

**Gerardo Gómez-Moreno**

Catedrático de Odontología en Pacientes Médicamente Comprometidos.
Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología. Universidad de Granada.
Miembro del Grupo de Trabajo de SED-SEPA Diabetes y Enfermedad Periodontal



El paciente adulto con periodontitis y diabetes

La periodontitis es una inflamación crónica de los tejidos que rodean al diente (gingivales) con pérdida del hueso donde se encuentra situado (hueso alveolar)¹. En un paciente con periodontitis se puede apreciar sangrado de

encías, como consecuencia de la destrucción del hueso de soporte, los dientes pueden tener movilidad que incluso pueden terminar con su pérdida, con importantes repercusiones en la salud general.



Figura 1. Paciente con periodontitis con poca higiene oral. Se observa una pérdida de hueso de soporte del diente generalizada, dientes alargados e inflamación de encía.

El factor causal más importante para la periodontitis es la presencia de bacterias que se encuentran debajo de la encía (subgingival). Por tanto, entre las circunstancias que implican más riesgo de presentar periodontitis en el adulto, destaca el hecho de tener una deficiente higiene bucal, pues esta situación va a condicionar que haya más bacterias. Otro factor de riesgo para tener periodontitis es el hábito tabáquico, debido a que el tabaco contiene sustancias químicas que dañan la encía y hueso alveolar donde se albergan los dientes (Figura 1).

PERIODONTITIS Y DIABETES

Actualmente la **diabetes** se considera un **factor de riesgo para tener periodontitis**. En 1993 ya se consideró a la enfermedad periodontal como “la sexta complicación de la diabetes”, que se añadía a enfermedad cardiovascular, nefropatía, retinopatía, neuropatía periférica y afectación de la piel/pies (pie diabético)² (Figura 2). De hecho, investigaciones recientes han demostrado que existe una relación bidireccional entre periodontitis y diabetes mellitus³⁻⁶.

¿Qué significa esta relación bidireccional diabetes-periodontitis^{7,8}: pacientes con peor control metabólico de la diabetes tienen mayor incidencia, gravedad y progresión de periodontitis, y las personas con un incorrec-

to control de la periodontitis tienen peor evolución de la diabetes e incluso que pueda aparecer la diabetes si no la presentaban⁵⁻⁸. El riesgo global de tener enfermedades periodontales se multiplica por 3 en pacientes con diabetes mellitus.

Se sabe que los valores de **hemoglobina glicosilada A1c** (HbA1c) en diabetes pueden servir de indicadores de riesgo de periodontitis. En este sentido, cuando las cifras de HbA1c son **inferiores a 7%** el riesgo de progresión de periodontitis es moderado, mientras que cuando los valores de HbA1c son **superiores a 7%** supone un riesgo alto de progresión de la periodontitis^{1,4-6}. Una vez más el control de la HbA1c es crucial tanto en el control de diabetes como de la periodontitis.

IMPORTANCIA DE INFORMAR Y TENER UNA BUENA SALUD BUCAL

La **educación sobre salud bucal** es fundamental en el paciente con diabetes. Por tanto, más que nunca, es de suma importancia realizar **prevención primaria** e informar a los pacientes con diabetes de que tienen más riesgo de periodontitis con repercusiones a nivel metabólico, y que puede conllevar mayor riesgo de presentación de complicaciones cardiovasculares y renales. Ya que las bacterias juegan el papel más importante »

ACTUALMENTE
LA DIABETES SE
CONSIDERA UN
FACTOR DE RIESGO
PARA TENER
PERIODONTITIS.
EN 1993 YA SE
CONSIDERÓ
A LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL COMO
“LA SEXTA
COMPLICACIÓN
DE LA DIABETES”,
QUE SE AÑADÍA A
ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR,
NEFROPATÍA,
RETINOPATÍA,
NEUROPATÍA
PERIFÉRICA
Y AFECTACIÓN
DE LA PIEL/PIES

ES RAZONABLE
 QUE A PACIENTES
 QUE ACUDAN
 A LA CLÍNICA DENTAL
 SIN DIAGNÓSTICO
 DE DIABETES,
 PERO CON FACTORES
 DE RIESGO PARA
 DIABETES TIPO 2
 COMO PUEDE SER
 PERIODONTITIS
 SE LES DEBERÍA
 INFORMAR SOBRE
 EL RIESGO DE TENER
 DIABETES
 Y REFERIRLOS A UN
 MÉDICO PARA LAS
 PRUEBAS DE
 DIAGNÓSTICO
 APROPIADAS
 Y SEGUIMIENTO



Figura 2. Pie en un paciente diabético en el que se aprecia un problema neuropático asociado a enfermedad vascular periférica junto a infección bacteriana.

