diabetes. En la prueba estandar de tolerancia a la glucosa el nivel de glucosa en sangre se eleva al máximo (hasta 160 mg/100 ml.) dentro de la primera hora después de la ingestión de la dieta dosificada de glucosa y vuelve a la normalidad después de dos horas. En pacientes diabéticos, la glucosa en sangre se eleva a más de 180 mg/100 ml. y no vuelve a la normalidad después de dos horas.

GLUCOSURIA:

Este término se aplica a la presencia de cantidades - - apreciables y anormales de glucosa en orina la glucosuria está asociada a la hiperglicemia en la diabetes; sin embargo, los hallazgos negativos en orina no descartan la posibilidad de la enfermedad.

Microscópicamente las alteraciones que se encuentran en la encía de diabéticos son las siguientes: Hiperplasia con hiperqueratosis, o la transformación de la superficie punteada en lisa con menos queratinización, mayor intensidad de la inflamación, infiltración de grasa en los tejidos inflamados, ensanchamiento de la membrana fundamental de arteriolas capilares y precapilares, el consumo de oxígeno de la encía y la oxidación de glucosa decrecen.

C A P I T U L O I I

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LA MUCOSA ORAL Y EN EL HUESO ALVEOLAR.

CONSIDERACIONES:

Las alteraciones metabólicas y vasculares de la diabetes se hacen sentir en grado variable según el tipo, antigüedad y grado de control de la enfermedad. a nivel de los tejidos del periodoncio, disminuyendo sus defensas ante la agresión microbiana, por lo tanto el equilibrio entre la resistencia del huésped y la virulencia del agente patógeno se rompe con mayor facilidad en beneficio del último. El terreno diabético es, por consiguiente, teóricamente más apto para el desarrollo de la inflamación gingival y su evolución hacia enfermedad periodontal constituida, que los tejidos homólogos de los no diabéticos.

La enfermedad periodontal la inician y perpetúan varios factores que actúan recíprocamente. Así pues la etiología es compleja, los irritantes locales actúan directamente en los tejidos desde el medio bucal, mientras los factores ambientales locales proveen un medio que facilita la acción de una etiología local.

Así tenemos pues que los trastornos generales actúan por lo menos de dos maneras:

- 1.- Modifican desfavorablemente la capacidad de resistencia y de reparación de los tejidos y preparan una situación

ción adecuada para que los factores locales generen la enfermedad.

2.- Inducen manifestaciones patológicas que, a su vez pueden ser amplificadas por irritantes locales.

La enfermedad bucal clínica existe en formas variables. Raras veces existe una lista definitiva o patognomónica de síntomas. A consecuencia de ello es necesario que el dentista base su diagnóstico en una cuidadosa inspección y un examen y evaluación completas.

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LA MUCOSA ORAL Y EN EL HUESO ALVEOLAR.

Para valorar el efecto de la diabetes sobre las estructuras orales debe hacerse una distinción entre los pacientes controlados y los no controlados.

En los pacientes juveniles no controlados, la diabetes conduce a una rápida destrucción del periodonto. Dado que en un 75% de todos los diabéticos adultos no controlados existe alguna forma de alteración periodontal, encontraremos una similar destrucción en estos pacientes, sin embargo, las lesiones se desarrollan durante un período mayor de tiempo, dependiendo de los hábitos higiénicos generales del diabético, de la duración de la diabetes, quizá de su gravedad y de los factores predisponentes locales.

El efecto de la diabetes (no controlada) sobre las estructuras que sostienen al diente, puede evaluarse a través

del estudio de dichas estructuras en niños diabéticos no controlados, pues en este grupo de edad es rara la enfermedad periodontal.

Periodontitis crónica no específica, es como se conoce a esta entidad y como ya dijimos se desarrolla a edad temprana y se considera que es el resultado de las lesiones microangiopáticas en conjunción con el metabolismo energético fibroblástico deficiente, debido a una disminución de la utilización de la glucosa intracelular.

La enfermedad periodontal, sin embargo no sigue patrones fijos, es frecuente que haya inflamación gingival de intensidad poco común, bolsas periodontales, abscesos periodontales, pérdida ósea y aflojamiento de dientes.

La distribución y la cantidad de irritantes locales y fuerzas oclusales influyen en la intensidad de la parodontopatía.

Lo indiscutible es que la diabetes es una enfermedad que afecta a todo el organismo, es lógico que la cavidad bucal, tan sensible a las modificaciones humorales y bioquímicas, sufra alteraciones frecuentes durante el curso de esta enfermedad.

A continuación haré una breve consideración de los procesos propios de la mucosa bucal que se observan con incidencia significativa en diabéticos.

