

Grupe, Lucia Maria

**Características y cuidados
en pacientes**

**diabéticos con enfermedad
periodontal**

**Trabajo final de la carrera de
Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

Carrera: Odontología
Materia: Práctica Profesional Supervisada

**Trabajo Integral: Características y cuidados en pacientes
diabéticos con enfermedad periodontal**

Autora: Grupe, Lucia Maria
Tutora: Dra. Masó Sabrina Elena
Profesora titular: Dra. Claudia Bonnin

Córdoba, año 2026



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

ÍNDICE:

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
CASO CLÍNICO	5
EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL	7
EXAMEN RADIOGRÁFICO	9
EXAMEN PERIODONTAL	10
DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	12
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	13
TRATAMIENTO	14
1. Fase preventiva o inicial:	14
2. Fase Correctiva:	15
3. Fase de Rehabilitación:	18
4. Fase de Mantenimiento y Pronóstico:	19
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	27

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza el caso clínico de un paciente de 73 años que presenta como enfermedad de base Diabetes Mellitus, que se presentó a la clínica con el motivo de consulta de reemplazar una prótesis que le dieron para el maxilar superior dos años atrás y tratamiento para el elemento 31 (incisivo inferior izquierdo), que presentaba mucha movilidad. Al examen clínico la ausencia casi total de los elementos superiores, con la excepción de los elementos 13 y 14 y la ausencia de los elementos 41, 42 y 48 en el maxilar inferior, y a nivel periodontal vemos la notoria pérdida de inserción en el sector anterior del maxilar inferior, acompañada de una acumulación llamativa de cálculo dental, dando como diagnóstico: Enfermedad Periodontal como Periodontitis Complicada.

En este trabajo se expone el tratamiento de motivación y corrección de la técnica de higiene, extracción del elemento móvil por su pronóstico no tratable, la rehabilitación de la anatomía, función y estética perdida con una prótesis parcial removible para cada maxilar, y por último el mantenimiento de la salud periodontal.

El objetivo de esta exposición es mostrar cómo la enfermedad periodontal y la diabetes mellitus tienen una relación bidireccional que es importante tener en cuenta en el consultorio, ya que ambas, si no se controlan de manera periódica y regular, pueden desencadenar efectos adversos la una a la otra, afectando así a la salud tanto general como oral del paciente.

Como conclusión, la diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes que nos podemos encontrar en la práctica diaria y constituye un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, que por la relación bidireccional entre ambas afecta a la salud del paciente. Por esto es importante tener en cuenta las manifestaciones orales y generales de la diabetes para poder adaptar el tratamiento a cada paciente de manera segura y satisfactoria.

Palabras clave: Diabetes mellitus, manifestaciones orales, manejo odontológico.

SUMMARY:

This paper analyzes the clinical case of a 73-year-old patient with underlying diabetes mellitus, who presented to the clinic seeking to replace a prosthesis he had received for his upper jaw two years prior and treatment for tooth 31 (lower left incisor), which exhibited significant mobility. Clinical examination revealed the almost complete absence of upper teeth, with the exception of teeth 13 and 14, and the absence of teeth 41, 42, and 48 in the lower jaw. Periodontal examination showed marked loss of attachment in the anterior region of the lower jaw, accompanied by a significant accumulation of dental calculus, leading to a diagnosis of periodontal disease, specifically complicated periodontitis.

The aim of this presentation is to show how periodontal disease and diabetes mellitus have a bidirectional relationship that is important to consider in the dental office, since both, if not controlled regularly and periodically, can trigger adverse effects on each other, thus affecting both the patient's general and oral health.

In conclusion, diabetes mellitus is one of the most common diseases we encounter in daily practice and constitutes a risk factor for periodontal disease, which, due to the bidirectional relationship between the two, affects the patient's health. Therefore, it is important to consider the oral and general manifestations of diabetes in order to adapt the treatment to each patient safely and effectively.

Keywords: Diabetes mellitus, oral manifestations, dental management.

INTRODUCCIÓN

Es importante en el ámbito odontológico poder adaptarnos a la atención de pacientes con enfermedades base como la diabetes mellitus, un trastorno metabólico multisistémico que es el resultado de una disminución en la secreción y/o acción de la insulina, desencadenando así diferentes complicaciones sistémicas y orales. En esta última categoría se presenta la enfermedad periodontal, conocida como la infección en el periodonto, que es el tejido de sostén y de protección de las piezas dentarias, presentándose en la clínica con inflamación, sangrado y pérdida de los tejidos blandos y duros del diente lo que expone a las raíces de los elementos y provoca movilidad, volviendolos vulnerables a lesiones de caries, traumatismos o la pérdida del diente.

Ambas enfermedades tienen una relación bidireccional entre ambas patologías: la diabetes favorece al desarrollo de bacterias colaborando con la progresión de la enfermedad, y la enfermedad periodontal produce inflamación, la cual puede dificultar el control metabólico. Este trabajo busca exponer cómo afecta en el día a día al paciente y el protocolo de atención que el odontólogo debe abordar en estos casos, a través de la presentación de un caso clínico obtenido en la clínica universitaria de la Universidad Católica de Córdoba, donde el paciente presenta ambas enfermedades.

OBJETIVOS:

Objetivos Generales: Analizar la relación entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal mediante la revisión de literatura científica y el abordaje del caso clínico de un paciente con ambas patologías, para fundamentar y explicar el correcto protocolo de atención en la clínica odontológica.

Objetivos Específicos:

- Conocer las bases y generalidades de la diabetes mellitus.
- Conocer las bases y características de la enfermedad periodontal.
- Determinar las manifestaciones orales más comunes de la diabetes mellitus.
- Exponer el protocolo de atención, profilaxis antibiótica y medidas preventivas.

CONCLUSIONES:

En este trabajo se busca concientizar sobre la importancia de poder abordar un plan de tratamiento efectivo de enfermedad periodontal, en pacientes con enfermedades de base tan comunes como lo es la diabetes mellitus, para que de esta manera todo paciente pueda salir del consultorio con una salud bucal no solo recuperada sino que también mejorada.

CASO CLÍNICO

Este caso clínico se realizó en un paciente integral de la materia de Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Córdoba. El paciente de 73 años se presentó a la consulta para reemplazar una prótesis parcial superior que llevaba usando por varios años, además de tratarse un elemento anterior con movilidad avanzada que presenta en maxilar inferior.

En la anamnesis el paciente menciona tener diabetes tipo II, por lo está medicado con metformina (500 mg, una vez cada 24 hs) recetada por su médico de cabecera, con quien tiene controles periódicos. Y aunque el paciente mencionó haber tenido buenas experiencias en el pasado con otros consultorios, no se hizo controles en los últimos años.

La diabetes mellitus (DM) es un desorden endocrino crónico, complejo y multifactorial que se basa en un grupo de síndromes heterogéneos que se caracterizan por el metabolismo anormal de la glucosa.

Con respecto a la fisiopatología, la insulina es una hormona polipeptídica, sintetizada y liberada por las células beta de los islotes pancreáticos, pertenecientes al páncreas endócrino. Las funciones de la insulina en el organismo son estimular la gluconeogénesis, inhibir la glucogenólisis, incrementar el transporte de glucosa en el músculo esquelético y en el tejido adiposo, aumentar la retención de sodio, promover la glucólisis y disminuir la glucosecreción hepática, entre otras. (Fonseca Escobar et al., 2021, párr. 5)

Es importante conocer esta enfermedad porque los pacientes diabéticos crónicos presentan alteraciones en las fases de cicatrización, se produce obstrucción capilar, se altera la fibrinólisis y la diferenciación de queratinocitos y se retarda la remodelación. Favoreciendo así el ambiente citotóxico y prodegradativo en la herida perjudicando a la granulación, la reepitelización en la cicatrización general y alteran la respuesta inmunológica, generando un ambiente ideal para la prevalencia de distintas infecciones.

A esta enfermedad se la clasifica en dos tipos, el paciente con Diabetes Mellitus tipo I, o “insulino dependiente”, cuya etiología más frecuente de esta enfermedad es de carácter inmunológico, donde se destruyen por completo las células beta del páncreas y con esto, una ausencia completa de la hormona insulina. Y luego está la Diabetes Mellitus tipo II, que es la que padece el paciente de nuestro caso clínico, y se caracteriza por una resistencia del propio organismo a la insulina o una deficiencia en su secreción, y sus causas son múltiples, desde factores genéticos hasta ambientales.

