

El odontólogo no debe olvidarse de que la prueba concluyente de la presencia de diabetes es el análisis químico de sangre y orina.

Se consideran cifras normales: para orina, 0, y para sangre, 0,80 a 1,20 ‰, debiendo sospecharse de diabetes (diabetes mellitus) cuando la tasa de sangre sea superior a 1,80 ‰.

Cabe recordar, no obstante, que el hipertiroidismo y el hiperpituitarismo pueden provocar cifras que pasan el nivel normal de glucosa (diabetes insípida), como así también las infecciones generales y los excesos alimenticios.

La arteritis diabética es una afección que interesa conocer. Se trata de un cuadro hemático muy interesante, con un cierre del vaso que provoca una menor irrigación, formándose una zona de isquemia siempre temible en un terreno desfavorable. Afortunadamente, la arteritis diabética no es muy frecuente; sólo es posible observarla en los casos muy avanzados y su presencia es de pronóstico sombrío, dado que su final, generalmente, es la gangrena de la zona.

Hay más en el diabético. Generalmente es un insuficiente hepático y, sobre todo, renal, por lo que las infecciones que se pudieran producir deben ser tratadas con mucho recato, dejando a un lado, si es posible, las dosis masivas de sulfamidas, por las complicaciones que es lógico imaginarse.

ODONTOLATRIA

D DIABETES

La diabetes en Odontología, por el Dr. E. PIERANGELI y la Dra. GÓMEZ DE NARANJO (per "Trib. Odont.", n.º 5, 1949).

Dentro de las enfermedades generales que suelen tener fuerte repercusión sobre los tejidos bucales, es la diabetes una de las que no deben ser olvidadas por el odontólogo.

Vamos a describir en este trabajo una serie de consideraciones sobre la relación de esta frecuente enfermedad con las afecciones bucales y el criterio con que deben enfocarse nuestras intervenciones en tales casos.

La diabetes es provocada por una insuficiente secreción de los islotes de Langerhans del páncreas, de acuerdo con las experiencias de Mering y Minkowsky, sobre extirpación de este órgano y la aparición inmediata de glucosuria.

La secreción de estos islotes, aislada en 1922 por Basting y Best, es la insulina, proteína muy compleja, cuya función en el organismo es la de favorecer el metabolismo de los hidratos de carbono por mecanismos

muy variados, dado que modifica el poder rotatorio de la glucosa de la sangre, normalizándola en el diabético; interviene, según últimas opiniones, en gluco-génesis y glucogenolisis del ciclo de Corti, y, por otra parte, es bien sabido que las encimas que metabolizan los hidratos de carbono sólo actúan en presencia de insulina, pensándose también que la insulina favorece la permeabilidad de las células a la glucosa.

El odontólogo se encuentra capacitado para realizar un correcto diagnóstico de diabetes y tomar las medidas del caso, para evitar mayores inconvenientes en la terapéutica.

En efecto, los signos clásicos de la diabetes en el hombre son los siguientes: Aumento exagerado de la sed (polidipsia), mayor cantidad y frecuencia de orina (poliuria) y aumento del apetito (polifagia), sobre todo de los hidratos de carbono. Además, se consideran signos agregados la pérdida de peso y extrema laxitud. En las personas adultas, o mejor aún en las ancianas, suele sobrevenir una pérdida más o menos marcada de la vista, la que ha sido atribuída a alteraciones en el balance de agua en el organismo.

La sensación de sed es debida a una sequedad bucal (xerostomía sintomática), la que en ciertos casos puede ser confundida con una carencia de vitamina A en la dieta. No obstante los análisis clínicos y la falta

de respuesta a la terapéutica vitamínica de prueba demostrarán lo contrario.

Hay otro factor bucal sumamente característico en el diabético, y es el olor a frutas que tiene su aliento y la existencia de una gingivitis de tipo congestivo, con tumefacción y tendencia a las hemorragias al tacto o roce. Esta gingivitis es atribuída a la secreción de la glucosa por la saliva, lo que produce acidosis bucal, por transformación de aquel hidrato de carbono en ácido láctico. Esta transformación es la causante, pues, de la disminución del pH.

En el hueso alveolar la diabetes deja sus huellas. La llamada paradentosis diabética, de la que hemos visto centenares de casos en el Instituto Nacional de la Nutrición, se halla caracterizada por una reabsorción del hueso alveolar, que en algunos casos llega hasta la supresión total del alvéolo. Hoy se considera la acidosis como la causante directa de esta afección ósea, pues el calcio necesario para la reparación del hueso no es fijado.

Finalmente, la caries dentaria es frecuente en el diabético, aunque no en la proporción que algunos pretenden asignarle. Descartamos que la acidez bucal sea su causa, mas creemos que sea un coadyuvante; pero lo real es que hay una franca tendencia a la caries.

