

Tratamiento y control sistemático sobre pacientes diabéticos.

Manuel Barreras Tacher (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo durante doce años en cincuenta y seis pacientes diabéticos tipo dos atendidos en el servicio de periodoncia de la clínica estomatológica centro del municipio Ciego de Avila, con el objetivo de evaluar el comportamiento del tratamiento y control estomatológico sistemático sobre estos pacientes. Se describen variables estomatológicas como la mortalidad dentaria y la necesidad de prótesis al comenzar el tratamiento y después de doce años de iniciado el mismo, enfatizando en la necesidad de sistematizar el control del tratamiento estomatológico para lograr un buen estado de salud bucal y menor necesidad de tratamiento quirúrgico en este tipo de paciente.

1. Especialista de Primer Grado en Periodoncia

INTRODUCCION

Es conocido que la enfermedad periodontal en su evolución se ve influida por un grupo de factores generales capaces de modificarla, entre los que se encuentra la diabetes (1,2) los mecanismos mediante los cuales se produce esta influencia no han sido precisados aún.

De la misma manera, la edad constituye un factor de riesgo para ambas entidades (1,2,3,4). La diabetes Mellitus es una enfermedad endocrino metabólica genética que afecta de forma crónica el lecho vascular, causada por un defecto absoluto o relativo en la producción de insulina efectiva, su liberación o ambas (5,6,7,8,9,10,11).

La enfermedad periodontal presenta una alta prevalencia en pacientes portadores de esta alteración metabólica, y por su frecuencia de aparición es la segunda enfermedad que padece el ser humano (2). La forma inflamatoria que aparece en la infancia como gingivitis por abandono de la higiene bucal evoluciona con el tiempo hacia formas crónicas que provocan el inicio de la destrucción de los tejidos de soporte del diente a partir de los 35 años (1,2).

Los diabetes Mellitus es una afección de incalculable morbilidad debido a que en una gran parte de los individuos afectados permanece oculta sin ser diagnosticados ni tratados y sometidos a la influencia de factores de riesgos (3,12,13). Esta característica epidemiológica de ambas afecciones condiciona su interacción mutua y recíproca en los individuos que lo padecen.

La movilidad dentaria en la periodontitis debido a la pérdida del hueso alveolar, es quizás el signo más importante de la enfermedad periodontal (1,2)

Se precisa un mejor conocimiento de la patogénia de las afecciones periodontales con el objetivo de buscar métodos preventivos más eficaces que permitan un mejor control en una afección de tan alta morbilidad en la población general (3) hecho que determina la importancia de esta investigación y justifica su realización.

METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre cincuenta y seis pacientes diabéticos tipo dos que acudieron al servicio de periodoncia de la clínica estomatológica centro del municipio ciego de avila en un período de dieciséis meses que comprendió desde enero de 1988 a abril de 1989. A todos los pacientes se le confeccionó la historia clínica de Periodoncia,

de atención primaria y el índice de higiene bucal de Love, se indicó análisis complementarios que incluyeron HB, tiempo de coagulación, tiempo de sangramiento, serología, glicemia, tiempo de protombina y estudio radiografico completo.

Se les informó a todos los pacientes que formarían parte de una investigación, obteniéndose la aprobación unánime de los mismos.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de acuerdo al grado de afección que presentaban.

Desde el inicio del tratamiento a todos los pacientes cada vez que acudieron a consulta se le realizaba una sesión de tartrectomía y se aplicaba el gluconato de clorhexidina al 0.2 %, se insistía en el cepillado correcto y se indicaba el masaje gingival.

RESULTADOS

Después de un largo período de estudio y evolución sistemática a estos pacientes, observamos que, debido a la poca motivación para asistir a la consulta de estomatología de forma periódica, su aparato estomatognático sufrió un notable deterioro, no es, hasta después de comenzar un plan de tratamiento de forma periódica que se logra detener este proceso patológico y se comienza a recuperar la salud de los tejidos.

Al iniciar el tratamiento estos pacientes habían perdido 740 dientes para un 41 %, 12 años después con tratamiento y evolución sistemático, solo fueron extraídos 79, lo que equivale al 12 % de los que presentaban al inicio.

Se pudo precisar además que el maxilar más afectado fue el superior y el diente más exfoliado es el 6, según nuestro estudio y que coincide con los reportes de la literatura.

La adecuada rehabilitación protésica al concluir la fase quirúrgica, propició a estos pacientes mantener la armonía e integridad del resto de sus dientes, lo que condiciona más eficiencia, funcionabilidad y confort.

DISCUSION

En fecha tan distante como en el año 1862 Suffert descubrió la relación entre las alteraciones bucales y la diabetes sacarina. A pesar de lo mucho que se ha escrito sobre este tema aun los autores como Alsich y Rune en 1984 afirmaron que en los diabéticos controlados no se aprecian alteraciones en curso de la enfermedad periodontal (2). Otros como, Finestone y Carraro también en ese año refieren la existencia en sus trabajos de alteraciones importantes en el curso de la enfermedad periodontal, haciéndola más grave tanto en los pacientes controlados como en los no controlados (1,2)

Lo cierto es que estas patologías por su gran prevalencia constituyen un serio problema de salud en nuestra población. En nuestro estudio pudimos comprobar que los pacientes que comenzaron a recibir un tratamiento completo y sistemático tanto estomatológico como endocrinológico, durante todos estos años lograron eliminar sus focos sépticos bucales, pudiendo tener un mejor control metabólico que se tradujo en un menor uso de hipoglicemiantes orales, mejoraron su aparato estomatognático cuantitativa y cualitativamente, así como perfeccionaron sus hábitos de higiene bucal; esto trajo como resultado menor necesidad de exodoncias y de prótesis dentales.

