

Paciente diabético tipo II: manejo integral estomatológico con coronas metal porcelana y removible

Goicoechea-Sánchez Jeiselin,* Rueda-Robledo Lilia Midory,** Balcázar-Victoria Alfredo.**

Resumen

Para la rehabilitación del paciente diabético se realiza un plan de tratamiento en donde se diagnostica y controla la enfermedad primaria. Por medio del control de glicemias con punción digital, y contacto directo con la tira antes de iniciar la consulta o tratamiento, además de tomar sus medicamento de control, dieta balanceada, etc. El paciente diabético controlado tiende a padecer menos enfermedades bucales a diferencia del no controlado. Por lo que el paciente fue controlado periodontalmente antes y durante el tratamiento protésico, para el cual se realizaron prótesis fija de metal porcelana y prótesis parcial removible.

Palabras clave: rehabilitación dental , paciente diabético, protesis.

Abstract

For the rehabilitation of the diabetic patient a treatment plan where it is diagnosed and controlled primary disease control with a finger stick blood glucose, and direct contact of the blood with the test before starting your consultation or treatment is performed in addition to take their controller medication, balanced diet, etc.. Controlled diabetic patients tend to have less oral disease. As the patient was monitored before and during periodontal prosthetic treatment, for which fixed prosthesis is made from porcelain and metal removable partial denture.

Key words: dental rehabilitation , diabetic patient , prothesis .

* Posgrado en Odontología Restaurativa de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Autor responsable.

** Posgrado en Odontología Restaurativa de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Correspondencia: Jeiselin Goicoechea Sanchez. e-mail: @gmail.com Recibido: Enero 2015 Aceptado: Noviembre 2015

Introducción

La diabetes sacarina o diabetes mellitus es una enfermedad endocrina se caracteriza por una hiperglucemia crónica y anormalidades metabólicas de los carbohidratos y de los lípidos, debido a un déficit de insulina pancreática absoluta mejor conocida como diabetes de tipo I, insulino dependiente o relativa conocida como diabetes de tipo II o no insulino dependiente.¹ Las complicaciones médicas asociadas comúnmente con la diabetes incluyen enfermedad renal, retinopatías, neuropatías, enfermedad vascular periférica y enfermedad coronaria,² y complicaciones orales como pérdida de dientes, gingivitis, periodontitis y patologías de los tejidos blandos.³

Las complicaciones dentales están asociadas con el control de la glicemia, ya que los diabéticos controlados padecen menos enfermedad bucal que los no controlados.⁴ Debemos garantizar la seguridad del paciente, establecer un plan de tratamiento odontológico, prevenir complicaciones quirúrgicas y establecer un tratamiento y vigilancia de las enfermedades bucales y manifestaciones estomatológicas.⁵ Es importante conocer las características de estos pacientes quienes pueden presentar; aliento frutal o cetónico,⁶

tienden a presentar mayor índice de caries, enfermedad periodontal como gingivitis, pedida de hueso alveolar, xerostomía.⁵ La complicación oral más común de la diabetes tipo II es la susceptibilidad a enfermedad periodontal, el riesgo es aproximadamente tres veces más elevado en pacientes con diabetes tipo II que en aquellos que no la padecen.^{7,8} Por lo que el tratamiento periodontal debe contribuir a estabilizar los niveles de glicemia.

Debemos saber reconocer los síntomas y signos de hipoglucemia, como son: temblor, frialdad, taquicardia, sudoración profusa, sensación de hambre o sueño, parestesia de los labios y cambios de la conducta. En estos casos se debe administrar líquidos azucarados y si en 15 minutos no hay recuperación administrar dextrosa hipertónica por vía intravenosa hasta que logren la recuperación del cuadro clínico.⁹

El caso quiere de prótesis y periodoncia que son disciplinas de colaboración. Una prótesis con éxito depende de un ambiente sano periodontalmente y la salud periodontal depende de la integridad continua de la restauración protésica. El planeamiento de este caso se realizó en conjunto para obtener un mejor resultado estético y funcional. De la gran variedad de materiales con



Imagen 1. Fotografías intraorales.