Actualmente es de las dos la de mayor incidencia a nivel poblacional, pero de todas formas en el consultorio debemos saber tratar a pacientes con cualquiera de las dos enfermedades. Y por eso un concepto que es importante entender es el de la glucemia, que es el azúcar en la sangre que el cuerpo utiliza como energía, y que obtenemos los seres humanos de los alimentos.

Los valores de la glucemia deben estar siempre estables en un paciente diabético, siendo estos entre los 70 a 100 miligramos por decilitro, ya que el aumento o disminución de estos valores deriva en consecuencias físicas a nivel sistémico y oral que pueden ser prevenidas si se conoce su relación con el nivel de azúcar en sangre.

Entre los factores principales que influyen en el control glucémico deficiente de los pacientes están señalados los trastornos nutricionales, siendo el principal la obesidad y el sobrepeso, por sedentarismo y malos hábitos alimenticios, así también se describe otro factor como lo es la falta de adecuación al tratamiento y la no periodicidad al control. (Moreira Cevallos et al., 2025, p. 2)

Los dos casos extremos de desequilibrio de la glucemia que tenemos son:

HIPOGLUCEMIA: Es cuando los valores de glucosa en sangre están por debajo de lo mínimo (menos de 70 mg/dl) y se debe al exceso de insulina, que puede deberse a los fármacos hipoglucemiantes que se le recetan a los pacientes, aunque también se puede producir por saltarse comidas y/o malabsorción intestinal.

HIPERGLUCEMIA: “Está indicada cuando el índice glucémico es >140 mg/ dL, causada por deficiencia de insulina en la sangre, hipoglucemiantes orales, exceso de carbohidratos, medicamentos que aumentan la glucemia” (Moreira Cevallos et al., 2025, p. 2). Esto puede detonar distintos desórdenes bioquímicos y celulares que llevan a complicaciones microvasculares y macrovasculares, las cuales derivan en manifestaciones orales y generales.

Es importante en el consultorio que conozcamos los valores de la glucemia del paciente así como también tener una autorización por escrito del médico de cabecera, antes de realizar cualquier tratamiento invasivo en el paciente, de esta manera prevenimos posibles complicaciones durante su atención. Complicaciones que serán desarrolladas a lo largo de este trabajo.

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Al examen clínico intraoral, vemos movilidad grado III del elemento 31, presencia de cálculo dental en todos los elementos, siendo mayor la cantidad en los elementos anteriores del maxilar inferior, y también se puede ver inflamación en las encías de este mismo maxilar (Figura 3 y 4). Vemos una restauración con resinas en el 36 y otra con amalgama en buen estado en el 37, y ausencia de los elementos 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 41, 47 y 48 (Figura 1 y 2).

Estas características clínicas son manifestaciones del desequilibrio entre los factores de virulencia y las defensas de los tejidos orales del paciente. La gravedad de estas manifestaciones depende de qué tan controlada está la enfermedad, y de los valores de glucemia. En este caso si bien la enfermedad está siendo controlada con medicamentos y controles, la falta de cuidados en su higiene produjeron la pérdida de tantos elementos y afección de los tejidos periodontales.



(Figura 1) Arcada superior foto oclusal



(Figura 2) Arcada inferior foto oclusal



(Figura 3) Oclusión de frente sin ppr superior



(Figura 4) Oclusión de frente con ppr superior

Hay factores que tenemos en cuenta y son: La edad del paciente y su enfermedad de base (DM), ya que ambas vuelven vulnerables a los tejidos y dan como resultado las siguientes manifestaciones orales en la boca del paciente.

- Caries: La caries tiene mayores probabilidades de desarrollarse en pacientes diabéticos al verse afectada la saliva y su efecto buffer, donde aumenta su acidez, por los mayores niveles de glucosa en está, dando un ambiente perfecto para la invasión bacteriana. Además en el paciente por ser parte del grupo geronte presenta menores capacidades de defensa a las caries en los tejidos dentales, porque el esmalte disminuye su porosidad, presentando cracks en los cuales pueden penetrar microorganismos, la dentina disminuye su permeabilidad para evitar la entrada de bacterias, volviéndose frágil, y la pulpa disminuye de tamaño y espesor, y con ello pierde su sensibilidad, volviéndolo susceptible a traumatismos.
- Alteraciones de la mucosa oral: La microcirculación de la mucosa se ve afectada por vasculitis y aterosclerosis que producen retrasos en la cicatrización. Además en el geronte, su capacidad de cicatrización se vuelve lenta porque el epitelio se vuelve más y más delgado con el tiempo, volviéndose atrofiado y frágil, y el tejido submucoso pierde cantidad de capilares y se vuelve menos permeable, menos capaz de hacer profilaxis y de sintetizar fibroblastos.
- Xerostomía: Deficiencia en el volumen de saliva, dando sensación de boca seca, por lo que el efecto buffer es menos eficiente, volviendo al paciente vulnerable a las bacterias. Nuestro paciente no presenta signos de lesiones por sequedad pero es un factor a tener en cuenta cuando se le otorguen las prótesis nuevas.
- Enfermedades periodontales:

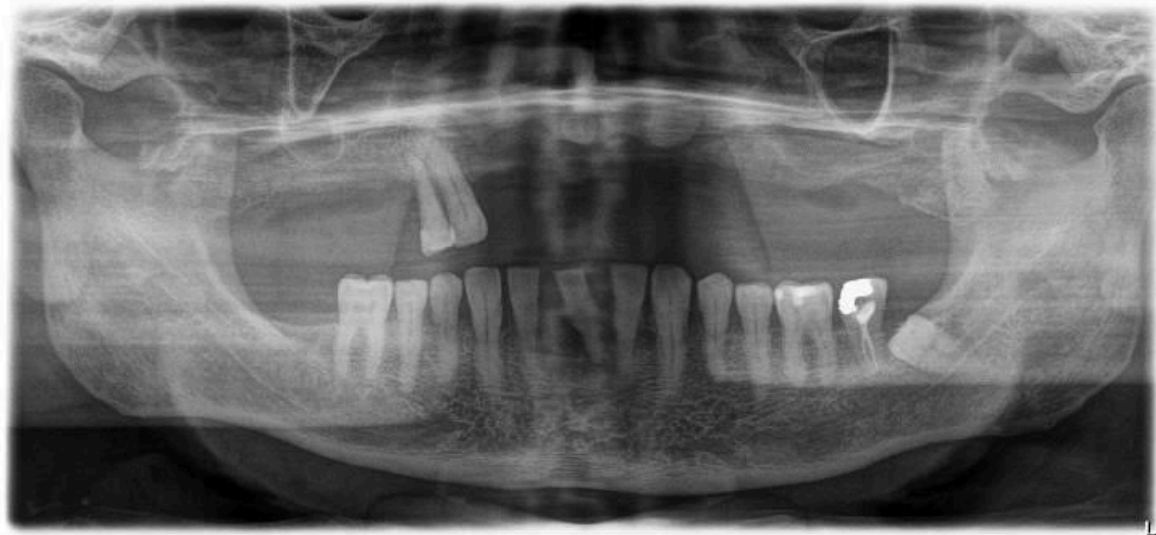
Las enfermedades periodontales inflamatorias crónicas (EPIC) son un conjunto de entidades de etiología multifactorial que comienzan y se desarrollan por la presencia de bacterias y que están significativamente moduladas por la respuesta del huésped a la agresión microbiana. Representan la ruptura del equilibrio entre los factores de virulencia de los microorganismos y la capacidad de respuesta del huésped. (González Arteta & Arroyo- Carrascal, 2019, sección Manifestaciones en cavidad oral, apartado Enfermedades Periodontales, párr. 1).

La razón por la cual la enfermedad se presenta con mayor frecuencia es la deficiente respuesta inmunológica ante la presencia de una infección, que se debe a una alteración en el biofilm, una comunidad de bacterias presente en la cavidad oral, donde aumenta la cantidad de bacterias anaerobias que penetran y dañan a los tejidos. Y también se debe a que la capacidad de respuesta de defensa a las infecciones está disminuida por los cambios vasculares y por último por alteraciones en el metabolismo del colágeno, que en este caso, también se encuentra afectada por la atrofia del epitelio y tejido submucoso por la edad.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

En la radiografía periapical (Figura 7), notamos la pérdida de hueso alveolar vertical alrededor del elemento 31, explicando la movilidad de este en el examen clínico, y también podemos ver en la radiografía periapical que el espacio que representa al ligamento periodontal, se encuentra no obstante estrecho, producto del envejecimiento y por la constante actividad masticatoria con los años.

