

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA CENTRO CIEGO DE ÁVILA

Mortalidad dentaria por enfermedad periodontal en el 10 % de los diabéticos del municipio Ciego de Ávila. Estudio de 10 años.

Dental mortality by periodontal illness in a 10 percent of diabetic patients in Ciego de Avila municipality. 10 year study.

Manuel Barreras Tacher (1), Leuman M. Barreras Pestana (2), Mairely Mursulí Pereira (3), Yesnell Candelario Benítez(4)

RESUMEN

Las alteraciones bucales en pacientes diabéticos se han convertido en un reto para la Periodoncia. La meta es un mejor control metabólico del paciente, el mejoramiento de su aparato estomatognático, así como el perfeccionamiento de sus hábitos de higiene bucal para obtener resultados como la disminución de la mortalidad dentaria, de prótesis dentales y de tratamientos quirúrgicos. Para el exitoso tratamiento de 56 pacientes diabéticos estudiados se realizaron las historias clínicas, se remitieron a consejería de salud, se indicaron exámenes complementarios relacionados con la patología de base. A todos los pacientes se les aplicó gluconato de clorhexidina al 0.2% y varias sesiones de tartrectomía, luego fueron intervenidos quirúrgicamente utilizando la técnica de Widman modificada. Los resultados fueron satisfactorios teniendo en cuenta la edad y el sexo en relación con la mortalidad dentaria en un período de tiempo de 10 años

Palabras Clave: MORTALIDAD DENTARIA

1. Especialista de II Grado de Periodoncia
2. Estudiante 3er año de Estomatología
3. Estudiante 4to año de Estomatología.

INTRODUCCIÓN

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, 2,3), 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, 2,4). La diabetes Mellitus es una enfermedad endocrino metabólica, vascular y 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, lo que provoca una alteración en el metabolismo de los carbohidratos, los lípidos y las proteínas. (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12).

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 (13). 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 (14, 15, 16 17).

La 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 (18,19). 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 (20,21,22,).

Se precisa un mejor conocimiento de la patogenia 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.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre cincuenta y seis pacientes diabéticos tipo II que acudieron al servicio de periodoncia de la Clínica Estomatológica Centro del municipio Ciego de Ávila, remitidos del servicio de endocrinología del Hospital Provincial, después de recibir los servicios de atención primaria en el departamento de Estomatología de dicha entidad, y con el diagnóstico de poseer enfermedad periodontal. A todos los pacientes se le confeccionó la historia clínica de Periodoncia, se remitió al servicio de consejería de salud bucal donde se le aplicó el índice de higiene bucal de Love, se indicó análisis complementarios que incluyeron HB, tiempo de coagulación, tiempo de sangramiento, serología, glicemia y estudio radiográfico periapical completo, así como el control del Benedit.

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

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, antes de recibir el tratamiento quirúrgico, cada paciente recibió como promedio cinco sesiones de tartrectomía, con la punta ultrasónica.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de acuerdo al grado de afección que presentaban, en todo se utilizó la técnica de Widman Modificada.

Se les realizaron un total de 248 intervenciones quirúrgicas, se dieron 4327 consultas con un promedio de 7.7 por año durante un período de tiempo de 10 años.

Se contabilizó el total de dientes presentes y se registraron los perdidos por enfermedad periodontal y cáries según refirieron los pacientes al confeccionar la historia clínica. Fue excluido del estudio el diente número 8, debido a que este generalmente se extrae por estar retenido o semirretenido, o por indicaciones protésicas.

DISCUSIÓN

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 aún 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 mas 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 la 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, de prótesis dentales y de tratamientos quirúrgicos.

Podemos concluir que:

- La sistematicidad en el tratamiento estomatológico, 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.

ABSTRACT

Oral alterations in diabetic patients have become a challenge for periodontics. The objective is a better metabolic control of the patient, amelioration of his/her stomatognathic apparatus, as well as the improvement of his/her oral hygiene to achieve results such as the decrease in dental mortality, dental prosthesis and surgical treatment. For the successful treatment of 56 diabetic patients studied, medical records were prepared, they were referred to health advisory, complementary tests were indicated related to basic pathology. Clohexidine gluconate 0.2 % was used in all patients and were operated on using modified Widman technique. The results were satisfactory taking into account age and sex in relation to dental mortality in a period of 10 years.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman: prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica General 2. ED. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación ; 1982.
2. Ramfjord Singurd P. Periodontología y Periodoncia Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984.
3. Parker SL. The role of cytokines in the inflammatory process. Int J Pancreatol 1999;19:157.
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, Paul B. Tratado de Medicina Interna Cecil 15.ed. t.2. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación; 1984.
6. Roca Goderich, R. Temas de Medicina Interna 3. ed. t.3. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1985.
7. Smethev AC. Enfermedades Internas. t. 2. Moscú: Editorial Mir; 1986.
8. Belting. CM. Influence of diabetes mellitus on the severity of peridontal disease. J Periodont 1964; 35:476.
9. Cohen D. Diabetes Mellitus oral. Periodontal disease two years longitudinal observations. J Periodontol 1984;55: 530.
10. Glickman J. Clinical periodontology .4 ed. Philadelphia: Saunders; 1972.
11. Bain SC. Genetic factors associated with insulin-dependent diabetes. Front Morm Res 1999; 22:23-27.
12. Alexandria VA. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Ccare 1999;20:1183.
13. Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman 7 ed. Buenos Aires: Editorial Interamericana; 1993.
14. Modeer T, Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. Dent.Clin.North Am 2000;44 .633-58.
15. Ortiz de Guinea JR.. Periodontitis de comienzo precoz. Periodoncia. 2001; 11:119-128.
16. García R, Suárez R Guía para la educación al paciente diabético no insulino dependiente en la atención primaria de salud. La Habana: Instituto Nacional de Endocrinología; 1996.
17. Bach JF. Insulin dependent diabetes mellitus as an autoimmune disease. Endocr Rev 1999;15:.516.
18. Licea Puig M. Diabetes Mellitus. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
19. García R. Programa de Diabetes en Cuba. Filosofía. Métodos y línea de trabajo. Rev Asoc Latinoamer Diabetes 1999;6:125-55.
20. Sewon LA, Ampula I, Vallitu PK. Rehabilitation of a periodontal patient with rapidly progressing marginal alveolar bone loss:1-year follow UP. J Clin Periodontol 2000; 27:615-619.
21. Rettru M. Active Stage of autoimmune diabetes is associated the expression of a navel cytokine IGIF, Which is located near Idd 2.1 Clin Invest.1999;19:469.
22. Schmielan J. The role of cytokine in inflammatory process. Int J Pancreatol 1999;19:157.