» para el inicio y progresión de periodontitis, el cepillado dental, uso de colutorios y seda dental deben formar parte de los hábitos de higiene diarios, junto con una dieta equilibrada y realización de ejercicio físico.

Prevención es la palabra clave: higiene bucal diaria, cepillado dental dos veces al día como mínimo 2 minutos (cepillo eléctrico o manual), uso de hilo dental y cepillos interdetales adecuados, empleo de colutorios y/o pastas dentífricas específicas efectivas, profilaxis dental (limpieza bucodental) de forma periódica, revisiones por parte de profesionales de salud bucodental cada 6 meses y evitar tabaco deben ser los pilares básicos⁴.

De este modo, los médicos deberían indagar si un paciente con diabetes ha sido diagnosticado previamente de periodontitis y asegurarse de que se le realice un adecuado cuidado, tratamiento y mantenimiento de las encías. En la historia clínica se debe preguntar por la posible presencia de **signos y síntomas de periodontitis** y el paciente debe conocer cuáles son estas señales de alarma: encías rojas o inflamadas, sangrado de encías al cepillarse o comer, cálculo dental (sarro), dientes con movilidad, separación entre dientes, los dientes tienen el aspecto de que se han alargado, mal olor oral y/o abscesos en las encías o supuración gingival⁴.

También se debe informar a los pacientes que pueden tener síntomas de **boca seca y boca ardiente** además de un mayor riesgo de infecciones por hongos en la cavidad oral y retraso en la cicatrización de las heridas. Si existen pérdidas de numerosos dientes se debe recomendar la rehabilitación para mantener una adecuada función masticatoria y una correcta nutrición (**Figura 3**).

REVISIÓN BUCAL ANUAL

Como se ha descrito la diabetes es una patología sistémica que tiene repercusión en el grado de periodontitis. La periodontitis al igual que la diabetes es una condición que es crónica, por este motivo las revisiones de la cavidad oral deben formar parte del manejo y **control rutinario a lo largo de la vida**. Como dato curioso y no menos importante, los signos y señales de alarma que se han descrito pueden a veces estar enmascarados en personas fumadoras, por lo que una la revisión de la cavidad oral cobra mayor importancia en el control de su diabetes⁴.

Es razonable que a pacientes que acudan a la clínica dental sin diagnóstico de diabetes, pero con factores de riesgo para diabetes tipo 2 como puede ser periodontitis se les debería informar sobre el riesgo de tener diabetes y referirlos a un médico para las pruebas de diagnóstico apropiadas y seguimiento. »

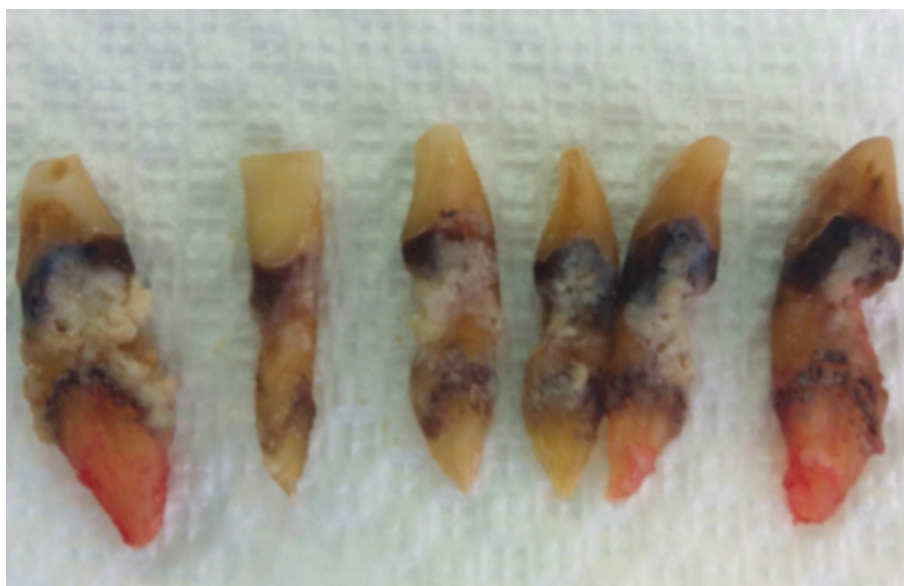


Figura 3. Dientes que presentaban gran movilidad en un paciente fumador con diabetes y periodontitis, que tuvieron que ser extraídos en una sola sesión por el riesgo de posible aspiración que además le imposibilitaban comer y hablar.

» ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL?

El paciente con diabetes debe saber que un tratamiento periodontal correcto puede tener un impacto positivo en su control metabólico y posibles complicaciones⁴. Diversas investigaciones han demostrado que el tratamiento de la periodontitis mejora el control metabólico en la diabetes y previene la aparición de complicaciones.

Tras la realización de raspado y alisado radicular se ha podido observar una **disminución media de HbA1c del 0,4%**, así como una mejoría de los parámetros de riesgo cardiovascular y de funcionalidad renal⁷. La disminución de HbA1c después

del tratamiento periodontal se ha visto que es parecido al que se consigue cuando se prescribe un segundo fármaco anti-diabético oral^{4,7}.

CONSEJOS ANTES DE REALIZAR TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Se debe informar al paciente con diabetes que antes de cualquier tratamiento odontológico coma previamente, que se administre su dosis normal de insulina/anti-diabético oral, mejor las **citas por las mañanas** y que no coincidan con los picos de insulina para prevenir posibles hipoglucemias. Por este motivo es fundamental a la hora de realizar la historia médica en la clínica dental conocer qué tipo de

insulina (rápida, corta, intermedia, larga) se pone el paciente y cuándo alcanza el pico máximo. El estrés que puede suponer ir a la clínica dental aumenta primero los niveles de glucemia y los disminuye posteriormente. A veces puede ser necesario **ajustar la dosis de insulina y/o anti-diabéticos orales** cuando se realizan tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos, pues el paciente puede tener molestias y/o inflamación de las zonas tratadas y comer menos, por lo que puede tener una descompensación glucémica que desemboquen en hipoglucemia. De ahí la importancia de la comunicación entre médico y dentista en el manejo del paciente con diabetes.

En relación con **cirugía periodontal** y colocación **implantes dentales** en pacientes con diabetes es importante tener en cuenta que el **control glucémico**, debe ser valorado y optimizado como prioridad a estos tratamientos odontológicos, ya que existe un mayor porcentaje de fracasos en diabetes mal controlada, porque, entre otros factores, la remodelación ósea es menor y más lenta⁴. Los valores de HbA1c son los que orientarán hacia el momento idóneo para la realización de estos tratamientos. En pacientes bien controlados los resultados de estas intervenciones son equivalentes a pacientes sin diabetes.

En resumen y como norma general, a todos los pacientes con diabetes en la clínica dental se debería realizar una detallada historia clínica, determinar la glucemia, solicitar HbA1c, preguntar por complicaciones sistémicas, indagar en la pauta de insulina y/o anti-diabéticos orales y siempre tomar la tensión arterial. **D**

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Moreno G. Patogenia y tratamiento de las enfermedades gingivo-periodontales. Monográfico salud gingivo periodontal: una puesta al día. RCOE. 2018;23(Supl 1):9-16.
2. Løe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care. 1993;16(1):329-34.
3. Scannapieco FA, Cantos A. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. Periodontol 2000. 2016;72(1):153-75.
4. Sanz M, Ceriello A, Buyschaert M, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. J Clin Periodontol. 2018;45:138-49.
5. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89 (Suppl 1):S173-S182.
6. Jepsen S, Caton JC, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89 (Suppl 1):S237-S248.
7. Faria-Almeida R, López-Alba A, Rodríguez-Casanova HJ, Herrera D. Efecto de las enfermedades periodontales sobre la diabetes. Av Diabetol. 2013;29:151-9.
8. Molina CA, Ojeda LF, Jiménez MS, Portillo CM, Olmedo IS, Hernández TM, et al. Diabetes and Periodontal Diseases: An Established Two-Way Relationship. J Diabetes Mellitus. 2016;6(4):209-229.