A).- EN LA ENCIA:

Las encías constituyen la localización habitual de procesos en los cuales la diabetes es hallada con cierta frecuencia.

GINGIVITIS INESPECIFICA:

A veces se presenta con abscesos dolorosos debajo del borde libre. También puede observarse en ocasiones gingivitis hipertrófica.

HEMORRAGIAS GINGIVALES:

Son asociadas frecuentemente con las gingivitis, especialmente en la diabetes juvenil. En un elevado porcentaje se observa un color violáceo en la encía de los diabéticos.

FORMACIONES POLIPOIDES:

Estas pueden manifestarse por debajo del borde libre de la encía y sangran con facilidad, pueden ser sesiles o pediculados su coloración es más pálida que la encía normal; hay dolor que puede atribuirse a carencias vitamínicas B y C observables en estos pacientes.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Es este un tema muy polémico ya que la pretendida mayor frecuencia de esta manifestación en diabéticos, ha dado lu-

gar a muchas controversias, sin embargo algunas estadísticas consignan que un 80% de los diabéticos tienen parodontosis.

Lo que es evidente es que, por lo general, el diabético es más susceptible a las infecciones y, por lo tanto, más - predispuesto a una lesión periodontal, abscesos, inflamaciones de encía, movilidad dentaria etc. Todo esto resulta de una combinación de microangiopatías, acidosis metabólica y fagocitosis ineficaz de los macrófagos.

GRANULOMA TELANGIECTASICO:

Se ve con frecuencia en diabéticos, no solamente aparece en la encía, sino también en otros sitios de la mucosa.

B).- EN LOS LABIOS:

QUEILITIS:

Se ve con frecuencia en diabéticos. La forma comisural o perleche es la más común, además las formas abrasiva y exfoliativa tienen incidencia significativa; la fisurada también es causada, ocasionalmente, por el descontrol de la diabetes.

C).- EN LA LENGUA:

GLOSODINIA:

Los enfermos refieren dolor en los bordes o la punta de la lengua y/o a veces en el sitio de las papilas; clínicamente la lengua presenta un aspecto normal o bien solo puede existir una ligera hiperplasia de las papilas fungiformes. Esta entidad obliga a buscar diabetes en el diagnóstico, de igual forma la lengua roja en los bordes o con papilas hiperhemicas, y el color amarillento de la cara ventral. Otras lesiones frecuentes son la glositis en áreas, la lengua saburral, despapilada y algunas fisuras.

Quiero también considerar algunas lesiones del paladar que pudieran ser también tomadas en cuenta en el diagnóstico de la diabetes.

HENDIDURAS PALATINAS:

Pueden presentarse como malformaciones congénitas en hijos de padres diabéticos.

PALATOPATIA XANLETASMOIDE:

Aparece como una coloración amarillenta del paladar blanco, sobre cuya superficie se visualizan telangiectasias y púrpura, y en donde histológicamente es llamativa la sobrecarga de glucógeno. En ocasiones también se han encontrado perforaciones agudas del paladar y aparecen en forma consecutiva a un coma diabético.

D).- SINTOMAS BUCALES HALLADOS EN DIABETICOS:

Las manifestaciones subjetivas bucales de los diabéticos son tan inespecíficas, que es corriente no asociar el síntoma a la enfermedad.

ARDOR:

La frecuencia de esta manifestación es muy baja y se asocia frecuentemente a una xerostomia y a una elevación de la tasa de glucemia en el diabético.

ESTOMATODINIA. GLOSIDINIA:

Ambas deben ser consideradas como indicios de una probable diabetes. Hay sensibilidad anormal de la mucosa, y es relacionada con el deficiente metabolismo de los hidratos de carbono.

ENCIA DOLOROSA:

Este síntoma es frecuente encontrarlo como uno más de los muchos a los que el paciente diabético tiene que hacer frente.

XEROSTOMIA:

Los pacientes tienen dificultad al hablar y al deglutir por lo que hay molestia al comer; esto es por falta de saliva. El sueño puede ser irregular porque se despierta a menu-

do por la sequedad bucal, que aumenta durante la noche. Tienen necesidad de ingerir líquidos. Esta deshidratación de las mucosas es consecuencia por lo general de la poliuria del diabético.

DOLOR DENTAL PROVOCADO:

Esto lo podemos descubrir en el paciente mediante la percusión dental.

E).- ASPECTO RADIOGRAFICO:

En las radiografías se examina la altura del hueso alveolar y el perfil de la cresta ósea. La imagen radiográfica provee información de la altura y configuración del hueso alveolar interproximal. Las estructuras que las cubren (tejido óseo, dientes) tornan difícil a veces identificar el contorno de las crestas óseas vestibular y lingual así tapadas. El análisis de las radiografías debe por lo tanto ser combinado con una evaluación detallada de la profundidad de la bolsa y el nivel de inserción con el fin de llegar a un diagnóstico-correcto concerniente a la pérdida ósea vertical y horizontal.