CONCLUSIONES

- La sistematicidad en el tratamiento condiciona el buen estado de salud bucal y la menor necesidad de tratamiento quirúrgico.
- Los pacientes diabéticos controlados pierden menos dientes que los no controlados
- El buen estado de salud bucal propicia en los diabéticos un mayor control metabólico

- La rehabilitación protésica temprana propicia un mejor estado del aparato estomatognático.
- Debido a la menor pérdida dentaria se necesita menor número de prótesis.
- El diabético controlado utiliza menor cantidad de hipoglicemiantes orales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carranza Fermin A. Periodontología Clínica de Glickman; prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. 2 ed. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982. P:505-509.
2. Ramfjord SP. Periodontología y periodoncia. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984. p: 176-177.
3. Licea Puig M. Diabetes Mellitus. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
4. Manouch Ehr-Pourm. Periodontal disease in juvenile and adult diabetic patients: a review of the literature. J Am Dent Assoc 1983;107(5):766-70.
5. Beeson PB. Tratado de medicina interna Cecil. 15 ed. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación;
6. Roca Goderich Reinaldo. Temas de Medicina Interna 3. ED.T.3. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo Educación; 1985.
7. Smethev AC. Enfermedades internas. T 2. Moscú: Editorial Mir; 1986. P: 453-469.
8. Belting CM. Influence of diabetes mellitus on the severity of peridontal disease. J Periodont 1964;35:476.
9. Cohen D. Diabetis mellitus oral. Periodontal disease; two years longitudinal observations.
10. Glickman. J. Clinical periodontology. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1972.
11. Georgopoulos A. Postprandial Triglyceride Metabolism in diabetes mellitus. Department of veteran affairs, medical center, minneapolis, minnesota 55417.clin cardiol 1999 jun; 22(6 suppl): II 28-33
12. Offenbacher s. Salvi GE. Induction of prostaglandin release from macrophages by bacterial endotoxin. University of north carolina at chapel hill school of dentistry, department of periodontology, dental reseach center, 27599-7555, usa clin genet 1999 jan 56(6):309-11.
13. Fredenrich a, Jambov D. Effects of low density and high density lipoproteins isolated from non-insulin dependent diabetic patients on prostaglandin secretion. Department of endocrinology, hospital de L' archet1, university of nice-Sophia antipolis, France. 1999 jan; 142(1):217-24.

ANEXOS

TABLA #1 MORTALIDAD DENTARIA EN EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR AL COMENZAR EL TRATAMIENTO

38	38	34	31	23	30	29	33	30	24	32	29	39	33
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
47	44	31	18	7	10	10	13	13	9	21	29	42	41

Fuente H C.

Al no encontrarse estos pacientes siguiendo un tratamiento estomatológico adecuado por años su sistema dentario sufrió los efectos de la caries y la enfermedad periodontal, lo que trajo como consecuencia un gran número de exodoncias.

TABLA #2 MORTALIDAD DENTARIA EN EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR AL CABO DE 12 AÑOS DE INICIADO EL TRATAMIENTO.

5	8	4	2	1	2	3	0	1	2	3	4	6	4
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
3	3	3	2	2	1	2	2	3	2	4	3	2	2

Fuente H C.

La significativa disminución de exodoncias esta en relación directa con el buen control metabólico y la sistematicidad en el tratamiento.

TABLA#3 DIENTES MAS EXTRAIDOS EN LOS DIABETICOS DE NUESTRO ESTUDIO EXCLUIDO EL (8).

ORDEN	No DEL DIENTE	DEBE HABER	PRESENTES	PERDIDOS	% PERDIDOS
1	6	224	55	169	75,4
2	7	224	61	163	72,7
3	5	224	95	129	57,5
4	4	224	118	106	47,3
5	1	224	136	88	39,2
6	2	224	140	84	37,5
7	3	224	161	63	28,1

Fuente H C.

Los resultados obtenidos de nuestro estudio nos permiten expresar como se comportó la mortalidad dentarias en este grupo de pacientes.

Estos datos concuerdan con los de otros autores consultados con relación al diente número seis en la población general, pero no hemos podido compararlos con los resultados que se hayan podido obtener en grupos de diabéticos.

TABLA # 4 NECESIDAD DE PROTESIS AL INICIAR EL TRATAMIENTO Y 12 AÑOS MAS TARDE.

No DE PACIENTES	NECESIDAD DE PROTESIS	A LOS 18 MESES DE INICIADO EL TRATAMIENTO. CON PROTESIS
56	56	56

A los 12 años.

NO DE PACIENTES	PACIENTES CON PROTESIS
56	56

Fuente H C.

Como consecuencia de la disminución en el número de exodoncias, la rehabilitación protésica temprana, la enseñanza en el uso y cuidado de las mismas, se pudo lograr mantener su funcionabilidad por un mayor período de tiempo disminuyendo así la necesidad de nuevas prótesis.