

17
2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"MANEJO DE PACIENTES
ODONTOPEDIATRICOS CON DIABETES"

TESINA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
YOLANDA ARAUJO JIMENEZ



CD. UNIVERSITARIA, D. F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
REVISION BIBLIOGRAFICA	3
OBJETIVOS	18
METODOLOGIA	19
RESULTADOS	20
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25
APENDICE	30
BIBLIOGRAFIA	

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

En la Diabetes Mellitus encontramos gran cantidad de glucosa en sangre y en saliva ocasionando problemas en el parodonto caries dental y alteraciones en los niveles salivales.

La Diabetes Mellitus es un trastorno del Páncreas en donde existe ausencia parcial o total de Insulina (5) por la elevación de la concentración de la glucosa en sangre, asociada con alteraciones del metabolismo de lípidos y proteínas, como resultado de la insuficiencia de insulina (8). La glucosa no puede ser utilizada por las células y entonces se almacena en la sangre circulante dando lugar al aumento de concentración de azúcar en sangre (Hipergluemia) que cuando sobrepasa cierto nivel se libera por la orina (Glucosuria) (1). reflejando una distorsión en el equilibrio entre la utilización de la glucosa por el Hígado y los diversos tejidos del cuerpo, con la producción y liberación de las hormonas: Pancreáticas (Insulina) (8).

Por lo tanto se considera que la diabetes no es solo una alteración del Páncreas sino del metabolismo en general, porque causa atrofia o daño a órganos y sistemas de nuestro organismo.

La enfermedad cardiaca, arteroesclerosis, la ceguera y la uremia son manifestaciones mas frecuentes de los componentes vasculares.

En los estados iniciales se presenta Poliuria. Polidipsia. Polifagia, perdida de peso, fatiga y glicosuria, mientras que en el estado tardío se observan neuropatias y anginopatias que consisten en el engrosamiento de la membrana basal, de los capilares y vénulos, así como, alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas para obtener energia necesaria en sustitución de Glucaagon (1)

La repercusión de la Diabetes Mellitus en la cavidad oral es muy variable, se han descrito en estos enfermos la presencia de Xantosis, enfermedad parodontal, caries dental severa y no se puede olvidar que el aliento puede tener importancia clínica.

AFECCIONES BUCALES

Ante el diabetico descompensado se piensa de inmediato en las diversas causa que pueden haber contribuido a su descompensación y con mucha frecuencia, olvidamos las afecciones bucales, como posible causa que ha sido considerada como la quinta complicación de la diabetes.

Tanto los diabéticos insulino dependientes como los no insulino dependientes tienen mayor riesgo a desarrollar infecciones estomatológicas que la población en general, y en esta complicación cuando ocurre en el diabético es mucho mas severa y le ocasiona mayor pérdida de dientes. (12)

Al igual que otras afecciones dentarias ocasionan hiperglucemia con movilización de ácidos grasa que puede llegar a la acetoácidos por otra parte la enfermedad parodontal aguda, al hacer que la masticación resulte dolorosa, induce al diabético a seleccionar alimentos que resulten mas fáciles de masticar, pero desde el punto de vista dietético, no son los apropiados.

ENFERMEDAD PARODONTAL

La enfermedad Parodontal es una complicación infecciosa de las estructuras próximas del diente y comprende:

A) GINGIVITIS:

Producida por la colonización bacteriana en los contornos de la encía y el diente se caracteriza por la presencia de encías inflamadas, enrojecidas y fácilmente sangrantes por causa de la fricción o cepillado, precursora casi siempre de la periodontitis.

B) PERIODONTITIS.

Se produce al ser invadidas las estructuras de sostén, es decir el ligamento periodontal y el proceso alveolar. (7) (9) (12)

Si bien es cierto que no existe una prueba definitiva que nos afirme la relación entre el control glicémico y la enfermedad parodontal, sí se han encontrado una mayor susceptibilidad a los abscesos periodontales agudos en los diabéticos mal controlados, mientras que en ellos cuya diabetes compensada, la Gingivitis y periodontitis es menor.

La placa bacteriana dental es considerada como un material adherente y gelatinoso que cubre al diente y que contiene mas de 250' millones de microorganismos por miligramo y una matriz extracelular formada por polisacaridos extracelulares bacterianos, leucocitos, glicoproteinas salivales, agua y restos epiteliales. Ha sido considerada como una de las causas contribuyentes al deterioro de los tejidos duros y blandos.

Los productos metabólicos de los microorganismos bucales producidos en la superficie dentaria o en contacto con la encía pueden producir desmineralizacion del esmalte, inflamación de los tejidos parodontales.