Pudimos constatar que las encías del diabético evolucionan favorablemente y con mayor rapidez si la terapéutica con insulina se combina con la de ácido nicotínico y riboflavina.

Desgraciadamente, la gingivitis diabética recidiva tan fácilmente, o aun más rápidamente que su curación, por lo que es obligatorio, mientras dure la faz evolutiva del proceso general, insistir con la terapéutica ya mencionada.

Las hipertrofias gingivales deben ser cauterizadas por los procedimientos físicos conocidos.

Varios autores han descrito estomatitis de Vincent, asentándose fácilmente sobre una gingivitis diabética. Confesamos no haber visto ningún caso, aunque estamos convencidos de su posibilidad. Recomendamos, en tales casos, la administración de insulina y la aplicación local de sulfamidas o, mejor aún, de soluciones al 5 % de sulfarsenol.

Con estas consideraciones creemos haber sintetizado los conocimientos que la profesión debe tener sobre la diabetes y su relación con las afecciones bucales, y algunas de nuestras conclusiones, después de haber asistido numerosos enfermos en el Instituto Nacional de la Nutrición, las que esperamos, dentro de lo modestas que resultan, puedan dar algún resultado.

ODONTOLATRIA

D DIABETES

Veremos ahora la orientación que debe darse a las intervenciones en los diabéticos.

Lo primero que debe hacer el odontólogo ante un diabético es eliminar todos los focos infecciosos bucales, cuya evolución siempre es ruidosa y en extremo perjudicial para la salud de nuestro enfermo. Al mismo tiempo debe mejorar la acidosis. Para el logro de este último fin se aconseja instituir un tratamiento a base de alcalinos en forma local, en combinación con la insulino-terapia.

Nosotros hemos visto a nuestros enfermos diabéticos del Instituto Nacional de la Nutrición, a veces con un nivel de $2,20 \text{ } \frac{\text{g}}{\text{100}}$ de glucosa en sangre, cicatrizar sin mayores inconvenientes heridas de extracciones dentarias, a veces de hasta dos piezas a un mismo tiempo. Estas afirmaciones las tenemos perfectamente documentadas. El éxito fué debido a la medicación alcalina, con buches de borato de sodio, u otros álcalis y a la terapéutica general inmediata a base de insulina.

Esto nos indica que en el diabético no hay que temer la evolución de las heridas, siempre que se observen algunas precauciones.

Queremos agregar que cuando la tasa de glucosa era pequeña, suprimíamos toda clase de terapéutica local y el resultado era igualmente satisfactorio.

Se hace forzoso en estos casos administrar anestésicos que contengan una ínfima cantidad de vasoconstrictores, pues éstos originan una isquemia temporaria que disminuye las defensas y estimula la infección. Si ella se produce, se recurrirá a los antisépticos locales en concentraciones débiles, para no irritar la célula orgánica viva, por lo que se proscribirán formalmente aquellos que tengan alguna causticidad, dándole paso a los de elevado pH. Se podrán mejorar las cosas administrándole insulina, en la dosis que estime el médico clínico, y, finalmente, se puede recurrir a la penicilina parenteral.

La hemorragia del diabético puede ocurrir, aunque esto no es una norma. Entendemos que se trata generalmente de una hemorragia secundaria, provocada por la caída del coágulo infectado y asentado sobre un terreno anormal.

Es posible pensar que, tratándose de un insuficiente hepático, puede ocurrir en el diabético una hipoprotrombinemia, en cuyo caso, y si el índice de protrombina está alterado, se prescribirán 10 miligramos diarios de vitamina K.

En el tratamiento de la hemorragia del diabético se deberán recordar los inconvenientes antes apuntados sobre el uso de los vasoconstrictores.

Con respecto a los trastornos paradentario, cabe decir que la paradentosis diabética es en extremo rebelde de ser tratada. La terapéutica insulínica, que es en esencia la etiológica, no parece mejorar el cuadro alveolar. La reabsorción alveolar ocurre, aunque con menor intensidad. Acá cabe agregar una observación personal, y es la de que es más frecuente la reabsorción vertical y unilateral del alvéolo que la horizontal. Asimismo, hemos visto numerosos casos de abscesos piorréicos en dientes sólidamente implantados y en los que pocos días antes no existían indicios clínicos que hicieran sospechar su aparición. La acidosis no sería ajena a este mecanismo.

En cuanto a las gingivitis diabéticas, cuyas características describimos anteriormente, debemos decir que el pronóstico generalmente es benigno.

La insulino-terapia, en perfecta simbiosis con la terapéutica local, da buenos resultados. Esta terapéutica local consiste en colutorios alcalinos y masaje repetidas veces, agregado a una perfecta higiene de la boca.