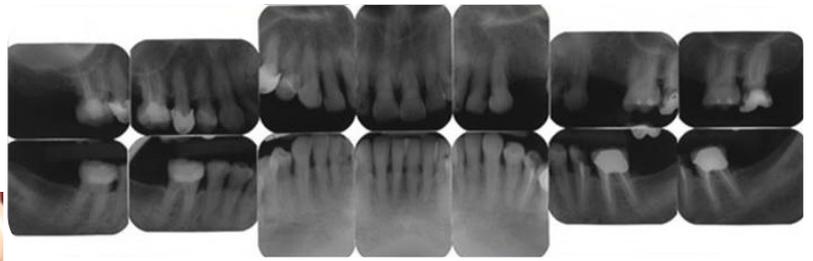


Imagen 2. Radiografías preapicales

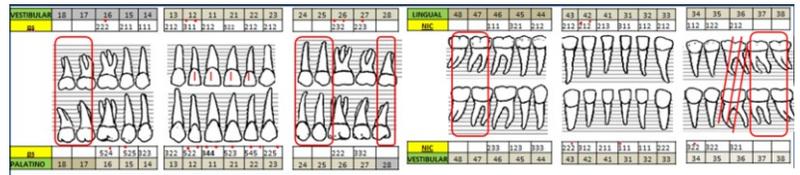


Imagen 3. Periodontograma

con los que contamos, para un tratamiento mínimamente invasivo se eligieron resinas para cerrar diastemas del segmento anterior, coronas metal porcelana en las dos zonas posteriores superiores, una prótesis parcial removible bilateral para sustituir los dientes inferiores de lado izquierdo/derecho además de coronas metal porcelana. Se realizó un análisis intra y extra oral, además de analizar los objetivos del paciente, quien no solo estaba preocupado por su apariencia física, también por la función.

Descripción del caso.

Paciente femenino de 63 años Diabética tipo II bajo tratamiento médico, se presenta a la clínica del posgrado de Odontología Restaurativa para realizar un diagnóstico. Siendo su motivo de consulta: "me faltan dientes".

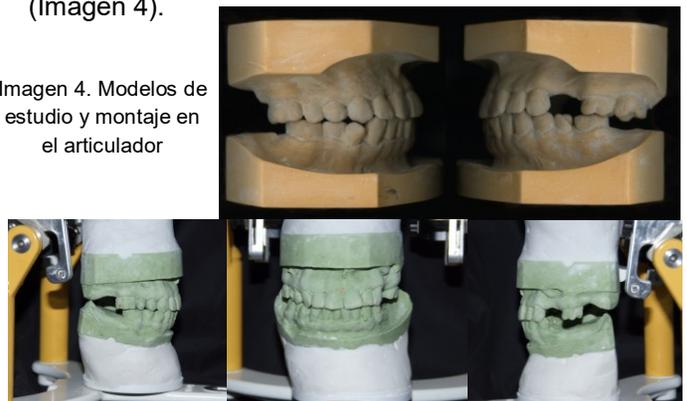
En el análisis intraoral se puede observar la forma cuadrada de los dientes anteriores así como los diastemas, la línea media inferior esta desviada a la derecha por 1mm, con over bite de 2 mm. Presencia de sarro y placa, con un biotipo periodontal delgado. En los cuadrantes superiores se observó la ausencia del 14,15 y 27, Onlay sobre contorneado con caries mesial en el 17, Amalgama C I en el 16, Caries incipiente C V en el 13, Caries C IV palatina mesial en el 12, Caries clase IV distal del 22, el 23 sano, Desgaste incisal diastema distal en el 11 y 21, onlay de cerómero sobre contorneado en el 26, onlay metálico en 25 y en el 24 inlay disto oclusal de cerómero.

En los cuadrantes inferiores se observó lo siguiente: el 36,37 y 47 ausentes, onlay de cerómero sobre contorneado en 45 y 46, sarro en 32, 33, 43, 42, 41, mal posición 31 y 44, Fractura distal y caries en 35 y caries incipiente en 34 (Imagen 1).