En la imagen panorámica (Figura 8) vemos la pérdida de hueso desigual, con dos elementos remanentes en el cuadrante uno con menor pérdida ósea de tipo horizontal, y en el cuadrante dos vemos que está completamente desdentado con reabsorción del reborde alveolar. En el maxilar superior, vemos destrucción severa del hueso alveolar alrededor del hueso 31. También notamos una restauración con resinas en el elemento 36 y un tratamiento de conducto y una restauración de amalgama radiopaca en el elemento 37, y también tiene el elemento 38 retenido.



(Figura 8) Ortopantomografía del paciente



(Figura 7) Radiografía periapical del elemento 31

EXAMEN PERIODONTAL

En maxilar superior (Figura 5), se anotó:

- Nivel de Inserción:
 - Elemento 13: 1 mm por vestibular y distal, 2 mm mesial
 - Elemento 14: 3 mm por mesia y 6 mm por vestibular y distal.
- Profundidad de sondaje:
 - Elemento 13: 2 mm por mesial y distal, 1 mm por vestibular y 2 en palatino.
 - Elemento 14: 1 mm por distal y vestibular, 3 mm por mesial y 2 en palatino.
- Registro de placa: 12,5%
- Registro de hemorragia: 0%
- Movilidad: grado I en elemento 14

En maxilar inferior (Figura 6), se anotó:

- Nivel de Inserción:
 - Elemento 31: 6 mm por vestibular. lingual y mesial, 3 mm por distal.
 - Elemento 32: 3 mm por vestibular, mesial, distal y 4 mm por lingual.
 - Elemento 33: 3 mm por vestibular, mesial, distal y lingual.
 - Elemento 34: 3 mm por vestibular y lingual, 1 mm por mesial y distal.
 - Elemento 35: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 36: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 37: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 42: 4 mm por mesial y lingual, 3 mm vestibular y 2 mm por distal.
 - Elemento 43: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 44: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 45: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 46: 3 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
- Profundidad de sondaje:
 - Elemento 31: 1 mm por vestibular y lingual, 3 mm por mesial y distal.
 - Elemento 32: 2 mm por vestibular y lingual, 3 mm por mesial y distal.
 - Elemento 33: 2 mm por vestibular y lingual, 3 mm por mesial y distal.
 - Elemento 34: 2 mm por vestibular y lingual, 3 mm por mesial y distal.
 - Elemento 35: 2 mm por vestibular, distal, lingual y palatino.
 - Elemento 36: 2 mm por vestibular y lingual, 3 mm por mesial y distal.
 - Elemento 37: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 42: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 43: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 44: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.

→ Elemento 45: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.

→ Elemento 46: 2 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.

- Registro de placa: 100%
- Registro de hemorragia: 0%
- Movilidad: grado III en elemento 41 y grado II en elemento 32.

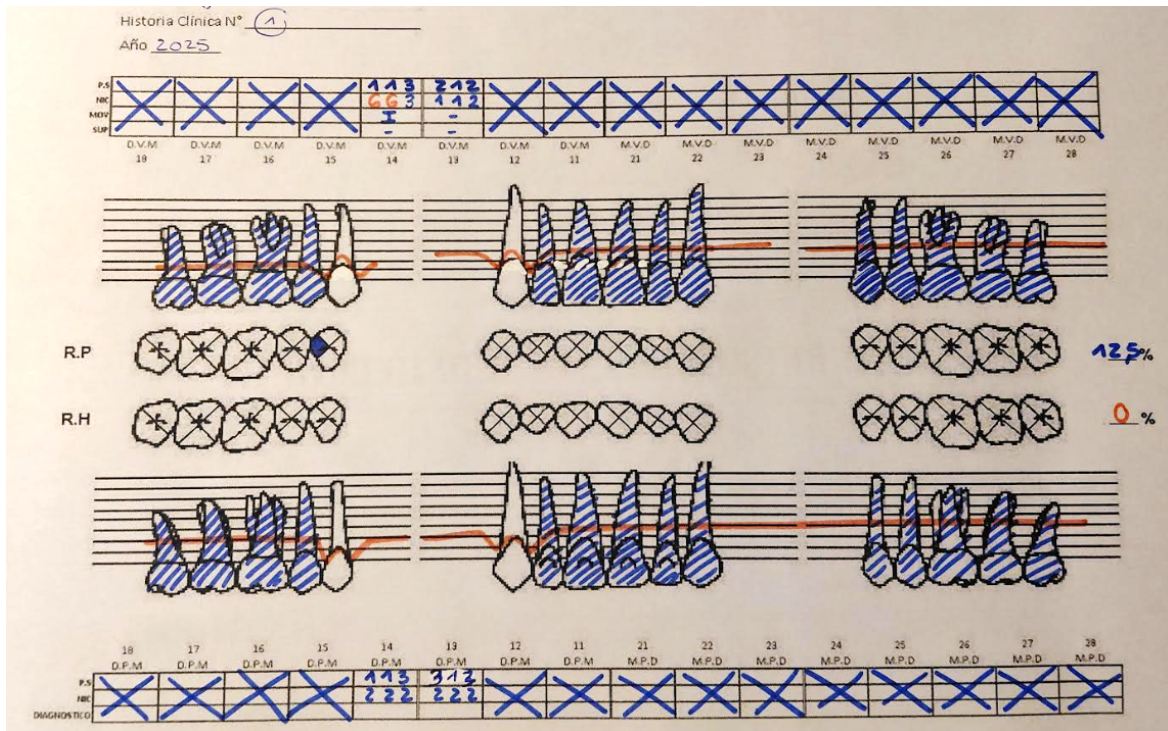


Figura 5 (Ficha periodontal - Maxilar Superior)

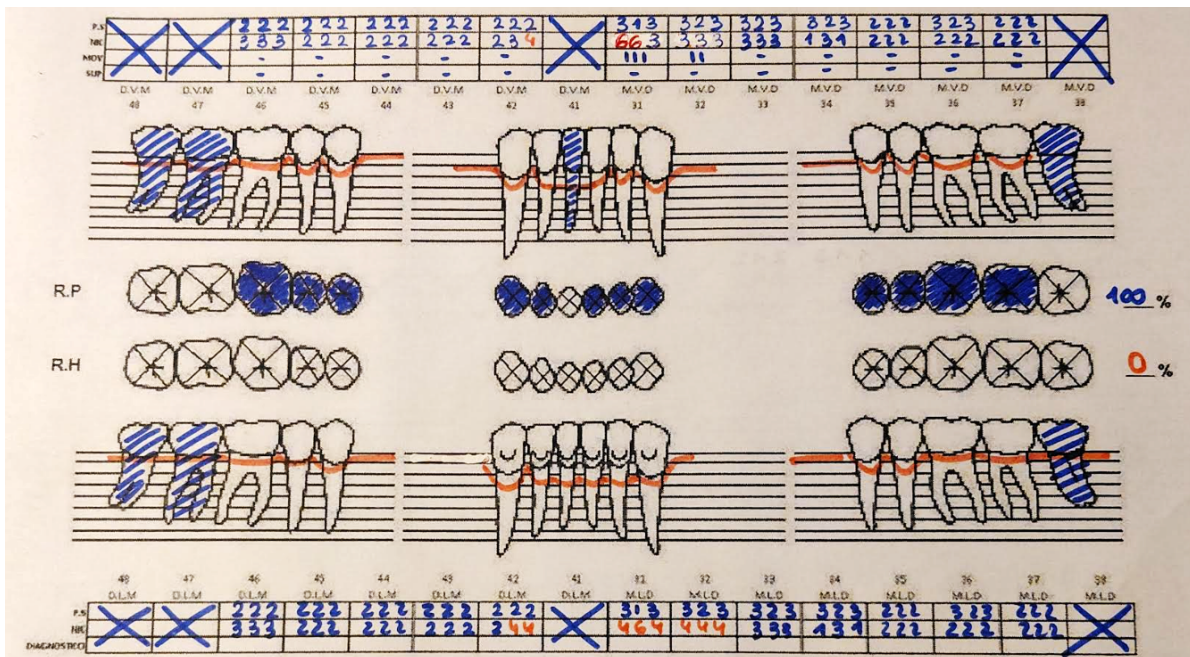


Figura 6 (Ficha periodontal - Maxilar Inferior)

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Previo al diagnóstico debemos definir primero qué es la enfermedad periodontal. Es una enfermedad multifactorial que se define como aquellas lesiones inflamatorias que afectan al periodonto, que se manifiesta en la formación de una bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar, y eventualmente a la pérdida del diente. La causa de estas enfermedades es el biofilm, una comunidad bacteriana sésil, inmersa en un medio líquido, que se caracteriza por estar conformada por células que están adheridas de manera irreversible al sustrato o unas a otras, embebidas en una matriz de polímeros producidas por ellas y que presentan fenotipo alterado. Las bacterias pueden ser externas o propias de la cavidad bucal, que aprovechan las condiciones en desequilibrio del medio para potenciar sus factores de virulencia, como ocurre en pacientes con diabetes mellitus.