La pérdida ósea horizontal es la más frecuente y se produce uniformemente en la región marginal y en las crestas de los tabiques óseos alveolares, de manera que la línea de la pérdida ósea permanece aproximadamente perpendicular al eje mayor de los dientes. La radiografía muestra con cierta fidelidad

lidad este tipo de pérdida de hueso que se asocia a la bolsa periodontal de tipo supraóseo.

La pérdida ósea con forma de tasa en el tabique óseo interdentario se observa algunas veces en las radiografías y sugiere mayor pérdida ósea limitada al hueso alveolar de soporte, produciéndose, solo más tarde, la pérdida del hueso alveolar propiamente dicho, es decir, de la lámina dura.

La pérdida ósea se puede producir con mayor rapidez en unos dientes que en otros, tornándose oblicua y conduciendo a la formación de defectos óseos con el aspecto radiográfico de pérdida ósea vertical. Idénticos defectos óseos son observados en presencia del hueso alveolar espeso en relación con el diente, tal como en la región palatina en la región distal de los dientes en los extremos de los arcos dentarios o en otras regiones proximales de dientes que lindan con zonas desdentadas.

La pérdida ósea vertical no debe ser confundida con la inclinación de la cresta ósea alveolar como consecuencia del desnivel de la unión amelocementaria de los dientes vecinos o inclinaciones de los dientes, como en el caso de los segundos molares inferiores donde el primer molar se perdió en la infancia.

Este tipo de pérdida ósea vertical son socavaciones practicadas en el hueso, a lo largo de una superficie radicular-denudada o más, encerradas dentro de una, dos o tres paredes óseas. La base del defecto se localiza apicalmente al hueso circundante.

Valoración de la pérdida ósea y relación del hueso alveolar con la bolsa periodontal.

En estados normales se acepta que exista una distancia relativamente constante entre el fondo del surco gingival y la cresta ósea alveolar, y las radiografías indican con bastante fidelidad el nivel de inserción ósea del diente, que se halla cerca de 1 mm. apicalmente al comienzo de la adherencia epitelial.

La periodontitis marginal es un proceso destructivo crónico que penetra a través de la hendidura gingival junto a raíces dentarias, forma bolsas con alteraciones inflamatorias asociadas y la supuración varía de oculta a profusa. El hueso subyacente se reabsorbe lentamente al migrar la adherencia epitelial apicalmente.

Una bolsa periodontal es una hendidura gingival patológicamente profundizada, en general ocupada por células epiteliales desprendidas, leucocitos, exudado inflamatorio y grandes cantidades de microorganismos. Y se clasifican de acuerdo con su relación con el tejido óseo subyacente, las hay supraóseas e infraóseas.

C A P I T U L O I I I

RIESGOS Y PRECAUCIONES EN EL TRATAMIENTO PARODONTAL EN EL PACIENTE DIABETICO.

A).- TRATAMIENTO GENERAL DE LA DIABETES:

El tratamiento de la diabetes propiamente dicha, corresponde al médico, en general comprende insulina, hipoglucemiantes bucales o ambos. La mayoría de diabéticos cuya enfermedad se inicia en la edad adulta, responden bien al tratamiento con hipoglucemiantes bucales; en el caso de los diabéticos juveniles, rara vez o nunca resulta satisfactoria esta medicación; estos enfermos pueden beneficiarse con un hipoglucemiante bucal junto con la insulina para así disminuir la necesidad de insulina exógena o la frecuencia con que deba administrarse.

Las bases generales sobre las cuales debe encararse el tratamiento en cada caso son las siguientes:

- 1.- Procurar normalizar la alteración humoral (glucemia, glucosuria)
- 2.- Mantener al enfermo libre de molestias imputables a la enfermedad y con plena capacidad de rendimiento físico y psíquico.
- 3.- Tratar de alcanzar el peso teórico óptimo, según sexo, edad y talla.

- 4.- Impedir la cetoacidosis y la hipoglucemia.
- 5.- Evitar las alteraciones lipídicas del plasma.
- 6.- Solucionar las infecciones crónicas.
- 7.- Tratar de que el paciente esté plenamente integrado a su núcleo familiar y a su trabajo.
- 8.- Evitar actitudes o medicamentos capaces de provocar más trastornos que los propios de la enfermedad.

