



Cristina Serrano Sánchez-Rey

Lda. en Odontología y Máster en Periodoncia por la U.C.M.
Secretaria del Grupo de Trabajo de SED-SEPA Diabetes y Enfermedad Periodontal

Juan Gorbés Borrás

Especialista en Endocrinología. Coordinador del Grupo de Trabajo de SED-SEPA Diabetes y Enfermedad Periodontal



¿Cuál es el papel del equipo de salud bucodental a la hora de prevenir la diabetes?

En los últimos años se está hablando mucho de la posibilidad de que la clínica dental pueda ser un punto de cuidado de diabetes. ¿Qué quiere decir esto? Que podría convertirse, por un lado, en un lugar en el que potencialmente se podría colaborar con los profesionales médicos en la detección precoz de personas que presentan prediabetes o diabetes y lo desconocen; y por otro lado, en un lugar en el que se cuida al paciente con diabetes diagnosticada, con el objetivo de influir en el mantenimiento del control de la glucemia y en la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes, como las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la nefropatía diabética.

La clínica dental podría ser ese punto de cuidado por varios motivos^{1,2}, y uno de los más importantes es que en ella se revisa a los pacientes con periodicidad, sobre todo a los pacientes con enfermedades periodontales. El paciente está más acostumbrado a ir periódicamente al dentista que al médico. Si el equipo de salud oral ha conseguido motivar adecuadamente al paciente con periodontitis, éste acude a sus citas de mantenimiento periodontal cada 3-6 meses, mientras que no acude con frecuencia al médico de familia si piensa que no está enfermo.

Además, muchas enfermedades son silentes, sobre todo los primeros años. Estamos hablando no solo de diabetes, sino también de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc. por lo que el paciente puede padecer alguno de estos problemas y, sin embargo, pensar que está sano.

Además, muchos fuman, y a pesar de que sepan que no es un hábito saludable, por sí solos no son capaces de dejarlo. Necesitan información y motivación reiterativa.

Diabetes y periodontitis son dos enfermedades crónicas, inflamatorias y muy frecuentes, que aumentan su prevalencia a medida que va aumentando la edad. Existe entre ellas una relación de tipo bidireccional³, de manera que un paciente con diabetes va a tener un riesgo más alto de sufrir periodontitis y de que sea más grave y progrese más rápidamente. A su vez, un paciente con periodontitis va a tener más riesgo de que a lo largo de su vida desarrolle diabetes y va a tener también una mayor predisposición a que se des controle la glucemia y a sufrir complicaciones asociadas a la diabetes, como las enfermedades cardiovasculares o incluso la muerte, comparado con el paciente con diabetes y sin periodontitis.

Pero, por otro lado, se ha demostrado que el tratamiento eficaz de la periodontitis tiene la capacidad, no solo de mejorar los parámetros infecciosos e inflamatorios en la encía, sino también a nivel general, lo que puede reducir el porcentaje de he-

moglobina glicosilada, en unos rangos que oscilan entre 0,3-0,6%^{3,4}, lo que equivaldría a la utilización de un segundo fármaco hipoglucemiante. Esto es muy importante si tenemos en cuenta que, según los estudios, una reducción de la hemoglobina glicosilada del 0,2% está asociada a una reducción del 10% en la mortalidad¹.

Si tenemos en cuenta todo esto, la labor del equipo dental en la prevención, tanto de diabetes como de complicaciones asociadas a la diabetes, sería de suma importancia.

Por tanto, teniendo en mente el objetivo de colaborar en la prevención de la diabetes, el equipo de salud dental puede realizar diferentes acciones en función del tipo de paciente.

ACCIONES ENFOCADAS A TODOS LOS PACIENTES

Una de las misiones más importantes del equipo de salud bucodental es la educación en salud, que es una forma de prevención primaria que intenta evitar que se produzca la enfermedad. Va encaminada, por un lado, a la enseñanza de técnicas adecuadas de higiene oral, dental e interdental, pero además a la información sobre la relación existente entre salud oral y sistémica y en particular sobre salud oral y diabetes.

