

La asistencia del diabético con criterio sanitario en los consultorios odontológicos (*)

por la

DRA. CARMEN GÓMEZ LLANOS DE NARANJO

Delegada del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Odontóloga Sanitaria del Instituto Nacional de la Nutrición

OBJETO DEL TRABAJO

La diabetes es una enfermedad que presenta ciertas características especiales que el odontólogo debe conocer para poder actuar frente a este tipo de enfermos. El objeto de este trabajo es señalar esas características e indicar las normas de conducta del profesional frente a su paciente diabético.

También se examina la conveniencia de su atención en centros especializados; por tal motivo se explica el funcionamiento del consultorio odontológico del Instituto Nacional de la Nutrición, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la nación, mostrando el desenvolvimiento de las secciones que los constituyen.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que existe en todo diabético menor cantidad de insulina que la requerida, ya sea porque el páncreas es incapaz de segregarla o porque se ha producido una insuficiencia relativa por aumento de los requerimientos, por exceso de neutralización o por inactivación.

La insulina como hormona indispensable para la normal utilización de los hidratos de carbono tiene una acción relativamente compleja:

a) Interviene en la combustión tisular de la glucosa, aumentando la permeabilidad de las membranas celulares y actuando sobre una enzima la hexoquinasa (reduce la acción inhibidora que sobre esta enzima tienen otras hormonas).

(*) Trabajo de la Fac. de Od. de Buenos Aires, leído en el I Congreso Universitario Panamericano de Odontología.

- b) Aumenta el glucógeno hepático y muscular.
- c) Modera el catabolismo proteico, inhibiendo la neoglucogénesis de origen proteico.
- d) Reduce la combustión de las grasas.
- e) Favorece el depósito de los hidratos de carbono bajo forma de grasas.

Tratando de hacer gráfica la situación del diabético veremos en el cuadro número 1 qué sucede cuando existe una reducción de la acción de la insulina.

La diabetes es una afección general del organismo con una perturbación fundamental en todo un sistema regulador de carácter progresivo y sin asiento anatómico determinado. Es en base a este punto de vista que Escudero la ha definido como "un dismetabolismo glúcido permanente que en su evolución perturba el metabolismo proteico y lípido, así como también el equilibrio ácido-base, llegando a producir trastornos en el organismo capaces de determinar la muerte".

Al estudiar el problema del diabético en el consultorio odontológico podemos enfocarlo bajo tres aspectos diferentes:

- 1) La influencia de la diabetes en el terreno odontológico.
- 2) El odontólogo frente al diabético.
- 3) El Estado frente al problema odontológico del diabético.

1) INFLUENCIA DE LA DIABETES EN LA PATOLOGÍA ODONTOLÓGICA

Al estudiar la diabetes en el terreno odontológico debe ser considerada bajo un doble punto de vista:

- a) Acción de la diabetes sobre las afecciones bucodentales.
- b) Repercusión que sobre la diabetes tienen las afecciones odontológicas.

a) *La diabetes como factor patógeno en las afecciones bucodentales*

En trabajos anteriores, realizados en colaboración, hemos presentado el resultado de nuestras observaciones sobre las afecciones bucales en los diabéticos.

Estas están condicionadas a la edad del paciente, antigüedad de la diabetes y frecuencia de los períodos de descompensación, con su lógica consecuencia: modificación del pH salival y del polimicrobismo bucal.

La caries dentaria existe en la dentición temporaria, con la característica de ser de marcha rápida y con franca tendencia a la instalación de procesos apicales fistulizados.

La frecuencia de caries no es ocasionada por la diabetes, sino por el abandono de los cuidados higiénicos en los niños examinados. La rapidez con que evolucionan los procesos apicales es debida a la disminución de los trastornos metabólicos, labilidad de la glucemia y frecuencia de los períodos de acidosis. Hemos observado también movilidad precoz de los dientes, con recambio acelerado y desordenado, siendo, además, comunes la gingivitis de tipo congestivo en los períodos de hiperglucemia.