La dosis y tipo de insulina se debe determinar para cada paciente por pruebas clínicas. En un enfermo dado, la cantidad requerida dependerá de la cantidad de insulina endógena-disponible, de la dieta y del ejercicio (tiende a disminuir la necesidad de insulina), la atención del paciente requiere, por lo tanto, del control coordinado de la dieta, el ejercicio y la dosificación y distribución de insulina.

Para conseguir los objetivos detallados el médico dispone de los siguientes medios terapéuticos:

- A).- Sustancias hipoglucemiantes
- B).- Dieta
- C).- Ejercicio
- D).- Educación

SUBSTANCIAS HIPOGLUCEMIANTES:

El primer lugar lo ocupa la insulina de la que hay muchas preparaciones con diversos grados de pureza, son de origen vacuno o porcino, hay de acción corta, intermedia y larga (suspensiones de insulina zinc). El control óptimo de la glucosa sanguínea se logra con dosis diarias múltiples (generalmente dos veces al día).

LOS AGENTES ORALES:

Tienen un uso limitado y son: sulfenilureas, con acción primaria sobre la liberación de insulina; o bien biguanidas, con variedad de acciones sobre la absorción de glucosa, y su metabolismo hepático y periférico.

LA DIETA:

Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Debe ser adaptada a cada caso según, las necesidades, por edad, sexo, momento biológico y trabajo de cada enfermo en particular.

EL EJERCICIO:

Este es una forma adecuada, permitirá un estado físico óptimo y un consumo muscular de glucosa que favorecerá al diabético.

Una educación sanitaria correcta del paciente le permiti

rá conocer su enfermedad, sus síntomas, sus complicaciones y la forma de evitarlas.

El médico tiene la responsabilidad de avisar al enfermo que, si se realizan extracciones dentales o alguna otra manobra quirúrgica sobre tejidos blandos, como profilaxia dental, raspado periodontal etc. El paciente debe avisar al dentista de que es diabético. Por otra parte corresponde al dentista informar al paciente de la necesidad de atención dental más frecuente, no solo para controlar mejor la diabetes, sino también para evitar posibles complicaciones. Se recomendará una verificación de salud bucal cada tres meses y si el paciente lleva prótesis completa cada seis meses.

En la atención del diabético, el dentista puede cumplir tres funciones: diagnóstica, terapéutica e informativa.

La vida misma del enfermo depende de una buena comprensión de la relación médico dental. El médico no siempre puede controlar con éxito el trastorno metabólico si no existe una buena salud bucal. El tratamiento de las lesiones bucales tampoco resulta satisfactorio si no se corrige simultáneamente la alteración metabólica.

B).- ATENCION AL PROBLEMA PARODONTAL PROPIAMENTE DICHO:

El mal estado bucal con infecciones de origen dentario o periodentario agravan la diabetes y aumentan los requerimientos de insulina. Procesos infecciosos agudos pueden alte

rar el régimen alimenticio y exponer a hipoglucemia, la supresión masiva de la infección bucal puede disminuir los requerimientos de insulina en forma significativa y originar hipoglucemia. Se hace necesario por lo tanto actuar siempre en interconsulta con el médico tratante de la diabetes.

La diabetes inestable o mal controlada empeora el pronóstico y dificulta el éxito en los tratamientos de las infecciones bucales.

Es muy importante el conocimiento de la diabetes por el dentista, por la alta incidencia de la enfermedad y los problemas que traen aparejados los tratamientos de procesos bucales, ya que es bien sabido que la resistencia a las infecciones se haya disminuida y que la cicatrización es muy lenta.

Para la atención periodontal de pacientes diabéticos está indicado observar precauciones específicas y no se debe comenzar ningún tratamiento hasta que la diabetes esté bajo control. Las visitas al consultorio no deben interferir en 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 arteriosclerosis, hipertensión y vasculopatía coronaria. En estos pacientes hay que sopesar la necesidad de la cirugía periodontal y el riesgo que ello supone, de ser esta --necesaria es preferible realizarla en un hospital, donde --

sea posible solucionar con prontitud las complicaciones cardiovasculares que pudieran presentarse.

Algunos de los factores que permiten al dentista reconocer la gravedad de una diabetes en un enfermo dado son: - edad en que se inició el padecimiento, número de hospitalizaciones para tratar una acisosis o para controlar la diabetes, dosis actual de la misma, cuantas inyecciones diarias de insulina se requieren, y cuantas veces al día el paciente verifica su orina.

Como ya se mencionó anteriormente la resistencia a la infección está disminuida, no se conocen con exactitud las causas pero es atribuida a trastornos en la formación de anticuerpos, reducción de la actividad fagocitaria y disminución de la nutrición celular. Por ello es conveniente recetar antibióticos antes y después de raspajes y curetajes extensos o de procedimientos quirúrgicos (penicilina 250 mg. - cada 4 horas; iniciar la noche anterior al tratamiento y se continúa 48 horas durante el período posoperatorio).