El equipo de salud oral puede ofrecer, asimismo, información sobre hábitos saludables, de manera que puede informar sobre la relación existente entre azúcares refinados y caries dental o gingivitis. En ese sentido, puede recomendar, en general a todos los pacientes, que reduzcan la ingesta diaria de azúcares refinados a 50 g/día, lo que puede reducir, por un lado, el riesgo de caries⁵, pero también tendría repercusión en la reducción, tanto de la obesidad, como de la resistencia a la insulina producida por el exceso de azúcar, lo que puede ayudar a prevenir diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Otra función preventiva muy importante >>

» de dentistas e higienistas está relacionada con la información a niños y adolescentes de los aspectos nocivos del hábito del tabaco antes de que empiecen a fumar, ya que sabemos que es el factor de riesgo más importante de periodontitis, pero también de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

ACCIONES ENCAMINADAS A LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

Muchos de nuestros pacientes no tienen diabetes diagnosticada, pero sí que tienen una serie de factores de riesgo sobre los que tenemos que estar pendientes, como por ejemplo cuando son mayores de 40-45 años, con sobrepeso, con antecedentes familiares de diabetes y que además hace más de un año que no han ido al médico... De todos los factores de riesgo que pueden tener, algunos no son modificables, como los antecedentes genéticos, pero existen una serie de factores de riesgo de diabetes que son modificables: la existencia de prediabetes (o como dice el paciente, el azúcar en el límite o un poco alto), el sobrepeso/obesidad, sobre todo con perímetro de la cintura elevado, la hipertensión arterial por encima de 140/90, la elevación de lípidos (colesterol total y triglicéridos, sobre todo si el HDL está bajo) y el tabaco.

Muchos de estos factores de riesgo son comunes también a la periodontitis¹ y su modificación es parte integrante del tratamiento periodontal. Por tanto, dicha modificación de hábitos puede ser una oportunidad para controlar no solo los factores relacionados con la enfermedad oral, sino para actuar también previniendo otro tipo de enfermedades, como la diabetes.

Por tanto, el equipo de salud oral está en una situación clave en la que puede ofrecer educación a estos pacientes⁶. En este caso, no hablamos de prevención primaria, sino de prevención secundaria o terciaria, porque ya existe enfermedad oral. Suelen ser adultos que ya tienen problemas periodontales, que se han cuidado poco durante años, que tienen pocos conocimientos en