Las caries dentarias pueden presentarse en los diabéticos adultos, pero su origen es, casi siempre, anterior a la diabetes, siendo, en cambio, frecuentes las alteraciones del paradencio y abundantes los depósitos de tártaro, factor que favorece la marcha de las lesiones paradenciales.

La paradentosis de los diabéticos es una lesión distrófica del paradencio, sobre todo del hueso alveolar, una alveólisis de marcha muy rápida.

Muchas veces se pueden observar abscesos piorreicos con cuadros clínicos muy ruidosos.

Las lesiones del paradencio son debidas a la mala nutrición de éste por el dismetabolismo de los hidratos de carbono y por los trastornos de la circulación capilar. En la diabetes no controlada, los tejidos tienen una menor resistencia a la infección, pues a los factores anteriormente enunciados se agrega la influencia de la deshidratación y la acidosis. La arteritis diabética determinaría el cierre de los vasos afectados, con su consecuencia: una zona de menor irrigación, que sufriría procesos degenerativos. El diabético tiene un aumento de la colesterinemia y de la lipemia, y, según algunos autores, sería esta hiperlipemia e hipercolesterinemia la responsable de las arteritis.

Otro factor que debemos tener en cuenta es que el diabético es, frecuentemente, un insuficiente hepático y renal, y, por lo tanto, en los procesos infecciosos y en las intervenciones quirúrgicas deben utilizarse todas las precauciones terapéuticas que el caso requiera.

El diabético debe seguir un régimen especial hipohidrocarbónico, y por ello nos interesa conocer la repercusión que éste tiene en las afecciones bucodentales.

Boyd y Drain afirman que la frecuencia de caries disminuye en los niños bien tratados. Nosotros no hemos podido comprobar esto en los niños, pero sí en los adultos, donde hemos observado un menor número de caries que en los sujetos no diabéticos.

Ya hemos comentado la frecuencia de las afecciones del paradenio; pero si el paciente sigue las prescripciones dietéticas y el control exacto de su insulina, ellas son de marcha muy lenta, ya que es en las épocas de hiperglucemia y, sobre todo, en las de acidosis donde se hace notable el progreso de la destrucción del hueso alveolar. Finalmente, en enfermos indisciplinados es frecuente que se agreguen lesiones carenciales consecutivas a las reducciones en sus reservas habituales de principios alimenticios.

b) *Las afecciones odontológicas como factor complicante y agravante*

El enfermo diabético es un sujeto inestable y que fácilmente se descompensa; aun ante pequeñas causas y en el caso particular de algunas afecciones odontológicas, ellas actúan como focos sépticos.

El grado e intensidad de la descompensación varía en cada caso en particular, estando en relación al tipo de diabetes, edad del paciente y caracteres de la afección intercurrente; así, pequeños focos sépticos pueden mantener una descompensación continuada del enfermo durante todo el tiempo que persistan como tales, haciendo difícil el control y cuidado de la enfermedad, creando problemas al médico por la inestabilidad de la diabetes y labilidad de la glucemia y llevar al paciente a la desnutrición. En cambio, cuando el proceso adquiere mayor jerarquía y se trata de abscesos o flemones de marcha rápida y ruidosa, el desequilibrio puede ser más intenso, llevándolo rápidamente a la acidosis clínica, y aun al coma.

El mecanismo de acción de estos procesos sería reduciendo la tolerancia a los hidratos de carbono, ya sea por interferencia en la producción de insulina, o por inhibición de la misma, o por las dos causas.

2) CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL DIABÉTICO

El odontólogo siempre debe recordar el carácter especial de la diabetes. Como dije anteriormente, los focos sépticos fácilmente descompensan al enfermo, y deben ser eliminados. Si el paciente es in-

tervenido quirúrgicamente, pueden actuar dos factores, agravando o precipitando la mencionada descompensación:

1.º *La emoción.*—Es sabido que el diabético es sumamente sensible a los actos emocionales, determinando rápido ascenso de la glucemia y aparición de glucosuria; en general, no se presenta ningún síntoma más grave; pero si se trata de un paciente con una diabetes lábil, con grandes oscilaciones en la glucemia y de buena carga emocional, la influencia puede ser mucho más intensa y aparecer un cuadro de acidosis.