Por otra parte las elevadas concentraciones de calcio en glucosa salival, se reflejan en los depósitos de cálculos aumentados alrededor de los dientes e influye el desarrollo de poblaciones bacterianas que se encuentran en la base de las bolsas parodontales; estas bacterias y sus productos tienen efecto inflamatorio directo y dan lugar tambien a una respuesta inmunológica, y aunque estas son fundamentales de carácter protector, pueden provocar la destrucción progresiva de las fibras del tejido conjuntivo, la reabsorción del hueso alveolar del diente y la profundización del surco o bolsa gingival y resultar de ellos las parodontitis conocida tambien como piorrea.

La placa bacteriana dental es considerada como un material adherente y gelatinoso que cubre al diente y que contiene mas de 250' millones de microorganismos por miligramo y una matriz extracelular formada por polisacáridos extracelulares bacterianos, leucocitos, glicoproteinas salivales, agua y restos epiteliales. Ha sido considerada como una de las causas contribuyentes al deterioro de los tejidos duros y blandos.

Los productos metabólicos de los microorganismos bucales producidos en la superficie dentaria o en contacto con la encía pueden producir desmineralización del esmalte, inflamación de los tejidos parodontales.

Por otra parte las elevadas concentraciones de calcio en glucosa salival, se reflejan en los depósitos de cálculos aumentados alrededor de los dientes e influye el desarrollo de poblaciones bacterianas que se encuentran en la base de las bolsas parodontales; estas bacterias y sus productos tienen efecto inflamatorio directo y dan lugar también a una respuesta inmunológica, y aunque estas son fundamentales de carácter protector, pueden provocar la destrucción progresiva de las fibras del tejido conjuntivo, la reabsorción del hueso alveolar del diente y la profundización del surco o bolsa gingival y resultar de ellos las parodontitis conocida también como piorrea.

Además de los elevados niveles de glucosa en los diabéticos existen otros cambios patofisiológicos que producen la afectación de predisponer a la enfermedad parodontal, entre ellos tenemos la disminución de la actividad bacteriana. Estas alteraciones de la función neutrofilica, reducen la resistencia a la infección parodontal durante los periodos de mal control metabólico y de insuficiencias relativas de insulina local.

Otros factores que pudieran contribuir a la enfermedad parodontal en el diabético, son lo cambios vasculares, el esta sis microcirculatorio y las irregularidades en el metabolismo del colágeno.

CARIES DENTAL

La caries dental contribuye una de las principales causas de pérdida del diente, su incidencia en el diabético descontrolado es mayor que la población en general, lo cual se explica por el alto nivel de glucosa salival y la reducción del flujo salival que ocurre en ellos.

Esto favorece el desarrollo de la placa bacteriana cuya acción dañina provoca un medio favorable para la aparición de la caries.

CANDIDIASIS Y AFTAS.

En el diabético, los elevados niveles de glucosa salival favorecen al desarrollo de la *Cándida Albicans* que compete con el desarrollo normal de la flora bucal en cuanto a la captación de nutrientes e influye sobre la flora bacteriana y sobre la composición de los organismos que se encuentran en el fondo de las bolsas parodontales, como resultado de todos cambios se produce una mayor prevalencia de caries.

MANEJO DENTAL

Ya se ha mencionado los signos y síntomas clínicos bucales, temprano de la diabetes, pero también existe otro grupo, en el que se puede presentar la diabetes, son pacientes obesos, pacientes de padres y hermanos diabéticos

En estos pacientes está indicado ordenar un examen conocido como horas posprandial (lo que conocemos como curva de tolerancia) el cual consiste en hacer una determinación de glucosa en sangre en ayunas cero horas, y otro con determinación dos horas después de haber ingerido alimentos. Una alteración de cualquiera de las dos nos hace sospechar que el paciente es diabético, lo que obligará a una revisión médica, para su control metabólico y no se presente ninguna complicación.(4)

La inquietud principal del Cirujano Dentista debe de ser la determinación del bienestar físico y emocional del paciente diabético. (8, 4, 12)

Un factor muy importante es evaluar una historia clínica bien específica y bien detallada con ciertas indicaciones para pacientes diabéticos o prediabéticos; la fecha de la última visita al médico y que tipos de medicamentos ingiere ya sea insulina o agentes hipoglucémicos. (8)

Los pacientes cuya diabetes está bien controlada y que no tiene otros problemas médicos asociados pueden recibir terapia dental normal. solo se prefiere que el tratamiento sea las primeras citas. después del desayuno y con su medicación indicada. ya que los pacientes insulino dependientes se administran la dosis de insulina por la mañana. y sus actividades es de alrededor de dos horas después de la inyección y el pico de actividades ocurre a las 8 a 12 horas. Así ofreciendo el paciente el desayuno y la insulina su cita es más segura. ya que el tiempo de glucosa alta y baja de actividad de insulina. Las citas por la tarde podrían tener un tiempo de glucosa baja y alta actividad de insulina lo cual puede predisponer la paciente a una reacción hipoglucémica. Por consiguiente es importante conocer el tipo de insulina que tan a menudo está siendo administrada. y que actividad tiene la insulina en los pacientes que se les va a tratar en el consultorio dental.

