

Diabetes y patología oral asociada

Enfermedades periodontales

Las personas con diabetes no controlada tienen un elevado riesgo de infección y un prolongado periodo de curación que puede comprometer la salud de la cavidad oral¹.

La persistencia de un inadecuado control de la hiperglucemia se ha asociado a gingivitis, periodontitis y pérdida de hueso alveolar.

Se han propuesto diferentes mecanismos para explicar el aumento de la susceptibilidad a padecer estos procesos, como alteraciones:

- Inmunológicas
- De la microflora subgingival
- Del metabolismo del colágeno
- De la vascularización
- Del líquido crevicular gingival
- Patrones hereditarios

Asimismo, se han propuesto diferentes mecanismos fisiopatológicos causantes de la mayor pérdida ósea alveolar en estos pacientes:

- Alteración de la función de los neutrófilos
- Disminución de la leucotaxis y de la fagocitosis

Los procesos inflamatorios periodontales se asocian a un estado inflamatorio sistémico y a un aumento del riesgo de las principales enfermedades cardiovasculares, alteraciones en el embarazo y el parto y pobre control glucémico en personas diabéticas². El aumento de los mediadores de la inflamación (citoquinas) provoca hiperlipemia y ésta un síndrome de resistencia a la insulina, con muerte de células beta pancreáticas. Por lo tanto, tratar las periodontitis es crucial para el tratamiento de la diabetes.

Manifestaciones orales de la diabetes³

- Síndrome de la boca ardiente
- Candidiasis
- Caries dental
- Gingivitis
- Glosodinia
- Liquen plano
- Disestesias neurosensitivas
- Periodontitis
- Disfunción salival
- Disfunción del sentido del gusto
- Xerostomía

Caries dental

Esta asociación no ha sido completamente documentada, pero los pacientes con diabetes presentan alteraciones sensoriales, periodontales y salivares capaces de aumentar el riesgo de padecer caries recurrentes.

En la diabetes tipo 1, un pobre control de la diabetes y un inicio temprano de la misma aumentan el riesgo de caries dental, pero una higiene dental apropiada junto con un control metabólico satisfactorio pueden prevenir su desarrollo⁴.

Alteraciones de las glándulas salivales

Los pacientes con diabetes suelen presentar síntomas de boca seca, o xerostomía, y disfunción de las glándulas salivales. La causa subyacente a la baja producción de saliva puede ser la poliuria o una afectación de la membrana basal de dichas glándulas.

En un estudio realizado con 154 pacientes con diabetes tipo 2, la prevalencia de xerostomía fue de un 62% frente al 36% en no diabéticos; la hiposalivación fue del 46% frente al 28%. Los pacientes con hiposalivación presentaron más bacterias patógenas y hongos en la saliva que los que no presentaban esta alteración⁵.

Enfermedades de la mucosa oral

En pacientes con diabetes se ha observado una mayor incidencia de liquen plano, estomatitis aftosas, así como de infecciones por hongos⁶⁻⁸. Puede deberse a procesos de inmunodepresión crónica. Esta inmunosupresión es una secuela de la propia enfermedad en los pacientes con diabetes tipo 1 y una consecuencia de hiperglucemias agudas en los diabéticos tipo 2.

Infecciones orales (candidiasis)

Son infecciones oportunistas que se dan con frecuencia en pacientes inmunodeprimidos. La infección por cándida es frecuente en pacientes diabéticos fumadores, que llevan prótesis dentales y con mal control de los niveles de glucemia. La poca producción de saliva también es un factor predisponente a estas infecciones⁹.

Alteraciones del gusto

Cerca de 1/3 de los pacientes diabéticos adultos manifiestan ageusia o disminución de la percepción del gusto, lo que puede conducir a hiperfagia y obesidad. Esta alteración puede impedir un correcto seguimiento de la dieta y empeorar la diabetes³.

Alteraciones neurosensitivas y visuales¹⁰⁻¹²

Los pacientes con diabetes presentan una mayor incidencia de glosodinia y/o estomatopirosis. Pueden presentar disestesias de larga duración que pueden impedir una correcta higiene dental. También se ha asociado a diabetes mellitus un síndrome poco frecuente denominado alteración orofacial neurosensitiva, o síndrome de la boca ardiente. La disfagia, a menudo asociada a la diabetes, es consecuencia de una alteración en la fuerza, velocidad y coordinación de los músculos masticatorios inervados por nervios craneales.

Implicaciones terapéuticas en la prevención de las afecciones orales de la diabetes¹³

COMPLICACIÓN POTENCIAL	MEDIDAS PREVENTIVAS
Infección y retraso en la curación de heridas en la cavidad bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visitas frecuentes al dentista para identificar factores de riesgo de enfermedad periodontal, caries o candidiasis oral 2. Terapia antibiótica post-quirúrgica 3. Abandono del tabaco
Disfunción de la glándula salival y Síndrome de la boca ardiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de una correcta hidratación (agua, sustitutos de la saliva, chicles sin azúcar) 2. Restricción de la cafeína y de la ingesta de alcohol

Los higienistas pueden contribuir activamente al mantenimiento de la salud óptima de los pacientes diabéticos teniendo una vigilancia de las posibles condiciones orales asociadas a la enfermedad, así como a su prevención y tratamiento.

Bibliografía:

1. Stegeman CA. Oral manifestations of diabetes. Home Healthc Nurse. 2005 Apr;23(4):233-40; quiz 241-2.
2. Mealey BL, Rose LF. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2008 Apr;15(2):135-41.
3. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. J Am Dent Assoc. 2003 Oct;134 Spec No:4S-10S.
4. Miko S, Ambrus SJ, Sahafian S, et al. Dental caries and adolescents with type 1 diabetes. Br Dent J. 2010 Mar 27;208(6):E12.
5. Khovichunkit SO, Suwantuntula T, Thaweboon S, et al. Xerostomia, hyposalivation, and oral microbiota in type 2 diabetic patients: a preliminary study. J Med Assoc Thai. 2009 Sep;92(9):1220-8.
6. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, part I: prevalence and characteristics of non-candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89:563-9.
7. Petrou-Amerikanou C, Markopoulos AK, Belazi M, et al. Prevalence of oral lichen planus in diabetes mellitus according to the type of diabetes. Oral Dis 1998;4(1):37-40.
8. Lorini R, Scaramuzza A, Vitali L, et al. Clinical aspects of celiac disease in children with insulin-dependent diabetes mellitus. J Pediatr Endocrinol Metab 1996;9(supplement 1):101-11.
9. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, part II: prevalence and characteristics of Candida and candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89:570-6.
10. Ship JA, Grushka M, Lipton J, et al. Burning mouth syndrome: an update. JADA 1995;126:842-53.
11. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. Am Fam Physician 2002;65:615-20.
12. Ship JA, Duffy V, Jones JA, Langmore S. Geriatric oral health and its impact on eating. J Am Geriatr Soc 1996;44:456-64.
13. Lalla RV, D'Ambrosio JA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. J Am Dent Assoc. 2001 Oct;132(10):1425-32.