En el análisis radiográfico y periodontal se puede observar tratamiento de conductos en OD# 46, 45, 27,16. También se observan restauraciones sobre contorneadas, así como lesiones cariosas. Pérdida ósea horizontal, clínicamente presentó movilidad grado 1 en los anteriores, con presencia del espacio periodontal ensanchado posiblemente por trauma, por la mordida borde a borde con pérdida de tejidos de soporte. En la parte inferior observamos pérdida ósea horizontal. Como diagnóstico periodontal presenta una gingivitis generalizado abarcando más de un 30% de los dientes. Y Periodontitis localizada en OD # 15, 16, 11, 21 y 23 (Imagen 2 y 3).

En los modelos de estudio y en el montaje en articulador se observa del lado derecho: la clase II molar y clase I canina, con mordida cruzada de OD# 13 y 44. Del lado izquierdo: Presenta clase I molar y clase III canina, ausencia de premolares. (Imagen 4).

Imagen 4. Modelos de estudio y montaje en el articulador



Para las preparaciones para la prótesis fija se realizaron los tallados en la parte superior e inferior de los OD # 23, 26, 14, 15,16 (Imagen 5) y una vez terminado el segmento posterior se realizó el tallado de los OD # 34,44 y 46, todos



Imagen 5. Preparación y colocación de las coronas y prótesis fija



Imagen 6. Preparación y colocación de las coronas

para coronas metal porcelana con excepción del 16 y 26 a los que se les realizaron coronas totales. Se realizan pruebas de resina, pruebas de metales, biscocho antes del cementado para verificar el sellado, altura, forma. (Imagen 6)

Elaboración de la Prótesis Parcial Removible

Se realiza diseño de la estructura metálica, identificando la ubicación de los descansos oclusales, los ecuadores protésicos con paralelometro y así diseñar los ganchos. Posteriormente el duplicado será un modelo refractario. Una vez realizada la estructura metálica, se realiza la primera prueba, después se enfrasca para colocar las piezas a sustituir, realizando una prueba para posibles modificaciones, y finalmente se le enseña al paciente como retirar y colocar la PPR y sus cuidados (Imagen 7).

Procedimiento de Laboratorio

Para realizar las prótesis fijas, se realizaron dados de trabajo, se confeccionaron las cofias con resina (piku-plast/ patern resin) se delimitaron los márgenes y se calibraron a 0.5 micras según fuera necesario. Se probaron en boca y se procedió al vaciado. Una vez recuperadas las coronas estas fueron calibradas nuevamente, ajustadas, probadas para observar el sellado. Después se colocó la porcelana con el color anteriormente verificado con la ayuda del paciente, se ajustó, se pulió y fue cementada.



Imagen 7. Fotografías intraorales finales

Para la fabricación de prótesis removible, se duplica el modelo aliviado (sin áreas retentivas) con una gelatina/ flexo*. Se duplico el modelo con revestimiento refractario. Una vez recuperado se deshidrata por 45 min ya que el revestimiento absorbe el agua del flexo. Después son sumergidos en un baño líquido de endurecedor durante 5 a 10 segundos para reestructurar el revestimiento alterado por el fenómeno de embebeción y deshidratación. Se dejan enfriar a temperatura ambiente. Y se comienza el encerado con el diseño ya planeado.

Una vez listo el encerado de nuestra prótesis se colocan los cueles/ bebederos al cono de inyección con cera lisa para no crear asperezas, la cuales podrían crear porosidades. Se vacía el cubilete con revestimiento siguiendo las instrucciones del fabricante y usando una mezcladora al vacío por 60 segundos, se vacía lentamente con un vibrador de baja potencia para no romper los bebederos.

Después de endurecer se limpian los anillos y se procede a descencerar. Pasando una hora aproximadamente se coloca en la máquina de inducción junto con el metal y se vacía. (Foto 12) una vez recuperado, se arena con arena gruesa de 250 micras se cortan bebederos, se va confeccionado con piedra gruesa, broca carbide para delimitar, se le da un baño electrolítico y se pule. Se modelan las piezas en cera y se enfrasca para colocar el acrílico, todo es pulido con los ganchos sin estar activados lo suficiente para que el operador los ajuste cuidadosamente.