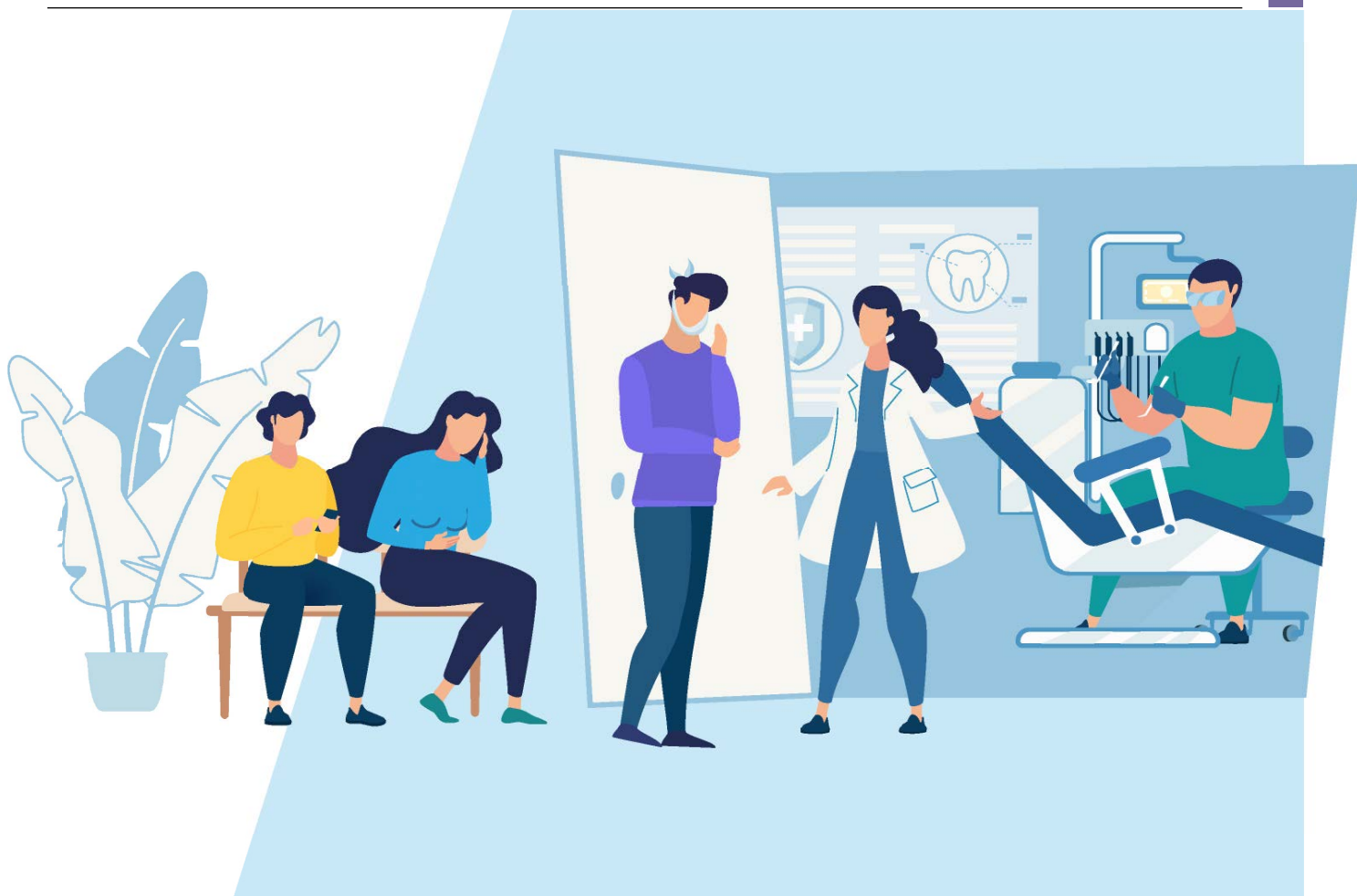
salud y necesitan conocer en profundidad la enfermedad que tienen, es decir, que las bacterias del *biofilm* de la placa son la causa primaria de su periodontitis, y cuál es su tratamiento, pero también que la velocidad de progresión de la enfermedad se va a ver influida por una serie de factores de riesgo que hay que identificar e intentar controlar.

En este sentido, los pacientes que tienen una **dieta rica en azúcares refinados y grasas saturadas**, considerados alimentos pro-inflamatorios, deben conocer que aparte de un mayor riesgo de caries, puede predisponer también a una mayor inflamación de las encías, por lo que se les puede recomendar que reduzcan su ingesta de azúcares, así como que aumenten la de frutas y vegetales frescos⁷, lo que puede mejorar su respuesta al tratamiento periodontal y por supuesto, es un factor muy importante en la prevención de la diabetes.

Los estudios indican que las personas con **sobrepeso u obesidad**⁸ tienen el doble de riesgo de sufrir periodontitis, por tanto, el consejo nutricional sobre obesidad está justificado en la práctica dental, y debería realizarse en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y nutricionistas, especialmente si el paciente tiene riesgo de diabetes o enfermedad cardiovascular.

Existe evidencia epidemiológica que sugiere que las personas con **síndrome metabólico**⁹ tienen más predisposición a periodontitis. En cuanto a los signos asociados, como la hipertensión o la elevación de lípidos en sangre, existen ya estudios de intervención en los que se observa que tras el tratamiento periodontal se puede producir una reducción de ciertos parámetros sanguíneos relacionados, como son la proteína C reactiva, la tensión arterial, el colesterol total o los triglicéridos, por lo que se sugiere que el tratamiento periodontal podría tener potencial para mejorar algunas de las anomalías relacionadas con este síndrome.