Cuando la severidad de la diabetes o el grado de control no es conocido en el tratamiento debe estar a medidas preventivas.

Sin embargo ciertas drogas causan efectos colaterales que pueden afectar directamente al diabético como es el caso de la aspirina, se ha reportado que disminuye niveles de glucosa y pueden acrecentar la actividad de los agentes hipoglucemiantes aunque dosis pequeñas pueden ser toleradas por algunos diabéticos. (8)

En todos los pacientes diabéticos es muy importante reducir el dolor tanto como sea posible; se ha demostrado que el stress agudo aumenta la liberación de epinefrina incrementada la liberación de corticoide y secesion de insulina, conduciendo a niveles sanguíneos aumentados de glucosa y ácidos grasos libres en pacientes normales. El stress puede causar un aumento en la necesidad de insulina estas recomendaciones son más efectivas cuando son implementadas en consulta con su médico. (8)

En resumen el tratamiento de la diabetes, se producira de igual forma como hacemos cuando el paciente es sometido a una intervencion de cirugia menor, es decir, si el paciente no tiene necesidad de interrumpir o de hacer un cambio importante en su alimentacion y se encuentra compensado, se le prolongará el turno del estomatólogo, para la seccion, de

la mañana aproximadamente una hora despues del desayuno y de la insulina o de la ingestion del compuesto hipoglucemiante y se indicará que haga su autocontrol (glucosuria o glicemia) antes de las comidas, si se mantiene descontrolado debe acudir a su médico para que proceda hacer los ajustes correspondientes al tratamiento.

Otros aspectos que se deben tener en cuenta en el tratamiento de las afecciones bucales en el diabético, es que esta condición no contraindica la extracción de las piezas dentarias cariadas, sino al contrario estas deben ser rápidamente eliminadas o tratadas adecuadamente, independientemente del grado de compensación del paciente puesto que en ocasiones, la presencia de caries dental es el efecto responsable del descontrol de la diabetes. (7).

MANEJO DEL NIÑO.

El odontopediatra debe tomar muy en cuenta que la visita al consultorio dental puede implicar una gran situación de stress para el paciente, puesto que el niño siempre siente un gran temor a lo desconocido, por lo que se debe transmitir a ese tipo de sujetos básicamente, seguridad, tranquilidad y confianza.

En caso de que nos encontremos con un paciente difícil nosotros sugerimos usar solamente la forma de convencimiento para el paciente ya que se considera que las técnicas de restricción física puede ser negativa para este tipo de sujetos, por poder llevarnos a la descompensación de su padecimiento.

La premedicación no es recomendada en este tipo de pacientes, no por el medicamento que se emplee en sí ni por la hora de ayuno durante las cuales el enfermo puede caer en hipoglucemia. Como técnica de mano-boca y técnica mano-boca y nariz .(12)

ANESTESICOS LOCALES

Se había pensado que para todos estos pacientes deberíamos seleccionar un tipo de anestésico sin vasoconstrictor por el problema vascular que generalmente presentan sin epinefrina por la acción antagónica con la insulina. estudios recientes reportan que: (8.12).1m15

a.- Cualquier vasoconstrictor que se le administre al paciente diabético no actuará a ningún nivel tomado en consideración que la vasculotapia consiste principalmente en arteroesclerosis.

b.-Otras razones dadas para no utilizar epinefrina en el paciente diabético, es que ésta es antagonista de la insulina pero se ha visto que la cantidad utilizada en esta. 10 cartuchos de anestésico con vasoconstrictor no es significativa para provocar algún cambio en la acción de la insulina.

En conclusión decimos que la epinefrina con vasoconstrictor y/o hormona en sí no presenta contraindicación de la insulina.

ANESTESIA GENERAL

Los pacientes diabéticos pueden someterse con seguridad a la intervención quirúrgica, de todos tipos siempre y cuando la diabetes este bien compensada durante la operación, lo mismo que antes y despues de esta. (12)

El odontopediatra debe trabajar en compañía del anesthesiologo y endocrinologo para la necesaria preparacion preparatoria, asegurando que el paciente vaya libre de cetosis y con la diabetes controlada. El día de la intervencion el paciente debe llegar al quirófano con estómago vacio, una glucemia normal y las adecuado reservas de glucógeno .