2.º *El acto quirúrgico odontológico.*—Cualquier intervención en un diabético debe ser tomada en cuenta, pues son sujetos de rápida variación, y aquí recordamos la frase de Root, quien dice: "El diabético quirúrgico es siempre un diabético serio." De más está que agreguemos que los riesgos están en relación directa a la importancia de la intervención del odontólogo.

Ahora bien, ¿cuándo debe actuar el odontólogo?

Lo ideal, es bien sabido, es que el odontólogo reciba un paciente libre de signo de su diabetes, es decir, normoglucémico, aglucosúrico y en buen estado de nutrición; pero ello no siempre es posible, y así debemos considerar dos situaciones diferentes:

1. Casos urgentes.
2. Casos facultativos.

1. Casos urgentes

Llamamos casos urgentes a aquellos casos en los cuales, debido a las características del proceso (abscesos, flemones), o peculiaridades de la enfermedad (diabéticos lábiles con frecuentes acidosis e imposibles de normalizar por la interferencia del mismo proceso), o por razones de orden extraodontológicas (sujetos que viven lejos de los centros y no pueden permanecer en él, etc.), deben ser intervenidos sin normalización.

Es frecuente que en estos casos se encuentren niños en acidosis y con un foco séptico apical, que impide que el paciente esté normoglucémico. En estos casos, si la acidosis es grave y tiene francos síntomas clínicos de la misma, se debe inyectar 50 unidades de insulina endovenosa o intramuscular (según el caso), sueros y analépticos, así como también bicarbonato de sodio cuando la reserva alcalina es muy baja. A la hora conviene repetir la dosis de insulina subcutánea, y de acuerdo al resultado de la glucemia se puede intervenir.

Cuando la acidosis sea sólo química, sin manifestaciones clínicas, se indicará de 30 a 50 unidades subcutáneas, pudiéndose intervenir a continuación.

La norma en estos casos debe ser que, cualquiera que fuere la complicación de urgencia, se debe actuar, sin pretender que el sujeto esté normalizado; y en estos casos, el médico, que debe actuar en íntima colaboración con el odontólogo, tratará el estado diabético. Como es frecuente que sea rápida la mejoría metabólica, se debe estar prevenido para la hipoglucemia. Además, se deben administrar antibióticos del tipo de la penicilina y estreptomina en dosis suficientes para bloquear la infección.

2. *Casos facultativos*

Son los más frecuentes, y los llamamos así porque la intervención del odontólogo se puede diferir hasta la normalización del enfermo.

Conviene que el paciente se encuentre aglucosúrico, sin acetona y con glucemia vecina a la normal; es frecuente que médicos y odontólogos exijan como indispensable la normoglucemia, y es por ello que la glucemia tomada como cifra aislada no tiene valor tan absoluto y que, por el contrario, será el conjunto de exámenes (glucemia, glucosuria, cetonuria o aliento cetónico y reserva alcalina) quienes nos indicarán sobre el estado de compensación.

Cuando el sujeto no esté normalizado, debe ser enviado nuevamente al médico que lo trate, quien en ese caso indicará el momento de la intervención del odontólogo.

El diabético bien tratado y normalizado no difiere en nada de un sujeto no diabético, en cuanto se refiere al acto en sí, pero debe ser vigilado en el postoperatorio, por su fácil descompensación.

3) LA ORGANIZACIÓN SANITARIA FRENTE AL PROBLEMA ODONTOLÓGICO DEL DIABÉTICO

El diabético constituye para el Estado un tipo particular de paciente, y las complicaciones odontológicas no pueden ser consideradas en forma aislada, pues no son más que otro problema de los muchos que tienen estos pacientes.