El diagnóstico del paciente es la enfermedad conocida como periodontitis, en la clínica se presenta con pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. “A esto se puede asociar un sobrecrecimiento o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria aumentada, supuración, pudiendo llegar a la pérdida dentaria” (Bascones Martines & Figuero Ruiz e, 2005, sección Clasificación De enfermedades periodontales, párr 1).

Puede progresar de manera continua o en picos de actividad y según su extensión se clasifican en: localizada, si están afectadas menos de un 30% de secciones de la cavidad oral, y generalizada, si son más del 30%. Además de que según su severidad se define en leve (cuando hay pérdida de inserción con pérdida ósea tipo horizontal), grave (pérdida de inserción y pérdida ósea tipo horizontal de más de un tercio del diente) y complicada (pérdida de inserción y pérdida ósea tipo vertical).

En maxilar superior presenta Periodontitis Crónica GRAVE. Esto porque el paciente presenta pérdida de hueso horizontal que abarca más de un tercio del diente en los elementos 13 y 14 del maxilar superior (con movilidad grado 3 en el 13) y pérdida de inserción de hasta 6 mm en el 14 (por distal y vestibular) en los elementos del maxilar superior. Y en maxilar inferior presenta Periodontitis Crónica COMPLICADA en el sector anterior, por presentar pérdida de hueso vertical en los elementos 31, 32 y 33 (por distal), 42 y 43 (por distal) con grado 3 de movilidad en el elemento 31 y de grado 2 en el elemento 32, y pérdida de inserción clínica de 6 mm en el elemento 31. En el sector posterior vemos pérdida de inserción de 1 mm hasta 3 mm máximo, no hay movilidad en ningún elemento y vemos pérdida de hueso horizontal de más de un tercio de la raíz de los elementos 34, 35, 44 y 45, siendo el diagnóstico de este sector, Periodontitis Crónica GRAVE.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gingivitis: “La gingivitis inducida por placa es una inflamación de la encía debida a la localización de bacterias en el margen gingival, y que posteriormente se puede extender a toda la unidad gingival” (Bascones Martines & Figuero Ruiz e, 2005, sección Clasificación De enfermedades periodontales, párr 1). En la gingivitis no hay pérdida de inserción clínica ni reabsorción ósea presente, por lo que queda descartado este diagnóstico.

Periodontitis agresiva: Es el cuadro donde la enfermedad avanza con rapidez y destruye el hueso alveolar y hay rápida pérdida de inserción, y no hay sarro visible, clínicamente se ven “sanos”. Y se manifiesta también de manera localizada, donde afecta a máximo dos dientes, y generalizada donde tres dientes afectados es lo mínimo para considerarse de este tipo. En el caso del paciente, la presencia de cálculo nos hace ver que la infección creció de manera progresiva y lenta, evidencia de la mala higiene y el cuadro infeccioso beneficiado por la diabetes.

¿Hay entonces una relación bidireccional entre la Diabetes y la Enfermedad Periodontal?

Tanto la DM como la EP comparten fisiopatogenia, siendo la inflamación crónica y los factores de riesgo locales y generales, que agravan la respuesta inflamatoria del organismo, volviendo así a la EP un factor de riesgo de la DM y viceversa.

Según Masó Galán y Díaz Machado (2024) esta relación también se puede explicar porque las bacterias presentes en las bolsas periodontales pueden infiltrar el torrente sanguíneo y desencadenar procesos inflamatorios como respuesta del organismo, afectando las funciones de la insulina, lo que aumenta los niveles de glucosa.

También la propia diabetes afecta al sistema inmune y cicatrización del paciente, lo que lo vuelve ineficaz para combatir la infección, acelerando así la destrucción de los tejidos periodontales.

Entonces el factor que determina esta relación termina siendo la glucemia no controlada, ya que es la principal razón del desequilibrio en diferentes sistemas del organismo, destacando el sistema inmunológico, provocando que sean los pacientes diabéticos descompensados los más propensos al desarrollo de las infecciones mencionadas.

En este caso, la gravedad del cuadro de la salud periodontal del paciente se debe a la falta en el control de la salud bucal, al haber tenido muy pocos controles en el consultorio, previo a presentarse en nuestra clínica y la falta del cepillado en su rutina, la placa bacteriana siguió creciendo hasta formar cálculo, provocando así la infección de los tejidos periodontales. Gracias a los controles médicos, esto no afectó a su salud sistémica.

TRATAMIENTO

1. Fase preventiva o inicial:

Es la fase 1 del tratamiento, común para todos los pacientes con enfermedad periodontal. Comprende los procedimientos terapéuticos destinados a eliminar el agente causal y los factores (fisiológicos y patológicos, generales y locales) que contribuyan a su instalación e impidan su eliminación. Para lograr cumplir estos objetivos, tenemos la motivación del paciente, el control mecánico y químico de la placa bacteriana, y el raspaje y alisado.

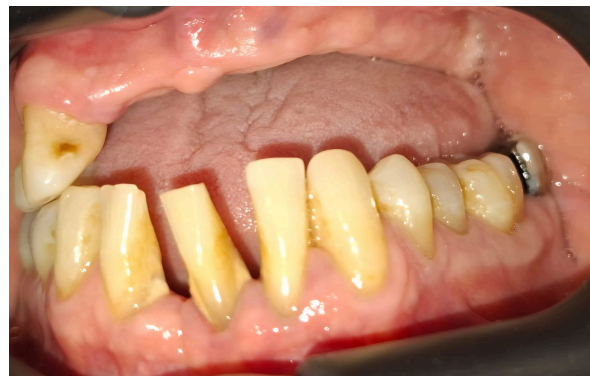
En la primera sesión se comenzó la motivación del paciente, que significa lograr que el paciente realice lo que uno quiere, en este caso, un buen control de placa. Esto se logró a través de charlas, así como también le mostramos con un espejo que es el cálculo dental y el daño que hace en los tejidos.

El siguiente paso del tratamiento fue la enseñanza de la técnica de bass de cepillado, para el control mecánico de la placa bacteriana, incluyendo el tipo de cepillo que debe usar y cada cuanto tiempo debe cambiarlo. También se le indicó que aumente la cantidad de veces que cepilla al día (cuatro veces al día), siendo las más importantes, antes de dormir y antes de desayunar. Y por último se recomendaron elementos de higiene auxiliares: hilo dental y los cepillos interdentales por los diastemas que presenta el paciente en entre caninos y premolares.

El control químico se realizó con buches con un colutorio con clorhexidina (plac-out), un antiséptico de 2da generación, que reduce la placa bacteriana en alto %, actúa tanto sobre la placa supra como subgingival y tiene alta sustentividad. Sin embargo se le indicó solo por dos semanas, ya que es muy potente y puede destruir no sólo las bacterias invasivas sino también la flora bacteriana de la cavidad del paciente, siendo vulnerable a otras infecciones como hongos, además de que produce manchas marrones en los dientes.



(Figura 9) Oclusión desde el lado derecho



(Figura 10) Oclusión desde el lado izquierdo

En la segunda sesión se comenzó con el tratamiento de raspaje y alisado con cavitador eléctrico y curetas, para remover el cálculo formado en los elementos, especialmente en los elementos anteriores, como se puede ver en las Figuras 9 y 10.