En cuanto a la cicatrización que como ya mencionamos es más lenta, esto es debido a la aterosclerosis generalizada en donde hay un déficit vascular periférico que probablemente actúa a través de una disminución del aporte nutritivo de los tejidos así como de una disminución térmica localizada.

Los pacientes diabéticos controlados deben responder bien al tratamiento periodontal. Hay que eliminar todos los

factores etiológicos locales.

Con frecuencia el primero en sospechar la diabetes es - el dentista que toma en cuenta esta posibilidad. Las encías del diabético no controlado suelen mostrar un color rojo - oscuro, los tejidos son edematosos y a veces algo hiperémicos.

Es típico encontrar también una supuración dolorosa generalizada de las encías marginales y de las papilas interdentes, los dientes suelen ser sensibles a la percusión, los abscesos radiculares recurrentes son comunes, y en poco tiempo puede haber una gran pérdida de tejido de sosten. En todos estos conceptos no profundizo puesto que ya fueron - considerados más ampliamente en el capítulo dos.

La frecuente coexistencia de lesiones parodontales y - diabetes no controlada justifica plenamente un análisis de orina en todo paciente con estas manifestaciones.

La cirugía bucal en los diabéticos exige tomar en cuenta lo siguiente:

Medidas destinadas a evitar el aumento de glucosa sanguínea; la elección del anestésico, los pasos necesarios para evitar complicaciones posoperatorias.

Medidas destinadas a evitar el aumento de la glucosa sanguínea. Son importantes una actitud tranquila y confiada del dentista, con una buena premedicación preanestésica. -

La medicación preanestésica deberá bastar para suprimir la nerviosidad y ansiedad. La tensión y la emoción que suponen intervenciones quirúrgicas incluso menores aumentan la glucosa sanguínea por medio de la secreción de adrenalina agravando la diabetes.

En el diabético de tipo adulto, estas medidas son poco importantes, en especial si el paciente ha sido controlado satisfactoriamente desde el diagnóstico de su enfermedad. - En cambio tales medidas son de mayor importancia en un diabético que cae fácilmente en hiperglucemia o choque insulínico.

De todas maneras es conveniente aún en pacientes controlados con certificación médica actual, realizar las intervenciones en horas de la mañana, y durante la fase de descenso de la curva de glucosa sanguínea. Esto es de 90 minutos a 3 horas después del desayuno y de la administración de la insulina. Tomando las precauciones del caso se puede hacer el tratamiento sin problemas especiales si la cifra sanguínea de azúcar es alta; pero de todas maneras no es conveniente hacer extracciones múltiples.

El Dr. Ricardo F. Borgelli en su libro. Temas de Patología Bucal, menciona que se deben evitar las intervenciones en el consultorio que puedan exceder de 30 minutos.

Es preferible utilizar anestésico local sin adrenalina; ésta, eleva la glucosa sanguínea, y la isquemia que produce puede predisponer esfacelo celular con infección posoperato

ria. En general se logra una buena anestesia local con una simple solución de lidocaina al 2%. Si se requiere utilizar un vso constrictor, se usará uno distinto a la adrenalina, en la menor concentración posible. Antes de la punción se - deben evitar los compuestos que contienen yodo para la pre- paración de la mucosa.

Los pacientes diabéticos que requieren atención bajo -- anestesia general, se hospitalizarán para disponer de los - medios y del personal necesario en caso de complicaciones - serias.

Las maniobras quirúrgicas deben ser lo menos traumáti - cas posibles. No es rara la necrosis marginal de los teji - dos alrededor de los alvéolos de extracción. El primer sig- no de diabetes puede ser una amplia necrosis o incluso una- gangrena después de una intervención odontológica, por fal- ta de una buena historia clínica o una buena valoración del paciente.

Tratamiento dental de urgencia en pacientes con infec - ciones o lesiones traumáticas. La dieta del paciente debe - controlarse según su capacidad de ingestión. Si el paciente está hospitalizado esto puede efectuarse junto con el médi- co encargado del cuidado de su diabetes. En pacientes con - infecciones graves es muy grande el peligro de cetoacidosis. Estos pacientes deben vigilarse cuidadosamente, con análi - sis repetidos de orina en busca de glucosuria y acetonuria. Si el paciente cae en cetoacidosis hay que consultar a su - médico y continuar con el tratamiento bucal y diabético en- colaboración.

Las consecuencias de las alteraciones de que se hace - acompañar la diabetes, se pueden clasificar en general en - dos tipos: inmediatas y tardías.