La intervención debe ser muy temprano por la mañana para evitar la hipoglucemia, la cetosis y prevenir el vómito, el diabético debe de ocupar el primer lugar en la lista de operaciones.

ACCIONES PREVENTIVAS

Un paciente diabético debe como norma mantener libre de sepsis de cualquier origen; el Cirujano dentista es el encargado de eliminar y controlar los focos infecciosos bucales, así como educar al resto de la profesión médica para que considere dentro del manejo global de los pacientes diabéticos la eliminación de focos agudos bucales.(4)

Los programas preventivos deben enfatizar en el paciente diabético durante el tratamiento dental y de manera permanente después del mismo.

Como manejo preventivo y de alteración a gran escala, es necesario que el dentista, además de resolver los problemas de caries, endodoncia, parodoncia y prótesis, que se procure la solución de otros problemas estomatológicos típicos del diabéticos como xerostomía, estomatitis infecciosa a través de su atención directa o remitirlo al paciente a especialistas capacitados para resolver estos problemas.(4)

PREVENCIÓN

La prevención de las afecciones estomatológicas en diabéticos es el mejor tratamiento de que se dispone: de ahí el cuidado de la boca cobra una particular importancia en la enseñanza al diabético, el deberá comprender del buen control metabólico como paso fundamental a la prevención de la enfermedad parodontal, la caries, estomatomicosis, entre otros, junto con el aprendizaje de la técnica de la higiene bucal y los principios de nutrición.(4.7)

Los diabéticos deberán saber que las enfermedades parodontales hace que el control de la diabetes se haga más difícil, el mal control favorece las infecciones en las encías, las cuales, una vez presentes se hace que su curación se prolongue más y que a su vez, las afecciones parodontales prolongadas puedan implicar la pérdida de los órganos dentarios con la lesión de la cresta alveolar por lo que no siempre la prótesis dental resultará eficaz a no lograrse un ajuste adecuado, lo que ocasionará irritación de la mucosa e intolerancia.

Al igual de cualquier otra técnica, el educador debe enseñar paso a paso, la técnica de la higiene bucal que comprende el cepillado correcto de los órganos dentarios después de cada comida con un cepillo de cerdas poco rígidas que no lesionen las encías, el modo de que elimine todos los restos

PREVENCION

La prevención de las afecciones estomatológicas en diabéticos es el mejor tratamiento de que se dispone: de ahí el cuidado de la boca cobra una particular importancia en la enseñanza al diabético, el deberá comprender del buen control metabólico como paso fundamental a la prevención de la enfermedad parodontal, la caries, estomatomicosis, entre otros, junto con el aprendizaje de la técnica de la higiene bucal y los principios de nutrición. (4,7)

Los diabéticos deberán saber que las enfermedades parodontales hace que el control de la diabetes se haga más difícil, el mal control favorece las infecciones en las encías, las cuales, una vez presentes se hace que su curación se prolongue más y que a su vez, las afecciones parodontales prolongadas puedan implicar la pérdida de los órganos dentarios con la lesión de la cresta alveolar por lo que no siempre la prótesis dental resultará eficaz a no lograrse un ajuste adecuado, lo que ocasionará irritación de la mucosa e intolerancia.

Al igual de cualquier otra técnica, el educador debe enseñar paso a paso, la técnica de la higiene bucal que comprende el cepillado correcto de los órganos dentarios después de cada comida con un cepillo de cerdas poco rígidas que no lesionen las encías, el modo de que elimine todos los restos

alimenticios también. le enseñara el uso de hilo de seda dental por la importancia que tiene en la prevención de las enfermedades parodontales y de caries en los espacios interdentarios. (7. 12)

Un tratamiento local dirigido a eliminación de placa bacteriana ó los cálculos dentarios. pueden detener la parodontitis: por esta razón el paciente diabetico debiera ser orientado para que visite al cirujano dentista cada 6 meses y recordársele en cada visita su condición de enfermo diabético. Otro aspecto que se debe tener en cuenta en la prevención de las afecciones es el nutricional. la dieta deberá ser rica en vitaminas y minerales naturales. es decir rica en vegetales frutas cereales enteros e integrales. (7.10.12)

En ocasiones. para mejorar la salud bucal. se puede recomendar al paciente que se de masajes dos veces al dia con el dedo o con el cepillo dental en la parte anterior de los organos con una pasta que hará utilizando dos cucharadas de bicarbonato. peroxido de hidrogeno: si el tejido de las encias se encuentran irritadas se recomienda antes el uso de pasta y que haga un enjuague bucal dos veces al dia por espacio de una semana con una solucion que contenga una cucharada de bicarbonato y una cucharada de peroxido de hidrogeno en medio vaso de agua tibia y se recomienda que visite a su cirujano dentista para que le de el tratamiento definitivo. (7)

O B J E T I V O

Por ser la salud e higiene de la boca esenciales para la prevención de la caries, la enfermedad parodontal, las aftas y la estomatomicosis que puede presentar en el diabético por su menor resistencia a las infecciones bucales, el objetivo de este estudio es valorar el aumento de glucosa en nuestros pacientes odontopediátricos que nos indiquen la presencia de Diabetes Mellitus; considerando que esta enfermedad ocasiona alteraciones a nivel de la cavidad oral y el agrandamiento bilateral asintomático de la glándula parótida con la viscosidad salival, causado por el aumento de ácido graso y hipertrofia compensatoria resultado de una disminución en la producción salival.