Discusión

Desde el punto de vista sistémico, el clínico debe estar al pendiente de los cambios que el paciente pueda presentar tanto en la glicemia como con su tratamiento de control, y no solo valorar el área

protésica como tal. Una vez realizado un análisis sistémico de las características que el paciente presenta en boca, nuestro diagnóstico y plan de tratamiento se debe llevar a cabo de manera que podamos trabajar con distintas especialidades para mantener una estabilidad en el paciente. Durante el estudio del caso, se le mostraron diferentes planes de tratamiento de acuerdo a lo anteriormente mencionado, una de las opciones era rehabilitar las restauraciones con filtración, sobre contorneado y colocar implantes en el lugar de 14,15, 35 y 36. Se le explico a la paciente sobre el procedimiento quirúrgico y el tiempo que llevaría su rehabilitación por lo que la paciente no accedió por miedo a una complicación y por el costo. Otra opción era en cuanto a los materiales, se le ofrecieron coronas en zirconio y removible inferior con aditamentos misma que tampoco accedió. La tercera opción se ajustó más a sus necesidades económicas y cumplió las expectativas de la paciente, quedando muy a gusto en cuanto a lo funcional y estético.

Los actuales paradigmas de la odontología restauradora implican una visión transdisciplinaria que incluye el trabajo colaborativo con otras áreas de la medicina. En particular el presente paciente nos permite involucrarnos con el diagnóstico previo de la enfermedad sistémica y llevar a cabo un procedimiento restaurativo conservador en sinergia con el estatus de salud general del paciente permitiendo la reconstrucción del sistema buco facial de manera conservadora permitiendo un estado de salud que lleva al paciente a una vida plena.

Es muy importante tener información detallada de la enfermedad, tipo de diabetes, edad en la que inicio, medicamentos que recibe, tipo de administración, dosis, pruebas de laboratorio, entre otras, antes de iniciar algún tratamiento dental. Esto ayuda al clínico a relacionar el estado sistémico con el estado bucal. Es de gran ayuda brindarle un programa de sostén con recordatorios antes y después del tratamiento para que el paciente diabético tenga los cuidados de aseo y mantenimiento dental. De acuerdo con el horario de cita el paciente deberá consumir un desayuno o comida antes de la cita, así evitaremos una hipoglucemia, por lo que a estos pacientes les conviene ser citados en las primeras horas del día, ya que la concentración de cortico

esteroides es más alta en el organismo y tolera mejor el estrés. El procedimiento debe ser breve y atraumático. Al tener un tratamiento periodontal y enfatizar en una buena higiene en pacientes diabéticos evitamos la pérdida de órganos dentarios a corto plazo, y al recibir un tratamiento protésico no solo le brindamos función, también mayor tiempo de vida a los órganos dentarios presentes.

Referencias Bibliográficas

1. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Protocolo de recomendaciones en el tratamiento odontológico del paciente diabético. Disponible en : www.coema.org
2. Orchard TJ, Dorman JS, Maser RE. Prevalence of complications in IDDM by sex and duration. Pittsburg. Epidemiology of DM complications study II. DM 1990;39(9):1116-24.
3. Tervonen T, Oliver RC. Long-term control of DM mellitus and Periodontitis. J Clin Periodontol. 1993;20(6):431-5.
4. Gamende I, Hermosilla T. Los problemas de calidad de las guías de práctica clínica. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2012; 20 (1): 1-12 .
5. Benvenuto M. Salud bucal y diabetes –un abordaje bidireccional-. Tendencias en Medicina. 2013; VIII (8): 119-122.
6. Ship J. Diabetes and oral health. An overview. JADA. 2003; 134: 4s-10s.
7. Shanley DB, Barna S, Gannon P, Kelly A, Teljeur C, Munck C, Ray K. Undergraduate training in the European Union; Convergence or divergence. Eur J Dent Educ. 1997; 1:35-43.
8. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects Of Diabetes Mellitus On Periodontal And Periimplant Conditions: Update On Associations And Risks. J Clin Periodontol. 2008; 35:398-409.
9. Licea ME. Hipoglucemia. En: Licea ME (Ed.). Tratamiento De La Diabetes Mellitus. 2da Ed. Brasilia. Ed. Ideal. 1995: Pp. 102-107.