El raspaje es un paso fundamental en la terapia básica de la EP, y se trata de la eliminación de cálculo y sarro de la superficie dental coronaria hasta el epitelio de unión, abarcando tanto la corona como la raíz. El alisado busca eliminar las porciones de cemento infectado y cálculos restantes, dejando una superficie radicular lisa y limpia. Este paso continuó por dos sesiones más, eliminando la suficiente cantidad de sarro para poder continuar con la siguiente fase.

2. Fase Correctiva:

“Como la mayoría de las formas de enfermedad periodontal son trastornos relacionados con la placa bacteriana, el tratamiento periodontal quirúrgico está considerado como un auxiliar del tratamiento periodontal causal inicial” (Matos Cruz y Bascones-Martínez, 2011, párr 2).

Para cada caso se elige un procedimiento quirúrgico correctivo diferente y en este caso fue una cirugía de extracción para el elemento 31, que se encontraba en un estado irrecuperable por su grado III de movilidad y la grave pérdida de hueso, por lo que se indicó la extracción para luego reemplazarlo juntos con el 41 y el 47 con una prótesis removible.

Pero antes de realizar una exodoncia debemos tener en cuenta las complicaciones que se pueden presentar, y son las intraoperatorias y postoperatorias. Las primeras son imprevistos que ocurren dentro del quirófano por la condición sistémica del paciente, reacciones adversas a la anestesia o la técnica del cirujano. Y las postoperatorias ocurren ya finalizada la extracción manifestando presencia de infecciones, hemorragias, hematomas o edemas.

Por eso, tomamos en cuenta ciertas consideraciones pre y post operatorios, que nos ayudan a prevenir estas complicaciones, las preoperatorias son:

- Control de la glucemia: donde necesitamos la autorización escrita del médico de cabecera del paciente, que nos de permiso para realizar la cirugía y nos garantice que el paciente se encuentra con los valores de glucemia en su normalidad.
- Radiografías panorámicas y periapicales: Para corroborar el estado del diente que vamos a extraer, planear el procedimiento quirúrgico y tener una referencia del antes y después.
- Terapia profiláctica: “La terapia profiláctica se conceptualiza como la prescripción de antibióticos para prevenir el desarrollo de infecciones posquirúrgicas por una consecuencia local o sistémica”. (Cantos-Álvarez et al., 2022, p. 5)

EXODONCIA: El procedimiento se basó en una exodoncia simple, anestesiando la zona con la técnica fondo de surco para luego hacer aislamiento relativo de la pieza con gazas. Se procedió con la sindesmotomía para romper los tejidos de soporte del diente para finalmente con un forcep para incisivos inferiores retirar la pieza con movimientos de atrás para adelante. Una vez fuera la pieza, procedemos a hacer presión en las tablas alveolares para facilitar el cierre del alveolo, y finalizamos el procedimiento suturando para así proteger el coágulo y facilitar la cicatrización.



(Figura 11) Imagen del elemento extraído



(Figura 12) Imagen de tejidos suturados



(Figura 13) Elemento extraído comparado con el tamaño de un anestubo

Medicación e indicaciones post operatorias:

En este caso se le recetó amoxicilina 875 mg con ácido clavulánico 125 mg cada 12 horas por 5 días, comenzando a tomarlo a partir del domingo, para hacerle la exodoncia el miércoles y terminando su tratamiento antibiótico el día viernes. Ya que en este caso, el paciente presentaba todavía en los elementos vecinos cálculo remanente, y la técnica de cepillado del paciente no estaba del todo pulida por lo que se tuvo que proteger al paciente con antibióticos de infecciones postquirúrgicas. La amoxicilina es un betalactámico recomendado por su eficiente actividad contras las bacterias anaerobias.

Las indicaciones post-operatorias que se le dieron fueron: Continuar con la toma de los antibióticos hasta que se terminen para evitar la resistencia bacteriana y proteger al paciente de infecciones mientras cicatriza la herida. También se le indica al paciente que no debe hacer buches ni hacer succión, se le indica reposo y que por al menos un día no consuma alimentos muy calientes ni se exponga mucho al calor, ya que pueden interrumpir la formación del coágulo.



(Figura 14) Evidencia de la cicatrización de los tejidos luego de la extracción del elemento 31.

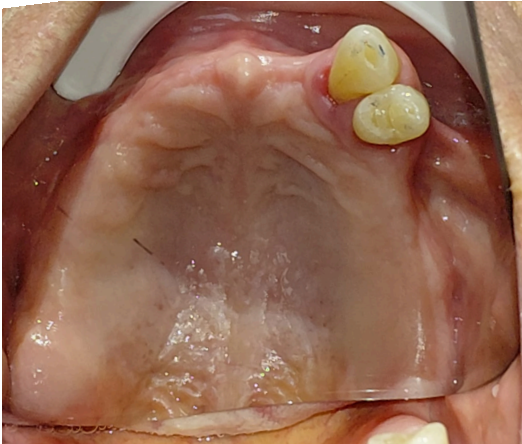
En conclusión podemos decir que teniendo en cuenta los datos obtenidos anteriormente; para el paciente diabetico es fundamental la administración de antibióticos de manera profiláctica para compensar el retraso marcado en la cicatrización producido por las microangiopatías que disminuyen la llegada de nutrientes, oxígeno y células que en definidas cuentas provocan un ambiente ideal para la proliferación de bacterias (sobre todo gram negativas).

También es importante sobre todo en casos de exodoncia donde es fundamental la síntesis de colágeno para la posterior formación del coágulo sanguíneo que sera el tapon necesario para cerrar el alveolo; los pacientes diabéticos y sobre todo los gerontes experimentan una síntesis reducida de colágeno lo que se ve reflejado en dificultades de diversos tipos a la hora de formar el coágulo, dejando al paciente vulnerable a infecciones. Relacionado con esto último se destaca la necesidad de realizar suturas en estos casos para favorecer de a la formación del coágulo o al menos a permitir la protección del mismo, favoreciendo así a la cicatrización de manera cruenta. Como resultado podemos ver una cicatrización satisfactoria de los tejidos a la semana de haber realizado la extracción, como se evidencia en la Figura 14.

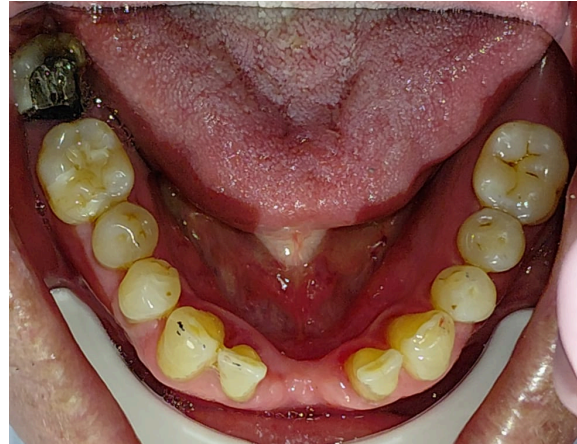
En las sesiones que le siguieron, se realizó control de la cicatrización y se continuó con la técnica de raspaje y alisado hasta eliminar por completo el cálculo intraradicular.

3. Fase de Rehabilitación:

Luego comenzó también el proceso de rehabilitación donde se le diseñó y entregó dos prótesis parciales removibles, una superior y otra inferior. (Figura 17, 18 y 19). Para de esta forma restaurar la anatomía, la estética y la función oral del paciente.