METODOLOGIA

De los paciente que acudieron a solicitar el servicio en la Facultad de odontologia de la Universidad Nacional Autonoma de México. Fueron remitidos a la clinica de odontopediatria del cuarto piso de la antes mencionada para realizar su tratamiento dental.

Se seleccionaron treinta niños con las siguientes características: quince del sexo femenino y quince del sexo masculino, con edades que fluctuan entre los dos y diez años (con un promedio de edad de 8.6) de nivel socioeconomico medio. El paciente se sentó en un sillón dental, la cabeza se sostuvo en el cabezal, tomando la posición " ala tregus" paralelo al piso, se realizo la historia clinica correspondiente y se evaluarón clinicamente, con el siguiente instrumental, espejo, explorador, pinzas de curacion, y cucharilla se elaboraron modelos de estudio, fotografia clinica, radiografías dentoalveolares con la tecnica de la bisectriz, radiografias panorámicas. Examen de laboratorio que comprenden de biometria hemática y Quimica Sanguinea.

En este estudio se realizo un analisis estadistico de (X)2 (chi cuadrada) con la finalidad de ver si hay diferencias estadisticamente significativas entre la edad y el sexo con relación al nivel de glucosa.

Dicha investigacion fue tipo correlativo, descriptivo y trasversal de la muestra

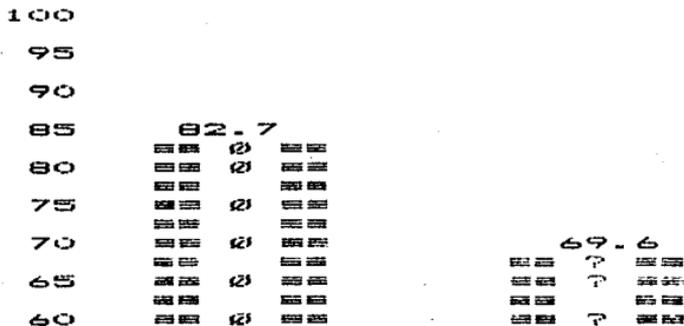
RESULTADOS

EN EL ANALISIS DESCRIPTIVO DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS ES POSIBLE OBSERVAR QUE EN LA GRAFICA NUMERO 1 SE MUESTRAN LOS VALORES PROMEDIO DE GLUCOSA:

NIÑOS, MEDIA DE 82.755 CON UNA CONFIABILIDAD DEL 94.95 % . *

EN NIÑAS MEDIA DE 69.666 CON UNA CONFIABILIDAD DEL 82.90% . *

* VALORES PROMEDIO DE GLUCOSA EN NIÑOS DE DOS Y DIEZ AÑOS DE EDAD.



GRAFICA 1

NIÑOS	82	**82.7**
NIÑAS	70	**69.6**

DISCUSION

Los diabéticos presentan alteraciones sistematicas que predisponen a una destruccion más rápida del parodonto tales como:

Cárdenas observo diferentes alteraciones vasculares como arteroesclerosis presentan un aumento en el grosor de la membrana basal de los vasos sanguineos (3) Castellanos (4) comunica la diferencia en las manifestaciones de los componentes vasculares. Llamarena (12) apoya estas teorías debido a que se refieren como una disminucion en el riego sanguineo y alteración en el parodonto. esto puede disminuir la elasticidad de estos tejidos y explica la minima curación observada en los pacientes lo comunica Rose L.F. (8) en cambio tanto Duarte (6) y Faget no refieren nada de esta alteración.

Una migración de células parece ser una respuesta a las sustancias observadas por la placa, que se encuentran en el surco gingival. además antígenos bacterianos y factores que pueden alterar directamente al sistema de la susceptibilidad individual así como la severidad y extensión de la distribución parodontal parece estar influenciada por la respuesta de huéspedes a los productos de los microorganismos de la placa y a las diferencias cualitativas y cuantitativas en la composición de la microflora oral. Estos factores se encuentran alterados en los pacientes diabéticos aunque tambien se ha observado que en ocasiones solo se altera uno de ellos o

ninguno afirma Cárdenas (3). De ahí que los estudios realizados para encontrar la relación entre diabéticos y la presencia parodontal .