Las inmediatas están representadas por el coma y la infección, el coma diabético generalmente se desencadena como resultado de tratamiento insuficiente con insulina, por una infección o por algún trastorno gastrointestinal, que provoque vómitos o diarrea y se caracteriza por desarrollarse - lentamente, por hiperglucemia acentuada, hipercetonemia y - cetonuria, hipocaliemia, acidosis metabólica y deshidrata - ción; la acidosis produce hiperventilación y el aliento tiene un olor peculiar a acetona.

Las consecuencias tardías de la diabetes son vasculares renales, retinianas y nerviosas.

COMA DIABETICO:

Consiste en la pérdida del conocimiento como resultado de la hiperglucemia y la cetoacidosis, pero también ocurre en la hipoglucemia. Ambos tipos de coma suelen poderse distinguir por la historia si el paciente sabe explicarse bien o va acompañado de alguien que pueda proporcionar los datos adecuados.

Los factores que producen coma por hipoglucemia son los que disminuyen la ingestión de alimentos o incrementan la - cantidad de insulina o ambos al mismo tiempo.

El período de comienzo en el coma por hipoglucemia es - cuestión de horas, mientras que en el coma secundario a la - cetoacidosis hiperglucémica suele requerir de varios días - para desarrollarse y acompaña a lo siguiente:

- 1.- Infección, la causa más frecuente puede estar en el apa - rato respiratorio, genital, aparato digestivo, piel e - infecciones de la cavidad bucal.
- 2.- Deshidratación.
- 3.- Administración de esteroides exógenos.
- 4.- Trastornos gastrointestinales con náuseas, vómito y dia - rrea.
- 5.- Trastornos emocionales.
- 6.- Falta de administración de insulina en la dosis prescri - ta, o bien de no seguir la dieta adecuada.

La sintomatología es poliuria, polifagia, polidipsia, - anorexia, náuseas, vómitos, debilidad, vértigos y somnolen - cia que aumenta gradualmente hasta el coma.

CHOQUE INSULINICO O REACCION HIPOGLUCEMICA:

Son los nombres con que se conoce también al coma hipo - glucémico. Aquí el enfermo está nervioso, débil, sufre cefa - lea y a veces pérdida de la sensibilidad en las extremida -

des, la piel puede ser húmeda o pegajosa, en ocasiones existe cierto aturdimiento. El paciente no puede concentrarse en objetos o temas particulares. Son frecuentes las parestesias de la lengua o de las mucosas y de los labios, confusión mental y pérdida completa de la conciencia, las papilas suelen estar dilatadas.

En caso de que existan dudas sobre si el paciente se encuentra en coma diabético o en hipoglucemia, puede administrarse sin peligro 50 ml. de glucosa al 50%; si el estado de conciencia del enfermo le permite alimentarse, se dará zumo de naranja adicionado de un poco de glucosa. Como la hipoglucemia produce rápidamente lesiones cerebrales, no debe esperarse más de cinco minutos antes de iniciar el tratamiento en el paciente inconciente. 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 y ha ingerido bastantes calorías cuyo metabolismo corresponda a la insulina administrada.

El coma diabético afecta los diabéticos insulino dependientes como una etapa final de una serie progresiva de alteraciones metabólicas, cuyo principio es la cetoacidosis originada por la carencia de insulina, esto origina un aumento de la glucosa circulante, al reducirse su captación por los tejidos periféricos (músculo, tejido adiposo) y por el hígado.

La pronunciada glucosuria del diabético descompensado produce una marcada poliuria, y esta lleva a la deshidrata-

ción que al alcanzar cierta magnitud produce hipovolemia - con hipotensión arterial y colapso, luego oliguria y anuria.

En la evolución progresiva del proceso que lleva al coma diabético, es la cetonuria, luego se acentúan las manifestaciones de la diabetes y aparecen signos digestivos y cardiovasculares (náuseas, vómito, hipotensión, colapso etc.) más tarde comienzan las alteraciones respiratorias - por descenso del pH sanguíneo (respiración de Kussmaul) y las neurológicas (obnubilación) finalmente se instala el coma diabético: hay pérdida de la conciencia y luego del sensorio, con manifiesta deshidratación (lengua de loro), colapso vascular con hipotensión y oliguria, respiración de Kussmaus, aliento cetónico, hiperglucemia de más de 500 - - mg./100 ml. y descenso de la reserva alcalina a menos de 12 meg. por litro (normal 27-28 meg/L) este estado si no es tratado adecuadamente produce la muerte del paciente.