Respecto a los fumadores, los dentistas tienen la oportunidad de motivarles para



que cesen en el **hábito tabáquico**, al poder enseñarles en su propia boca, las alteraciones que pueden estar asociadas al tabaco, como son la periodontitis, recesiones gingivales, los fracasos que pueden producirse tras la colocación de implantes, o las lesiones premalignas, como las leucoplasias, que pueden evolucionar, incluso a cáncer oral. Tratar la dependencia del tabaco es parte importante en el manejo de las enfermedades orales. Por tanto, el consejo para que se abandone dicho hábito va a ser crítico para su salud oral y por supuesto, para el resto de su salud. Además, se ha demostrado que a más clínicos implicados en el consejo sobre cesación tabáquica, más fácil es que el paciente deje de fumar. Los fumadores que reciben consejos de cómo dejar de fumar, consiguen dejarlo 2-3 veces más que los que no los reciben. Por otro lado, el seguimiento del paciente en su intento de dejar de fumar puede incorporarse sin problema en la rutina de las visitas de mantenimiento periodontal.

Otro factor de riesgo de diabetes es la **periodontitis**. Los pacientes con periodonti-

EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PUEDE MEJORAR LOS VALORES DE GLUCEMIA Y PREVENIR EL DESARROLLO DE UNA DIABETES

tis avanzada tienen una tendencia a tener la hemoglobina glicosilada más alta que los pacientes sin periodontitis, y de sufrir incidencia de diabetes en los siguientes años^{3,4}. Por tanto, el tratamiento adecuado de la enfermedad periodontal puede mejorar los valores de glucemia y prevenir el desarrollo de una diabetes.

Cuando hablamos de educación al paciente para conseguir que modifique sus hábitos y factores de riesgo, hay que decir que los efectos positivos de estas intervenciones duran poco, ya que se consigue una motivación a corto o medio plazo. Es necesario reforzar constantemente esos hábitos, algo que el equipo de salud oral tiene la oportunidad de realizar aprovechando las revisiones periódicas del paciente^{1,10}. >>



EL DENTISTA TAMBIÉN ESTARÁ PENDIENTE DE OTRAS ALTERACIONES BUCALES ASOCIADAS A LA DIABETES

» Al registrar los factores de riesgo del paciente en la historia médica, en la clínica dental se puede, además, cuantificar el riesgo de diabetes¹¹ mediante la utilización de un **cuestionario** basado en las recomendaciones de la Federación Internacional de diabetes, como es el **FIND RISK**. Una vez relleno, si se observa un riesgo moderado o alto de tener o desarrollar diabetes en un futuro, se debe remitir al paciente al médico de familia, para que le realice las pruebas pertinentes que descarten o confirmen una posible diabetes o prediabetes. Además, se puede determinar en el propio gabinete dental, mediante la obtención de sangre por punción capilar, tanto la glucosa como la hemoglobina glicosilada, siendo más fiable el resultado de ésta última, ya

que registra el nivel medio de glucosa adherida a la hemoglobina de los hemátiles durante su vida media, que es de 90-120 días. Una hemoglobina glicosilada $\geq 5,7\%$ es otro parámetro más a la hora de sospechar una alteración de la glucemia.

ACCIONES ENCAMINADAS A LOS PACIENTES CON DIABETES DIAGNOSTICADA

Al paciente que viene por primera vez a la consulta con diabetes diagnosticada, se le va a realizar una historia médica completa en la que se tomarán datos sobre los años que lleva con diabetes, la medicación que toma, cuál es el control de la glucemia (se registrará la hemoglobina glicosilada) y si presenta algún tipo de complicación asociada a la diabetes.

A continuación, se le realizará una exploración periodontal completa. Si el paciente no presenta enfermedad periodontal, se le explicará que, por el hecho de tener diabetes, va a tener una mayor predisposición a gingivitis y periodontitis y que por tanto es necesario que tenga una higiene dental e interdental excelente (se le enseñará a realizarla correctamente) y será necesario establecer un programa preventivo de limpiezas dentarias para evitar su aparición, al menos una vez al año.