Informes de la relación de enfermedad parodontal y diabetes se han presentado 1862 por Seiffert encontrado aumento importante en la severidad de la enfermedad con Diabetes (13). También se ha demostrado una patología similar de periodontitis juvenil en pacientes diabéticos juveniles por lo que la disfunción neutrofílica puede estar relacionada con la severidad parodontal

Castellanos afirma que la resistencia a la infección es menor en pacientes diabéticos. Otros autores como Cárdenas, Faget, Goitier, Rose L.F. y Orozco, apoyan esta afirmación de las alteraciones. Debido a que las infecciones odontogénicas y otras infecciones orales pueden causar complicaciones en la regularización y control.

Faget (7) sugiere que los pacientes diabéticos existen mayor concentración de cloro y calcio en el fluido gingival y por esta razón hay modificaciones en la microflora bacteriana normal.

Se han realizado múltiples estudios para controlar la diferencia a nivel parodontal entre diabéticos. Cardenas dice que en cuanto a la glucosa en fluido gingival, se encontró que está no aumenta con la edad en un grupo experimental, mientras que en otro se observó aumento de glucosa con la edad y lo demostró estadísticamente, se manifestó un aumento significativo del índice parodontal en función con la edad. En sus grupos experimento el aumentar la cantidad de glucosa en fluido gingival aumenta la enfermedad parodontal.

Por ser Cárdenas de las pocas personas que han encontrado relación estadística en esta enfermedad, vale la pena profundizar en ellos para poder tener más información sobre la relación que existe ya que la diabetes no es una enfermedad aislada si no al contrario es una alteración que afecta a varios órganos y sistemas del paciente y hay que tratarla inmediatamente para que no surja complicación alguna.

CONCLUSION

Por lo tanto concluimos que esta muestra nos dio resultados que no afecta ni el sexo, ni la edad ya que nuestra muestra solo presentaron pacientes con niveles de glucosa normales y que solo se presento un solo paciente con una glucosa de 103 mg. con alteracion en el parodonto y caries dental severa. Vale la pena profundizar sobre este tema realizando una investigacion con pacientes diabeticos y tener en cuenta que esta enfermedad ocasiona otros problemas en el organismo. Todo paciente diabetico debe mantenerse libre de focos infecciosos buco-dentales por medio de programas adecuados de tratamientos y prevencion.

El paciente diabético debe ser evaluado bucalmente de manera extensa, ya que la sintomatología local secundaria a la manifestación sistémica es múltiple y variada.

El manejo global del diabético debe incluir la evaluación y control dental. la difusión de esta observación entre la población médica es responsabilidad del cirujano dentista.

La cita no debe interferir con la hora de aplicación de la insulina ni con la del alimento: insistiendo al paciente en no olvidar la siguiente comida despues del tratamiento dental.

Hay que evitar el uso de técnica para el control del niño que implique restricción física así como la premedicación: siguiendo las técnica adecuadas para que el paciente no sufra ningún stress, y no haya descompensación de glucosa.

El uso de anestésicos locales con vaso constrictor y en especial la epinefrina, no está contraindicadas en el paciente diabético.

Las manifestaciones bucales de la diabetes más frecuentes son las enfermedades parodontales, las cuales hay que prevenir- las por favorecer los focos infecciosos.

El único tipo de mantenedor de espacio que esta contraindicado en el paciente diabético es el de zapatilla distal.

Cualquier maniobra de operatoria dental debe llevarse acabo con el criterio de evitar un futuro foco de infección.

Los tratamientos de endodoncia que se presentan alguna patología periapical, se llevarán acabo usando profilaxis antibiótica, en el caso de dientes temporales con pronosticos dudosos será indicado realizar una maniobra mas radical como la extracción.

La cirugía menor en el consultorio o cualquier extracción con patología radicular se prescribirá profilaxis antibiótica.

Para la anestesia general, el odontopediatra debe estar en estrecha comunicación con el anestesiólogo y el médico especialista, el paciente diabético debe ocupar el primer lugar en la lista de operaciones se deberá elaborar un programa de prevención individual para cada paciente.

Todos los diabéticos sospechosos en el consultorio dental, se deberán realizar exámenes clínicos y de laboratorio para descartar este estado.

El manejar al paciente diabético controlado en cifras más bajas posibles para su condición individual.

Asegurarse que los esquemas medicamentosos y alimenticios no se alteren durante el tratamiento dental.

Sólo en casos de cetosis metabólica, debe posponerse la atención definitiva de agudizaciones bucodentales.