C).- FASE DE MANTENIMIENTO:

La salud periodontal se mantiene después del tratamiento de la misma manera que se puede prevenir la enfermedad periodontal. Consiste en impedir la colonización de bacterias en la superficie de los dientes una vez al día. Es difícil controlar la placa porque es transparente y pegajosa, y se forma diariamente, aunque no es posible eliminarla totalmente, si que se puede reducir a un nivel compatible con la salud gingival.

Durante el examen inicial se explica al paciente el papel de la placa bacteriana en la etiología de la enfermedad periodontal. Antes de proceder al tratamiento se puede instruir al paciente sobre la higiene oral dentaria para eliminar la placa. Se le explica que la técnica de higiene oral-satisfactoria ha de ser eficaz en la eliminación de la placa bacteriana sin lesionar los dientes ni la encía.

La preservación de la salud periodontal del paciente - tratado demanda un programa tan positivo como la eliminación de la enfermedad periodontal. Una vez completado el - tratamiento se programa para el paciente una serie de visitas de control para el cuidado de mantenimiento, con el fin de prevenir la recidiva de la enfermedad.

Las visitas periódicas de control constituyen la base - de un programa adecuado a largo plazo. Al principio, se establece un intervalo de tres meses, pero esto, claro puede- variar de acuerdo a las necesidades del paciente.

El control periodontal de cada visita periódica se compone de dos fases. La primera se refiere al examen y la valoración del estado actual de la salud bucal del paciente. La segunda fase de la sesión de control comprende el tratamiento de mantenimiento necesario y el refuerzo de la higiene bucal.

El examen de control es similar a la valoración inicial del paciente. Sin embargo el dentista buscará las modificaciones ocurridas después de la última valoración. El análisis

sis del estado actual de la higiene bucal es esencial, la - puesta al día de los cambios de la historia médica y la va- loración de restauraciones, caries, prótesis, oclusión, mo- vilidad dental, estado gingival y bolsas periodontales son- partes importantes de las sesiones de control. Hay que ins- peccionar detenidamente la mucosa bucal para detectar esta- dos patológicos.

Se tomará una serie completa de radiografías intrabuca- les cada dos o cuatro años, según sea el avance inicial del caso y los hallazgos de la visita de control periódica. Es- tos son comparados con las radiografías previas para con- frontar la altura ósea, la reparación de defectos óseos, - signos de trauma de oclusión, patología y caries.

A veces las lesiones pueden recidivar. Generalmente es- to puede originarse en el control inadecuado de la placa - por parte del paciente, también se puede atribuir en parte a la falta de una buena motivación por parte del dentista.- Ante esta circunstancia es conveniente hacer un mayor es- - fuerzo de ambas partes, para lograr el objetivo deseado.

A continuación haré una lista de las causas más comunes de recidiva de la enfermedad parodontal.

- 1.- En primer lugar y porque es el caso que nos ocupa. Enun- ciaré la enfermedad sistémica, donde un cambio en el -- curso de estas puede actuar modificando la resistencia- del paciente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA^a BIBLIOTECA

- 2.- Tratamiento inadecuado o insuficiente para eliminar todos los factores potenciales que favorecen la acumulación de la placa. La eliminación incompleta de los cálculos en zonas de difícil acceso.
- 3.- Restauraciones inadecuadas colocadas posteriormente al tratamiento periodontal.
- 4.- La inasistencia del paciente a los controles periódicos. Esto puede deberse a la decisión conciente o inconciente del paciente de no continuar el tratamiento o a que el dentista no ha recalcado la necesidad de los exámenes periódicos.

El fracaso del caso puede ser reconocido por:

- 1.- Inflamación recurrente descubierta por alteraciones gingivales y hemorragia del surco al sondaje.
- 2.- Aumento de la profundidad de los surcos conducentes a la recidiva de las bolsas.
- 3.- Incrementos graduales de la pérdida ósea observable en las radiografías.
- 4.- Incrementos graduales de la movilidad dental observada en los exámenes clínicos.
- 5.- Pérdida del control o modificación del padecimiento sistémico.

El examen se inicia preguntándole al paciente cuales son sus molestias o trastornos principales en caso de que los haya. Si una región determinada preocupa al paciente porque le duele, está tumefacta o sangra, debe examinarse en primer lugar. Esto es lo que le interesa principalmente y debe reclamar la atención desde el principio. Hay que tomar en consideración el autodiagnóstico del paciente y valorarlo con sentido crítico.

Para poder llevar a cabo un examen oral correcto el examinador tiene que estar familiarizado con el aspecto de los tejidos normales, para poder reconocer las anomalías de los mismos.

Para concluir quiero hacer notar que el diabético está expuesto a todos los problemas médicos habituales del individuo no diabético, pero también a otros muchos, propios de su enfermedad.