Para tener una idea clara de la situación debemos situar al diabético frente a los tres aspectos fundamentales de todo enfermo:

1. Aspecto biológico.
2. Aspecto económico.
3. Aspecto social.

1. *Aspecto biológico*

Se entiende por aspecto biológico la influencia que sobre el individuo tiene la enfermedad, y en este punto es bueno recordar lo que dijimos al iniciar este trabajo: que el diabético es un enfermo de todo organismo de carácter permanente y evolutivo.

Las complicaciones odontológicas no constituyen de por sí enfermedades nuevas ni diferentes en estos sujetos, sino que, por el contrario, como ya hemos analizado, sólo la hacen más difícil, creando problemas al médico y al odontólogo.

Sólo en centros especializados pueden ser tratados correctamente, ya que, de otra manera, la normalización y, por consiguiente, el tiempo de tratamiento se prolongarían en forma desproporcionada, y los riesgos serían mucho mayores.

Es una enfermedad donde el médico especializado y el odontólogo deben colaborar en íntima relación, como si en realidad sólo existiera una sola directiva en el tratamiento.

2. *Aspecto económico*

En su aspecto económico interesa considerar que es una enfermedad del enfermo que exige muchos gastos; en efecto, el costo del tratamiento, en general (asistencia médica, medicamentos y alimentación), es alto, significando no menos de un 25 a un 30 por 100 más.

La repercusión es aún mayor cuando se la hacen referente a los gastos de familia. La familia con diabéticos necesita el 30 por 100 más para mantener el equilibrio anterior. Si a estos hechos agregamos las dificultades en el trabajo (menor capacidad, relativa invalidez, prevenciones de los empleadores y pérdidas de horas laborables por descompensaciones frecuentes) tendremos una clara visión del problema económico de estos enfermos.

3. *Aspecto social*

Desde el punto de vista social debemos saber que se trata de una enfermedad relativamente frecuente, cuyo número va en permanente

aumento (por aumento real del número de enfermos, mayor conocimiento de la enfermedad y prolongación de la vida de los tratados). Aun cuando no tenemos estadísticas, se pueden calcular en unos 80.000 el número de diabéticos.

Socialmente, estos enfermos deben ser considerados como tales durante toda la vida, llevando con ello problemas familiares, problemas de educación, y aun de esparcimiento.

Desde nuestro punto de vista es de especial jerarquía el problema de la educación odontológica del diabético. En efecto, aparte del problema educacional del diabético, que debe ser eminentemente práctico y adaptado a su inclinación y capacidad, así como también tendente a obtener un carácter disciplinado y adecuado a su relativa invalidez, será tomada muy en cuenta la educación de su enfermedad y, en particular, todo lo referente a la profilaxis bucodental y la jerarquía que ésta tiene en la evolución de la diabetes.

El enfermo diabético debe conocer la importancia de la eliminación de los focos sépticos, dado que se empeora su estado por la infección, y las infecciones en ellos son mayores por la disminución de la inmunidad. Las medidas preventivas son necesarias para evitar la aparición prematura de la paradentosis común en estos enfermos.

Del análisis detallado de estos hechos llegamos a la conclusión de que este tipo de paciente no puede ser atendido aisladamente desde el punto de vista odontológico. Tratando, por ejemplo, su paradentosis sin una colaboración médica odontológica no mejorará; es necesario que se mantenga normalizado para que su afección mejore.

Dadas las características biológicas, económicas y sociales anteriormente mencionadas, es por lo que considero que debe atenderse al diabético en un centro especializado, donde se consideren todos los aspectos como si fuera uno solo.

B I B L I O G R A F Í A

Calvo Melendro, J.: *Emoción y diabetes*. "Revista Clínica Española", 1947, tomo XXVII, número 4.

Colowich Sidney, P.: *Trabajos recientes sobre la acción de la insulina*. "Boletín Médico-Científico Elli Lilly and Company", 1947, tomo V, números 5 y 6.

Del Soler, Antonio: *El papel del médico en la asistencia de los diabéticos quirúrgicos*. "El Día Médico", diciembre 1947.