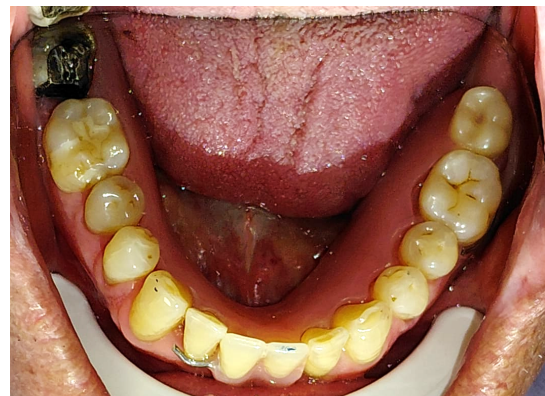
(Figura 15) Foto oclusal del maxilar superior sin prótesis



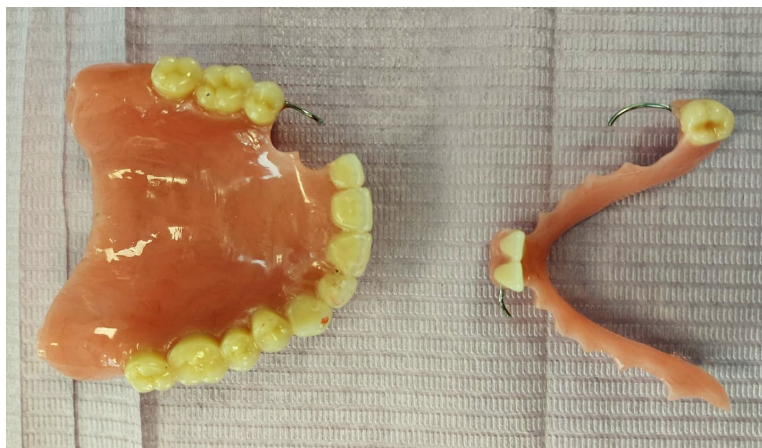
(Figura 16) Foto oclusal del maxilar inferior sin prótesis



(Figura 17) Prótesis parcial superior en boca



(Figura 18) Prótesis parcial inferior en boca



(Figura 19) Prótesis Parcial Superior e Inferior

4. Fase de Mantenimiento y Pronóstico:

Esta fase trata de preservar los resultados obtenidos en las fases anteriores, y para esto es fundamental que el paciente sea capaz de mantener el control de placa bacteriana por su cuenta, pero también es necesario que el paciente siga viniendo al consultorio para controlar su estado de salud, según como vaya avanzando a nuestro favor, se reducirá la frecuencia de las sesiones. En la última sesión en la que se atendió al paciente se le volvió a hacer la ficha periodontal para poder analizar los datos y determinar el pronóstico y grupo de riesgo del paciente, para así poder definir el tipo de mantenimiento que se realizará en el paciente.

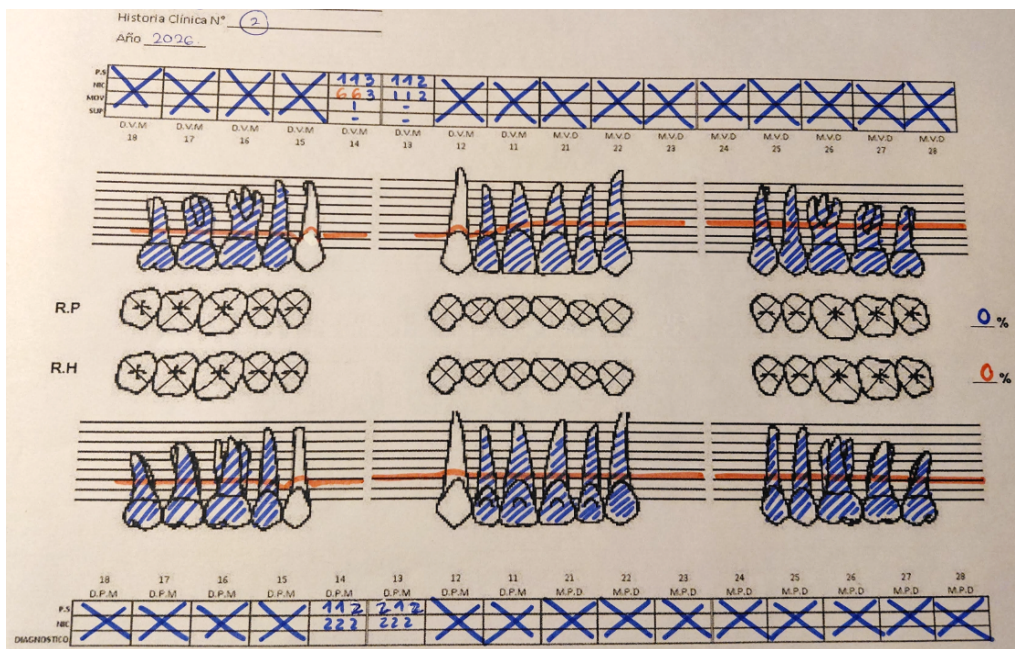


Figura 20 (Ficha periodontal Final - Maxilar Superior)

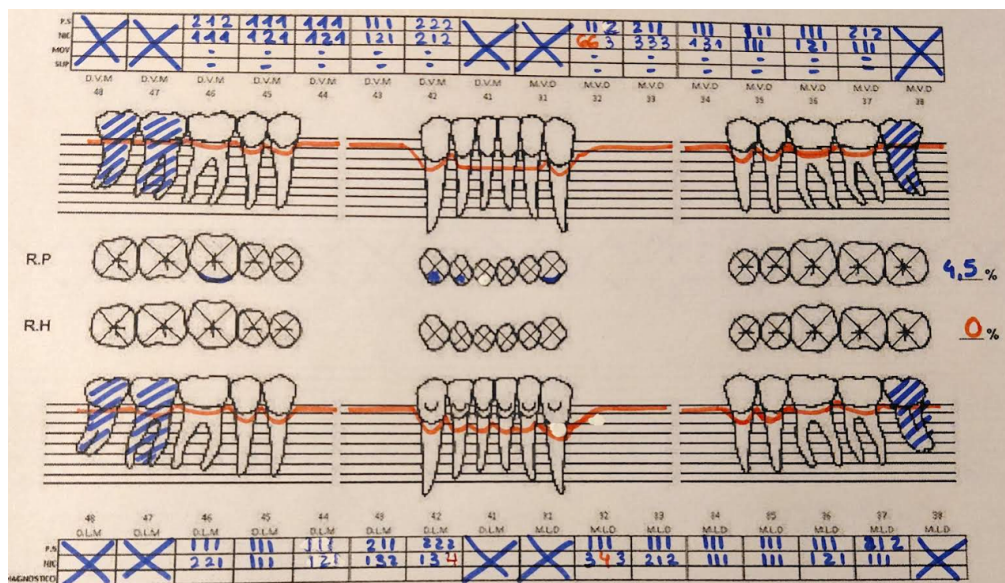


Figura 21 (Ficha periodontal Final - Maxilar Inferior)

En maxilar superior (Figura 29), se anotó:

- Nivel de Inserción:
 - Elemento 13: 1 mm por vestibular, distal y palatino, 2 mm mesial.
 - Elemento 14: 3 mm por mesia y 6 mm por vestibular y distal.
- Profundidad de sondaje:
 - Elemento 13: 2 mm por mesial y distal, 1 mm por vestibular y 2 en palatino.
 - Elemento 14: 1 mm por distal y vestibular, 3 mm por mesial y 2 en palatino.
- Registro de placa y registro de hemorragia: 0%
- Movilidad: grado I en elemento 14.

En maxilar inferior (Figura 21), se anotó:

- Nivel de Inserción:
 - Elemento 32: 6 mm vestibular y mesial, 3 mm por distal y 4 mm por lingual.
 - Elemento 33: 3 mm por vestibular, distal y mesial, 1 por lingual.
 - Elemento 34: 3 mm por vestibular, 1 mm por distal, mesial y lingual.
 - Elemento 35: 1 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 36: 2 mm por vestibular y lingual, 1 mm por mesial y distal.
 - Elemento 37: 1 mm por vestibular, lingual, mesial y distal.
 - Elemento 42: 1 mm por vestibular, 2 por mesial y distal y 3 por lingual.
 - Elemento 43: 1 mm por distal y mesial, 2 mm por lingual y vestibular.
 - Elemento 44: 1 mm por distal y mesial, 2 mm por lingual y vestibular.
 - Elemento 45: 1 mm por distal, mesial y lingual, 2 mm por vestibular.
 - Elemento 46: 1 mm por vestibular, mesial y distal, y 2 por lingual.
- Profundidad de sondaje:
 - Elemento 32: 1 mm por vestibular, lingual y mesial, y 2 mm por distal.
 - Elemento 33: 1 mm por vestibular, distal y lingual, y 2 mm por mesial.
 - Elemento 34: 1 mm por vestibular, distal, mesial y lingual.
 - Elemento 35: 1 mm por vestibular, distal, mesial y lingual.
 - Elemento 36: 1 mm por vestibular, distal, mesial y lingual.
 - Elemento 37: 1 mm por vestibular y lingual, 2 mm por mesial y distal.
 - Elemento 42: 2 mm por vestibular, mesial, distal y lingual.
 - Elemento 43: 1 mm por vestibular, mesial, distal y lingual.
 - Elemento 44: 1 mm por vestibular, mesial, distal y lingual.
 - Elemento 45: 1 mm por vestibular, mesial, distal y lingual.
 - Elemento 46: 1 mm por vestibular, 2 mm por mesial, distal y lingual.
- Registro de placa de 100% y de hemorragia de 0%
- Movilidad: grado II en elemento 32.