En el manejo dental de estos pacientes como ya dije requiere de una completa comprensión y evaluación de la naturaleza de la enfermedad por parte del dentista.

Se deben evitar o eliminar las infecciones bucales incluyendo los dientes que siguen flojos después de un tratamiento periodontal adecuado en diabéticos aún controlados. No hay razón para extraer dientes tratados endodónticamente si el tratamiento es bueno.

Mediante la administración preoperatoria de vitamina C-
y de complejo B se podrán disminuir las infecciones secunda
rias y la cicatrización será mejor.

C O N C L U S I O N E S .

Luego de haber revisado el tema y de haber consultado varios autores me doy cuenta de lo necesario que es valorar - adecuadamente nuestros pacientes, de enfocar toda nuestra capacidad y dedicación a cada caso en particular, debemos es - tar preparados para afrontar las situaciones difíciles que - se nos pudieran presentar y sobre todo debemos ser honestos - con nosotros mismos manteniéndonos dentro de los límites de - nuestra propia capacidad, reconociendo nuestras propias limitaciones, y nunca tratar de efectuar tratamientos para los - que no estemos plenamente capacitados, con mayor razón, cuando nuestro paciente sea considerado de alto riesgo, de igual manera cuando por falta de ética o de capacidad no demos la - importancia debida a un diagnóstico.

Corresponde pues a nosotros estar familiarizados con los signos y los síntomas de las enfermedades más frecuentes, para deducir la relación que guardan con nuestro campo de ac - ción, y así poder tomar las precauciones pertinentes, y no - que por un error nuestro vayamos a complicar el curso de la - misma, no estoy refiriéndome exclusivamente a la diabetes, - ya que ésta es solo una más de tantas enfermedades que de alguna manera afectan o modifican nuestro proceder profesional ante los pacientes así afectados.

Debemos estar plenamente preparados para cumplir de la - mejor manera posible con nuestro compromiso con la sociedad, debemos estar conscientes de que nuestros estudios no terminaron en las aulas de la facultad, buscar ser siempre profe-

sionistas actualizados en beneficio de nuestros semejantes,
de nosotros mismos y de nuestra profesión.

No debemos olvidar en nuestras historias clínicas, que -
si procedemos de lo general a lo particular, podremos lo -
grar una valoración más acertada de nuestro paciente.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BAER PAUL N./SHELDON D. BENJAMIN
Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes
Editorial Mundi
Buenos Aires
Pág. 225-226

- 2.- BORGELLI RICARDO FRANCISCO
Temas de Patología Bucal Clínica
Tomo II
1ra. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires, 1979
Pág. 618-628, 635

- 3.- BURKET LESTER W.
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Interamericana
México, 1954
Pág. 365-366, 450-457

- 4.- CARRANZA FERMIN A./CARRARO JUAN A.
Periodoncia
1ra. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires
Pág. 274-275

- 5.- CORREA ARIAS STELLA/PEREZ TAMAYO ALAN GOLDFIEN
Texto de Patología
Segunda Edición
La Prensa Médica Mexicana
México, 1980
Pág. 347-348, 823

- 6.- EVERSOLE LEWIS R.
Patología Bucal
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires, 1983
Pág. 205

- 7.- GLICKMAN IRVING
Periodontología Clínica
Quinta Edición
Editorial Interamericana, 1982
Pág. 505, 583-584, 595

- 8.- GORLIN ROBERT J. / GOLDMAN HENRY M.
Patología Oral
Thoma
1ra. Edición
Salvat Editores
Barcelona, 1973
Pág. 432

- 9.- GRINSPAN DAVID
Enfermedades de la Boca
Tomo III
1ra. Edición
Editorial Mundi
Buenos Aires
Pág. 2208, 2219-2225, 2231
- 10.- LINDHE JEAN
Periodontología Clínica
Editorial Panamericana
Buenos Aires, 1980
Pág. 284
- 11.- LYNCH MALCOM A.
Medicina Bucal
Séptima Edición
Editorial Interamericana
México, 1980
Pág. 496-502
- 12.- MEYERS FREDERIK H./JAWETZ ERNEST/GOLDFIEN ALAN
Farmacología Clínica
Cuarta Edición
Editorial El Manual Moderno
México, 1980
Pág. 427-429

13.- PRICHARD JOHN F.

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Periodon-
tal en la Práctica Odontológica General

Editorial Panamericana

Buenos Aires, 1982

Pág. 97

14.- THORN ADAMS / BRAUNWALD ISELBACHER PETERSDORF

Medicina Interna

Tomo I

Prensa Médica Mexicana

México, 1979

Pág. 657-659, 666