Editoriales: *Nuevos estudios formación insulina en el páncreas*. "Revista Clínica Española", 1942, tomo VII, número 4.

Escudero, Pedro: *Tratado de la diabetes*.

— *Concepto general del tratamiento de la diabetes*. IV Jornadas Extraordinarias de la Asociación de Médicos del Hospital Salaverry.

Heilmeyer: *Precis de Physiologie Pathologique*. Vigot Freres, París.

Houssay, Bernardo: *Etiología de la diabetes*. "Boletín Médico-Científico Elli Lilly and Company", 1947, tomo V, números 5 y 6.

— *Fisiopatología de la diabetes*. "El Día Médico", 1950, año XXII, número 44, 1.743-1.752.

Jiménez Díaz, C.: *Lecciones sobre enfermedades de la nutrición*. "E. Científico-Médica", Madrid, 1940, página 534.

John Henry, J.: *Control of Diabetes Mellitus*. "J. Clin. Endoc.", 1943, V, 3.

Joslin Elliott, P.: *The treatment of Diabetes Mellitus*. "Lea L. Febiger", Philadelphia.

Landabure, Pedro: *Diabetes infantil*.

Leoni Iparraguirre, César: *La cirugía de la diabetes*. IV Jornadas Asociación de Médicos del Hospital Salaverry.

Mosenthal Herman, O., and Benjamin, J.: *Ashe Diabetes Mellitus Tice*.

Naranjo, Carmen M. G. de, y Pierángeli, Rodolfo: *La paradentosis juvenil de los diabéticos*. "Semana Médica", 1950, tomo 98, número 24, página 913.

Pelaig Redondo, J.: *La emoción y su papel patógeno*. "Revista Clínica Española", 1949, tomo XXXII, número 5.

Pierángeli, Enrique: *La diabetes, problema médico, social y económico*. IV Jornadas Asociación de Médicos del Hospital Salaverry.

Pierángeli, Rodolfo E., y Naranjo, Carmen G. M. de: *La diabetes en Odontología*. "Tribuna Odontológica" de Buenos Aires, 1949, XXXIII (transcrito en "Revista de Estomatología" de La Haba-

- na, diciembre 1949, y en "L'Odontologie" de París", septiembre y octubre 1950).
- *Frecuencia de las afecciones bucales de los diabéticos*. Presentado en la V Reunión Científica de la Asociación Argentina de Dietología, 1949.
- Vidal, J.: *Maladies de la nutrition*. Maloine, París.
- Wilder, R.: *Clinical Diabetes Mellitus and Hyperinsulinism*. Saunders Co. Philadelphia, London.
- Wilkerson Hugh, L.: *The nutritionist's role in a Diabetes Control*. J. Amer. Dietet. Ass. 1948. Vol. 24. March.
-

Vasos del velo del paladar, por FRANCESCO GASPARINI

El autor estudia la estructura de los vasos del velo del paladar del hombre y de otros mamíferos, insistiendo, sobre todo, en las anastomosis arterio-venosas y los aparatos de "barrage" (obstrucción). Describe en el velo del paladar humano, por una parte, anastomosis arterio-venosas, de luz ancha y trayecto corto, correspondiendo al tipo I de Von Schumacher; por otra parte, anastomosis en pelotones, que se caracterizan por una anastomosis larga, estrecha y sinuosa. Estas últimas anastomosis corresponden al tipo II de Von Schumacher.

Esta forma se caracteriza por la presencia de elementos mioepiteloides en la pared vascular, poseyendo, al parecer, función endocrina (Schumacher).

Confirmando las observaciones de Mathis y Eglitis, el autor ha encontrado células mioepitelioides en algunas arteriolas por fuera de las anastomosis.

Las pequeñas arterias del paladar poseen aparatos de "barrage" (obstrucción) bajo forma de mamelones de la íntima y esfínteres.

El autor insiste sobre la importancia que tienen estos anastomosis en la aparición del fenómeno que denominamos en la literatura "apoplejía de la úvula" (Yoel Bernfeld).