Como podemos observar, las cifras de la profundidad de sondaje se redujeron significativamente al finalizar el tratamiento, sobre todo en los elementos del maxilar inferior al haberse curado la inflamación de los tejidos.

El nivel de inserción, cambió en el sector posterior, donde la recesión de encía no está tan marcada y la pérdida de hueso no era grave, pero en el sector anterior se mantuvo con casi los mismos valores, con algunos disminuidos. Lo cual indica que durante el tratamiento, y unas semanas después cuando se realizó el control, los tejidos se han mantenido en buen estado y no ha avanzado su destrucción.

También ha bajado el porcentaje del registro de placa bacteriana, tanto en los elementos del maxilar superior como inferior, y no hay registro de supuración ni hemorragia. Donde más se concentra la placa bacteriana es en el sector por distal, por lo que en la sesión, se hizo repaso de la técnica de cepillado y se removió con el cavitador.

PRONOSTICO: Entre los factores que condicionan el pronóstico del paciente, tenemos:

Factores Generales:

- Edad: El paciente pertenece a la clasificación de paciente geronte, y cómo se desarrolló con anterioridad, presenta ciertas alteraciones en los tejidos que forman al elemento dentario, destacando el estrechamiento de la cámara pulpar, que disminuye la sensibilidad y vascularización del elemento, volviéndolo vulnerable.
- Visitas periódicas al odontólogo: Si bien el paciente no fue a ningún control odontológico antes de presentarse en nuestra clínica, siempre que se lo citó, se presentó de manera puntual, lo que muestra una actitud colaboradora.
- Tabaquismo: El paciente no es fumador, por lo que este factor queda descartado.
- Motivación del paciente: El paciente mostró colaboración e interés en cada sesión y se mostró una mejora muy marcada en la técnica de cepillado con el tiempo.
- Estado general del paciente: El paciente presenta Diabetes Mellitus por lo que como se presentó en apartados anteriores, es un paciente de riesgo a la enfermedad periodontal.

Factores Locales:

- Presencia de bolsa activa o no: Las bolsas activas son las que presentan hemorragia y el paciente no presentó en ningún momento hemorragia al sondaje.
- Grado de pérdida de inserción: El paciente presenta en varios elementos una partida de inserción de 3mm hasta 6mm, como se expone en la Figura 20 y 21.

- Anatomía dentaria: Muchas veces la anatomía condiciona la retención de placa, factor causal de la enfermedad periodontal, pero en este caso la anatomía de los dientes no llama significativamente la atención.
- Movilidad dentaria: Presentó en la primera sesión un elemento con movilidad grado 1 (elemento 14), grado 2 (elemento 32) y grado 3 (elemento 31).
- Restauraciones desbordantes: No presenta restauraciones desbordantes que retienen placa bacteriana.
- Pérdida ósea vertical-horizontal: Vemos pérdida de hueso horizontal de más de un tercio de la raíz de los elementos 13, 14, 34, 35, 44 y 45 y pérdida de hueso vertical en los elementos 31, 32, 33, 42 y 43.
- Anomalía de posición y trauma oclusal: No hay anomalías ni traumatismos visibles.

Esto nos hace determinar que el pronóstico del paciente en el elemento 31 era COMPLICADO, por lo que se le indicó la extracción y reemplazo con una prótesis, y en el resto de los elementos el pronóstico es RESERVADO.

MANTENIMIENTO: Tenemos que analizar el riesgo del paciente y para esto tenemos en cuenta tres parámetros: el riesgo de paciente, el riesgo de localización y el riesgo de diente. Para cada uno analizamos una serie de puntos de manera individual, donde si la mayoría son de riesgo bajo, el paciente posee un bajo riesgo de infección, si el resultado es inverso, posee un riesgo alto de infección, y si posee solo uno de los parámetros en la categoría de riesgo alto, pertenece al grupo de riesgo moderado.

Riesgo del paciente:

- Porcentaje de localizaciones con sangrado al sondaje: No hay sangrado.
- Prevalencia de bolsas residuales > 4 mm: Tiene tres elementos con bolsas residuales de 4 mm, pertenece a la categoría de riesgo moderado. “Se ha mostrado en distintos estudios que las bolsas profundas residuales están asociadas con un mayor riesgo de desarrollo de pérdida de inserción adicional, puesto que son nichos que son más fácilmente recolonizables por las bacterias”. (Sanz-Sánchez y Bascones-Martínez, 2017, sección Discusión, apartado 3, subapartado a, viñeta 2).
- Pérdida de dientes de un total de 28: Al haber perdido tantos elementos en el maxilar superior, con solo dos elementos restantes, y tres elementos perdidos en el maxilar inferior, este apartado pertenece a la categoría de alto riesgo.
- Pérdida de inserción en función de la edad: El paciente tiene 73 años y hay una notable pérdida de hueso, sin embargo esto parece haber sucedido en proceso crónico, de manera lenta, indicando que este apartado es de riesgo bajo, sin embargo se debe monitorizar la actividad para controlar que no empeore el cuadro.

- Condiciones sistémicas: El paciente tiene DM tipo II pero está compensado, y hace controles regulares, por lo que pertenece al grupo de riesgo moderado.
- Tabaco: El paciente no es fumador, así que es de riesgo bajo. Pero si lo fue hace 25 años, esto podría explicar el porqué de tantos elementos perdidos en el pasado.

Riesgo del diente:

- Posición en la arcada: El paciente no tiene apiñamiento, por lo que este apartado es de riesgo bajo.
- Afectación de furca: No presenta exposición de la furca por lo es de riesgo bajo.
- Factores iatrogénicos: Aquí entran las restauraciones previas desbordadas supra o infragíngivas, que son un factor de riesgo por retener placa bacteriana. El paciente entra en el grupo de bajo riesgo, no presenta restauraciones desbordadas.
- Inserción residual: El paciente tiene pérdida de hueso horizontal de 2 mm en los dientes del maxilar inferior, y pérdida completa del hueso en la zona donde estaban los dientes 31 y 41, siendo así de riesgo alto este apartado.
- Movilidad: Presenta con dos elementos en boca con movilidad, uno con movilidad grado I y grado II, podemos decir que es de riesgo moderado.

Riesgo de la localización: “El análisis del riesgo de la localización puede ser útil para determinar la presencia de enfermedad periodontal activa y valorar el estado de salud o inflamación de los tejidos. Además, resulta esencial para determinar las localizaciones que hemos de instrumentar durante la terapia de mantenimiento” (Sanz-Sánchez y Bascones-Martínez, 2017, sección Discusión, apartado 3, subapartado c, párr. 1).

- Sangrado al sondaje: El paciente no presenta sangrado por lo que es de riesgo bajo.
- Profundidad de sondaje y pérdida de inserción: Es de riesgo moderado, la profundidad de sondaje es de 2 a 3 mm, en la mayoría de los elementos.
- Supuración: No hay supuración por lo que es de riesgo bajo.

Toda esta información hace que el paciente entre en la categoría de RIESGO MODERADO, por lo que nos confirma que el paciente debe seguir presentándose al consultorio para mantener la salud periodontal, ya que si bien se le brindó un tratamiento eficiente, la motricidad del paciente le impide cepillarse cada zona de los elementos con la total y completa remoción de la placa bacteriana.

Además de que por su cuadro de diabetes, se lo considera un paciente de riesgo moderado, haciendo que el paciente continúe yendo al consultorio para una limpieza, al menos una vez cada 6 meses para que de esta manera se pueda remover la placa bacteriana que acumula.

Como conclusión, el paciente pertenece al grupo de riesgo moderado con un pronóstico reservado en los elementos remanentes de la cavidad bucal. La inflamación bajó significativamente, no hay sangrado, y la placa bacteriana, con las sesiones de limpieza y la colaboración del paciente poco a poco fue disminuyendo su aparición con el tiempo.