El contacto frecuente con niños jóvenes y diabéticos demandan la necesidad de establecer una manera correcta para el odontopediatra pueda servirle mejor. Aquí son descritos los diferentes estadios de padecimientos, diagnósticos y tratamiento, las manifestaciones bucales más frecuentes así con las complicaciones que pueden presentarse en el consultorio dental, y lo que es más importante informar sobre los conocimientos elementales que conviene posea el odontólogo que maneja niños con diabetes.

TRATAMIENTO DE URGENCIAS

Las urgencias dentales en los pacientes diabéticos deben ser atendida inmediatamente sin importar las cifras de glucosa presente siempre y cuando el paciente no de muestras de cetosis metabólica, situación en la cual será preferible hacer prescripciones medicamentosas y remitir estos pacientes a un control médico inmediato. Esta situación puede ocurrir con ciertas frecuencias en la interconsulta dental hospitalaria. Aún en estos casos el drenado de abscesos pulpares y parodontales pueden ser intentados.

res y parodontales pueden ser intentados.

La razón de intentar la atención inmediata de pacientes diabéticos con estados bucodentales agudos, es que el dolor, la infección y la respuesta física a éstos, pueden incrementar las cifras de glicemia; esta situación puede llevar a descompensaciones en el manejo diabético y cetosis metabólica.

En los casos en que las urgencias sean solicitadas por medio de extracciones drenaje o pulpectomía, o pulpotomía el uso de antibióticos y analgésicos como complemento curativo está indicado.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

APENDICE

CASO CLINICO

Paciente de 12 años de edad de sexo masculino y escolaridad 1o. de Secundaria que acudio a la clinica de Odontopediatria del cuarto piso del Edificio que ocupa la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Mexico ,para su tratamiento dental.

Dicho paciente se valoró con una historia clínica radiografías dentoalviolares. modelos de estudio, fotografia clínica y analisis de laboratorio. biometria hemática y química sanguínea.

La biometria hemática y la química sanguínea revelaron la presencia de glucosa de 103 miligramos que todavia esta considerada dentro de los parámetros normales. pero dicho paciente debe de tener un control dietético adecuado ya que puede estar propenso a desencadenar un cuadro diabético.

DIAGNOSTICO CLINICO

- Caries dental de tipo C3 los primeros y segundos molares inferior izquierdo y derecho.
- Caries dental de tipo C3 en los primeros molares superior derecho e izquierdo.
- Mala oclusión en el lateral superior derecho.
- Restauraciones de acero cromo en los "E" superiores

TRATAMIENTO DENTAL.

-Se realizo la obturacion con amalgamas, con un pronostico favorable ya que el paciente colaboro para su tratamiento.



PACIENTE DE DOCE ANOS VISTO DE FRENTE



PACIENTE DE DOCE AÑOS VISTO POR PARTE LATERAL DERECHA



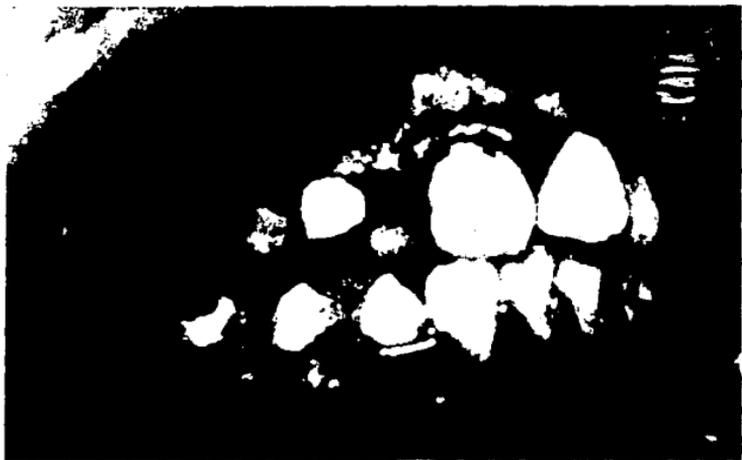
MISMO PACIENTE

VISTA INTRAORAL INFLAMACION GINGIVAL Y TARTARO DENTAL EN EL
CENTRAL SUPERIOR DERECHO. PLACA BACTERIANA Y APINONAMIENTO DE
DIENTES.



MISMO PACIENTE

VISTA INTRAORAL OBSERSESE FALTA DE ESPACIO EN EL SEGUNDO
PREMOLAR Y DESTRUCCION SEVERA EN EL SEIS INFERIOR DEL LADO
DERECHO.



MISMO PACIENTE

VISTA INTRAORAL OBSERSE LA DESTRUCCION DEL PRIMER MOLAR INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO Y AUSENCIA DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES.