ANEXOS

Tabla #1

Distribución de los pacientes por edad y sexo

Edad	No. Pacientes	Sexo	
		F	M
25-34	10	8	2
35-44	20	13	7
45-54	17	12	5
55-60	9	7	2
Total	56	40	16

Fuente: H.C

Como se puede observar el mayor número de pacientes está comprendido en las edades de 35-54 años y la mayoría corresponde al sexo femenino

Tabla #2

Distribución de pacientes por edad y sexo 10 años después

Edad	No. Pacientes	Sexo	
		F	M
35-45	10	8	2
46-56	20	13	7
57-67	17	12	5
68-78	9	7	2
Total	56	40	16

Fuente: H.C

Como se puede observar el mayor número de pacientes está comprendido en las edades de 46-67 años y la mayoría corresponde al sexo femenino

Tabla #3

Número de dientes presentes y extraídos en el momento del ingreso.

Maxilar Superior	Debe Haber	Presentes	Extraídos	%
56	784	341	443	56
Maxilar Inferior	Debe Haber	Presentes	Extraídos	%
56	784	449	335	42

Fuente:HC

Aquí se muestra la cantidad de dientes presentes y extraídos en el momento del ingreso, considerando los extraídos por caries y enfermedad periodontal.

Tabla #4

Número de dientes presentes y extraídos por enfermedad periodontal a los diez años.

Maxilar Superior	Debe Haber	Presentes	Extraídos	%
56	784	309	475	60,5
Maxilar Inferior	Debe Haber	Presentes	Extraídos	%
56	784	425	359	45,8

Fuente: HC

Se puede conocer que diez años después de iniciado el tratamiento periodontal se extrajeron más dientes del maxilar superior que del inferior, 4,5 % contra 3,8 %, todos los dientes extraídos en este tiempo fueron por enfermedad periodontal.

Tabla #5

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: HC

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, aquí se observa en detalle los dientes de las arcadas y el número perdido al comenzar el tratamiento.

Tabla #6

Mortalidad dentaria en el maxilar superior e inferior a los 10 años de recibido el tratamiento

41	44	37	32	24	31	32	33	31	26	33	32	43	36
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
49	46	32	20	9	11	11	15	14	11	24	30	44	43

Fuente: HC

Esta tabla nos enseña los dientes que se perdieron por cuadrantes en estos diez años, siendo de la siguiente forma cuadrante superior derecho 18, cuadrante superior izquierdo 14, cuadrante inferior izquierdo 13 y cuadrante inferior derecho 11, para un total de 56 dientes, todos por enfermedad periodontal.

Tabla #7

Dientes más extraídos en los diabéticos según nuestro estudio.
(Excluido el 8).

Orden	No del Diente	Debe Haber	Presentes	Perdidos	% perdidos
1	6	224	60	164	73.6
2	7	224	65	159	70.4
3	5	224	101	123	54.8
4	4	224	122	102	40.6
5	1	224	139	85	31.2
6	2	224	141	83	31.7
7	3	224	161	63	20.6

Fuente: HC

El diente que más se perdió fue el número 6 con un 73.6 % y el menos extraído fue el 3 con un 20.6 %.

Tabla #8

Dientes más extraídos en los diabéticos según nuestro estudio, diez años después. (Excluido el 8).

Orden	No del Diente	Debe Haber	Presentes	Perdidos	% perdidos
1	6	224	47	177	79
2	7	224	55	169	75.4
3	5	224	93	131	58.8
4	4	224	115	109	48.6
5	1	224	123	91	40.6
6	2	224	137	87	38.8
7	3	224	154	70	31.2

Fuente: HC

Al realizar el análisis de los dientes perdidos, podemos conocer que el diente más afectado por la enfermedad periodontal en nuestro estudio, sigue siendo el 6, el cual presenta el mayor porcentaje de mortalidad con un 79 %.

Tabla # 9

Necesidad de prótesis al iniciar el tratamiento y 10 años mas tarde.

No de pacientes	Necesidad de Prótesis	A los 25 meses de iniciado el tratamiento.
		Con Prótesis
56	56	56

A los 10 años.

No de pacientes	Pacientes con Prótesis
56	56

Fuente: HC

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 funcionalidad por un mayor período de tiempo disminuyendo así la necesidad de nuevas prótesis.