Si existe **periodontitis**, el riesgo de que se des controle la glucemia y de tener, en el futuro, complicaciones asociadas a la diabetes, es mayor, por lo que es necesario controlar dicha periodontitis mediante un tratamiento consistente en una técnica correcta de higiene oral y en raspado y alisado de las superficies radiculares bajo la encía. Este tratamiento es importante realizarlo exista o no exista buen control de la glucemia, porque se ha demostrado que la eliminación de la infección y la inflamación gingival va a ayudar a controlar la glucemia, reduciendo, como ya hemos mencionado anteriormente, el porcentaje de hemoglobina glicosilada.

Los tratamientos de cirugía periodontal y de implantes dentales están indicados siempre y cuando exista un control adecuado de la glucemia. En caso contrario, deben evitarse, ya que la cicatrización se verá perjudicada y habrá mayor riesgo de infección.

Es muy importante que los dientes que haya perdido el paciente, bien por caries o por enfermedad periodontal, una vez haya sido controlada la infección, sean repuestos, con el objetivo de que el paciente pueda tener una mastificación adecuada, y, por consiguiente, una buena nutrición, fundamental en el caso de la diabetes.

El dentista también estará pendiente de otras alteraciones bucales asociadas a la diabetes, como la sequedad bucal, que se relaciona con la hiperglucemia y con algunos tratamientos y el síndrome de boca ardiente, recomendando al paciente las acciones pertinentes para mejorar su calidad de vida.

Todos los pacientes con diabetes recibirán un régimen personalizado de higiene oral y un asesoramiento individualizado en función de los factores de riesgo que presenten.

EL EQUIPO DE SALUD ORAL PUEDE COLABORAR CON EL MÉDICO EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO O PROGRESIÓN DE DIABETES

Los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 deben ser revisados y explorados al menos una vez al año para prevenir la aparición de enfermedades periodontales.

Y es fundamental que el paciente comprenda, que los pacientes con diabetes y periodontitis van a necesitar cuidados orales durante toda la vida.

En conclusión, el equipo de salud oral puede colaborar con el médico en la prevención del desarrollo o progresión de diabetes mediante el mantenimiento de la salud oral, promoviendo estilos de vida saludables y mediante la utilización en la clínica de dispositivos integrados de cuidados médico-dentales, siendo el paciente el mayor beneficiado, con mejoras en su salud y calidad de vida. **D**

BIBLIOGRAFÍA

- Genco RJ, Genco FD. Common risk factors in the management of periodontal and associated systemic diseases: the dental setting and interprofessional collaboration. *Journal of Evidence-Based Dental Practice* 2014; 14 Suppl: 4-16
- Carasol M, Argibay O y Lorente, A. Valoración en la consulta dental de riesgo cardiovascular y diabetes no diagnosticada: ayudando a nuestros pacientes. *Gaceta Dental* 2020; 321:56-73.
- Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M and cols. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018 Mar; 137:231-41.
- Graziani F, Gennai S, Solini A and Petrini M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes. An update of the EFP.AAP review. *J Clin Periodontol.* 2018 Feb; 45(2):167-87.
- Moynihan PJ and Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res.* 2014 Jan; 93(1):8-18.
- Albano MG, d'Ivernois JF, de Andrade V and Levy G. Patient education in dental medicine: A review of the literature. *Eur J Dent Educ.* 2019 May; 23(2):110-8.
- Woelber JP, Gärtner M, Breuninger L and cols. The influence of an anti-inflammatory diet on gingivitis. A randomized controlled trial. *J Clin Periodontol.* 2019 Apr; 46(4): 481-90.
- Suvan JE, Finer N and D'Aiuto F. Periodontal complications with obesity. *Periodontology* 2000. 2018 Oct; 78(1):98-128.
- Montero E, Carasol M, Fernández-Meseguer A and cols. *Clin Oral Investig.* "Prediabetes and diabetes prevalence in the Worker's Oral Health Study" .2019 Dec; 23(12):4233-41.
- Glurich I, Nycz C and Acharya A. Status update on translation of integrated primary dental-medical care delivery for management of diabetic patients. *Clinical Medicine & Research.* 2017 15(1-2):21-32.
- Genco RJ, Schifferle RE, Dunford RG and cols. Screening for diabetes mellitus in dental practices: A field trial. *J Am Dent Assoc.* 2014 145(1):57-64.