Además de que se logró detener el progreso de la destrucción de hueso alveolar, tanto con la eliminación de la placa bacteriana como con la nueva prótesis dentaria, que al estar bien adaptada a los tejidos orales del paciente, el paciente pudo recobrar la comodidad y su función oral de manera exitosa.

Sin embargo, el paciente se tendrá que seguir presentando al consultorio cada 6 meses para corroborar el estado de salud de los tejidos, ya que sigue siendo un paciente con riesgo de retención de placa y con ella, de que la enfermedad periodontal regrese. Es un caso donde dar el alta no significa dejar de atenderlo, sino que deben repetirse las sesiones de manera periódica para de esta manera prevenir la pérdida de más elementos por la enfermedad enfermedad periodontal que es agravada por la diabetes mellitus.



(Figura 22) Fotografía final de los tejidos orales del paciente



(Fotografía 23) Fotografía final con la prótesis en boca

DISCUSIÓN

En este caso el desarrollo del tratamiento se realizó en varios meses, con resultados satisfactorios, aunque de todas formas por tener diabetes, tiene que seguir concurriendo al consultorio por lo menos dos veces al año para poder así controlar su salud bucal y que no vaya a empeorar. Ya que aunque el paciente regule su enfermedad de base con medicamentos recetados y con visitas a su médico de cabecera, la salud oral es igual de importante de mantener.

Otros tratamientos que se debatieron fueron:

- La extracción del elemento 32, que presentaba movilidad grado 2 y pérdida de hueso alveolar vertical por distal, sin embargo se descartó ya que el pronóstico del elemento por sí solo no, era reservado, y se pensó que era lo mejor hacer las intervenciones quirúrgicas mínimas y dispensables, al ser un paciente que tiene retrasos en la cicatrización por la diabetes. Por lo tanto, se buscó cuidar y supervisar la salud de ese diente y de sus tejidos de soporte con limpiezas en el consultorio y con la técnica de cepillado del paciente, para que el diente permanezca en boca el mayor tiempo posible.
- El reemplazo de la amalgama en el elemento 37, porque a primera vista el diente se veía muy pigmentado por la propia amalgama, pero al no estar desbordada, ni retener placa, ni causar incomodidades al paciente, se descartó este paso. También se pensó en la extracción de este elemento, pero como usamos la técnica de mínima invasión, así como también porque el propio paciente pidió no quitárselo y además porque corríamos el riesgo de perder un pilar retenedor de la prótesis que se iba a diseñar más adelante, se descarto.

La justificación en la elección de tratamiento, específicamente la terapia periodontal, que si bien duró un buen tiempo, se realizó con la idea de concientizar al paciente sobre la importancia de cuidar su propia higiene oral. En su caso, la enfermedad no apareció de manera repentina, sino que fue creciendo de a poco con el tiempo, llevando así a la destrucción de los tejidos. Por eso nosotros combatimos la enfermedad también paso a paso, para que de esta manera no sólo logremos que el paciente se vaya del consultorio con su boca sana, sino que también pueda mantener esa salud en los próximos meses y hasta años.

El trabajo en el consultorio no es solamente curar la enfermedad sino también prevenir que se vuelva a desarrollar en el futuro, para que de esta manera pueda el paciente vivir su día a día sin el riesgo de volver a sufrir la pérdida de sus tejidos.

CONCLUSIONES

La relación bidireccional entre estas enfermedades se demuestra en el caso expuesto, donde se puede observar que la Diabetes Mellitus, aun estado compensada y bajo control médico, terminó afectando en la pérdida significativa de elementos dentarios, siendo tres elementos en el maxilar inferior, y de casi la totalidad de elementos en el maxilar superior, quedando solo dos restantes. Asimismo se observó cómo afectó considerablemente a los tejidos de inserción y protección, siendo el diagnóstico: Periodontitis Crónica Complicada.

Durante su atención se le fue instruyendo una mejor técnica de cepillado, acompañada de una terapia periodontal donde se le realizó en cada sesión un tratamiento de raspaje y alisado hasta eliminar por completo el cálculo infragingival. Lo que dio como resultado la disminución de la inflamación en las encías, eliminación del cálculo, elementos dentarios con superficies lisas y libres de zonas retentivas de placa y se finalizó con la entrega de dos prótesis parciales removibles (una superior y otra inferior), devolviendo así la armonía estética y mecánica al aparato estomatognático del paciente.

Si bien el paciente ya fue dado de alta, sigue siendo importante su control en el consultorio odontológico, ya que por su edad, presenta dificultades motrices para hacer el cepillado de manera completamente satisfactoria, además de que sigue siendo un paciente con mayor predisposición a las infecciones orales por la Diabetes Mellitus (aunque esté compensado), y el darle una prótesis que tiene como retenedores ganchos metálicos, que pueden ser factores retentivos de placa.

Todo esto evidencia que los pacientes deben hacerse controles de la salud bucal con la misma rigurosidad que los de salud general, debe siempre haber un balance entre ambos, para de esta manera lograr que el paciente tenga una vida cómoda y satisfactoria.

Aunque nosotros también, como profesionales de la salud, en cada consulta que tenemos con los pacientes, debemos hacer especial atención en los detalles que nos va dando el paciente durante la historia clínica, para poder ofrecerle una atención lo más completa posible. A veces nos pueden tocar pacientes que son ignorantes de su salud general, teniendo que ser nosotros los que estemos atentos a los signos y síntomas que presentan y advertirles de la importancia de los controles de salud sistémica.

Por eso se resalta tanto la relación bidireccional entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal, una puede desencadenar a la otra y viceversa, poniendo en peligro la vida del paciente y complicando nuestro desempeño en el consultorio. Es importante que en el consultorio, no se trate solamente el síntoma de una enfermedad sino el total, para que el paciente pueda volver a su rutina con el menor riesgo de que la enfermedad se desarrolle.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bascones Martínez, A., & Figuero Ruiz, E. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 17(3), 147-156.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000300004
- Belén Cantos-Álvarez, José Aguilar-Maldonado & Cristina Crespo-Crespo. Protocolo de atención en cirugía de terceros molares en pacientes diabéticos: revisión bibliográfica. *Odontol. Sanmarquina*, 25(4): e 23837.
https://mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=38afecb7df&attid=0.6&permmsgid=msg-f:1858126258358838432&th=19c963fcb94de4a0&view=att&disp=inline&realattid=f_mm2f50ud5&zw&acrobatPromotionSource=gmail_chrome-card
- Cometti, J. C. y Martínez, M. A. (2021). Manejo odontológico del paciente diabético. Revisión narrativa. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*, 109(1).
https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_fulltext?t=80&d=manejo_odontol%C3%B3gico_del_paciente_diab%C3%A9tico_revisi%C3%B3n_narrativa&volumen=109&numero=1/
- Corona Carpio, M. H., & Corona Carpio, M. H. (2024). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *MEDISAN*, 28(3), Artículo e4817.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000300013&lang=es
- Ingrid González Arteta y Dayana Arroyo- Carrascal (2019) Diabetes mellitus, manifestaciones en cavidad oral. Una revisión del tema. *Revista Médica de Risaralda*, 25(2), 105-115.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000200105
- Matos Cruz, R., & Bascones-Martínez, A. (2011). Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos. Consideraciones. Procedimientos. Técnicas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 23(3), 155-170.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000300002&lang=pt
- Martha Zurina Masó Galán & Antonio Díaz Machado. (2024) Enfoque integral de las manifestaciones de la diabetes mellitus en la salud bucal. *MEDISAN*, 28(3), e4988.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192024000300013&lang=es
- Melanie Elaine Moreira Cevallos, Shirley Ximena Arteaga Espinoza, María Andreina Vizuetta Garcés y María Teresa Restrepo Escudero (2025). Importancia del control glucémico en la atención odontológica. Revisión de Literatura. *REVISTA ODONTOLOGÍA*.
https://mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=38afecb7df&attid=0.2&permmsgid=msg-f:1858126258358838432&th=19c963fcb94de4a0&view=att&disp=inline&realattid=f_mm2f50tn1&zw&acrobatPromotionSource=gmail_chrome-card
- Sanz-Sánchez, I., & Bascones-Martínez, A. (2017). Terapéutica periodontal de mantenimiento. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 29(1), 11-19.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852017000100002&lang=es