MISMO PACIENTE

VISTA INTRAORAL EN LA ARCADA SUPERIOR CARIES DENTAL EN LOS
PRIMEROS MOLARES Y AUSENCIA DE ESPACIO EN EL LATERAL SUPERIOR
DERECHO SE OBTURARON LOS "PE" CON CORONAS DE ACERO CROMO.



MISMO PACIENTE

OBSERVESE LA DEFICIENTE OCLUSION Y PROBLEMAS PARADONTALES SEVEROS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A.E. MILES. EL DESARROLLO Y ATROFIA DE LAS GLANDULAS SEBA-CEAS. RESEARCH ANANTATION, VOL37. THE LONDON HOSPITAL DENTAL SCHOLL. 1980.
- 2.- CASARES SANCHES JULIO. DICCIONARIO TERMINOLOGIA DE CIENCIAS MEDICAS. EDITORIAL SALVAT S.A. 11a EDICION. 1975.
- 3.- CARDENAS CHAGOYA JORGE. COOPS FRANCO SUSAN. RELACION ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GLUCOSA EN FLUIDO GINGIVAL DE PACIENTES DIABETICOS. PRACTICA ODONTOLOGICA. VOLUMEN 9 PP.32.34. MEXICO D.F. 1988.
- 4.- CASTELLANOS S. JOSE LUIS. CARRANZA R. ANTONIO. DIAZ GUZMAN LAURA. MANEJO DENTAL DE PACIENTE DIABETICOS. ASOCIACION DENTAL MEXICANA. MEXICO.D.F.1985.
- 5.- CASTELLANOS JOSE LUIS. DIAZ GUZMAN LAURA. MANEJO DENTAL DE PACIENTES DIABETICOS. PRACTICA ODONTOLOGICA. MEXICO D.F. 1985.
- 6.- DUARTE PONCE MANUAL. GUTIERRES ROMERO MANUEL. COMPLICACIONES FRECUENTE Y TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN EL PACIENTE DIABETICO.URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL. VOLUMEN 8 PP6.MEXICO.D.F. 1987
- 7.- FAGET CEPERO ORESTES. DIAZ DIAZ OSCAR DETENCION Y PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES ESTOMATOLOGICAS EN EL DIABETICO. REY CUBA-NAESTONATAL. INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA VOLUMEN 25 PP3 MEXICO D.F. 1988.
- 8.- GESA T. ROSE L.F. KAYE. DENTAL CORRELACION DIABETES MELLITUS. INTERNAL MEDICINE POR DENTISTRE. USSA AÑO 1990.

9.-GOTEINER DAVID, VOGEL RICHARD, DEASY MICHAEL PERIODONTAL Y
CÁRIES EXPERIMENTAL EN NIÑOS INSULINODEPENDIENTES CON DIABETES
MELLITUS RESEARCH REPORTS . JADA VOL.113 1986

10.-JIMENEZ EHEMENDIA TANIA, LICEA PULG MANUEL COMPLICACIONES
BUCALES EN LA DIBETES MELLITUS, INSTITUTO NACIONAL DE ENDOCRINO-
LOGIA REY CUBANA MED(7) MEXICO D.F. 1987.

11.- KLEINBER P. EFECTOS DIFERENTES CONCENTRACIONES DE GLUCOSA Y
EL P.H..DEPARTAMENTO MEDICAL SCOOOL KING JOURNAL OF.DENTAL RE-
SEARCH VOL.37 PP756.

12.- LLAMARENA DE SERRANO MARIA ELENA, OJEDA LEON SERGIO. CADEMA
ANTONIN. MANIFESTACIONES BUCALES MAS FRECUENTES EN DIABETES TIPO
1. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA D.F.I. MEXICO D.F. 1983.

13.-ORTEGA OROSCO FABIOLA MANIFESTACIONES Y EFECTOS DE DIABETES
MELLITUS, REVISION BIBLIOGRAFICA P.O. VOL 8 NO.6 MEXICO.D. 1987

14.-TOTO D. PATRIC, THOMAS L GRISMORE ORAL LACTOBACILIOS INIBEN
EL CRECIMIENTO Y LA ACTIVIDAD EN GLOBULINA HUMANA. RESEARCH
ANATOTAON VOL.37 DIVISION DE POSGRADO DE ODONTOLOGIA.

15.-WALDO E. NELSON TRATADO DE PEDIATRIA . TRASTORNOS METABOLI-
COS EN DIABETES EN NIÑOS. EDITORIAL SALVAT P 1315 A 1338 MEXICO
D.F. 1980.

16.- WILLIAM GANOS EFECTOS QUE DETERMINAN LA CONCENTRACION SAN-
GUINEA DE GLUCOSA, MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA. EDITORIAL EL
MANUAL MODERNO S.A.A MEXICO D.F 1980.