

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 *Candida* 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.