

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT**

**UNIDAD ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

**Caso Clínico:**

**Manejo odontológico del paciente con Diabetes Mellitus tipo I**

**Que para obtener el**

**Diploma de especialidad en Odontopediatría**

**Presenta:**

**María José Camberos Guillén**

**Directora:**

**CDO Martha Patricia Guerrero Castellón.**

**Tepic, Nayarit, julio de 2010.**

## ÍNDICE

Páginas

I.	<b>Resumen</b> .....	1
II.	<b>Antecedentes</b> .....	2
	2.1 Definición.....	2
	2.2 Clasificación.....	2
	2.3 Signos y síntomas.....	2
	2.4 Etiología.....	3
	2.5 Complicaciones.....	3
	2.6 Diabetes Mellitus tipo I.....	4
	2.7 Epidemiología.....	4
	2.8 Patogenia.....	5
	2.9 Tratamiento.....	9
III.	<b>Caso Clínico</b> .....	10
	3.1 Desarrollo del caso clínico.....	19
IV.	<b>Conclusiones</b> .....	27
V.	<b>Bibliografía</b> .....	28

## I. Resumen

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune en la cual el cuerpo destruye por error las células pancreáticas que producen la hormona insulina, la cual ayuda a transportar el azúcar desde la sangre hasta las células para su metabolismo.

La principal preocupación de este hecho radica en la dificultad que existe en el manejo de este grupo de pacientes, ya que debido al tratamiento con insulina exógena, pueden presentar hipoglicemias con mayor frecuencia que los adolescentes y adultos.

La aparición de la enfermedad con su pronóstico incierto a largo plazo, sus requerimientos dietéticos, inyecciones de insulina y controles repetidos de glucemia afecta de forma inevitable al niño y su familia. En los padres son frecuentes sentimientos de angustia o culpa y en el niño, la rebeldía o el rechazo de la enfermedad, aunque no existe un perfil psicológico característico de la diabetes.

Los objetivos básicos a considerar en el tratamiento odontológico serán: prevenir y eliminar cualquier infección que tienda a perturbar el balance de la glucosa y mantener los tejidos periodontales sanos.

El presente caso clínico muestra el manejo odontológico en un paciente de género femenino de 5 años 8 meses de edad, comportamiento positivo tipo 3 (escala de Frankl), con antecedentes patológicos de Diabetes Mellitus tipo 1, y con antecedentes odontológicos de mordida cruzada anterior. Presenta múltiples lesiones cariosas; requiere rehabilitación bucal como tratamiento, una vez concluido se remite a ortopedia para su tratamiento de maloclusión.

# DIABETES MELLITUS

## I. Antecedentes

### 1.1 Definición

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón y nervios periféricos).<sup>1,2</sup>

### 2.2 Clasificación

Diabetes tipo 1: Resultado de la destrucción de las células del páncreas que producen la insulina (células beta) y que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más típica en personas jóvenes (por debajo de los 30 años).

Diabetes tipo 2. Caracterizada por resistencia a la insulina, puede presentar muy pocos síntomas durante mucho tiempo. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes.<sup>3,4</sup>

### 2.3 Signos y síntomas

- Poliuria: Se produce por efecto osmótico de la glucosa por lo que arrastra agua.
- Glucosuria: Hay un aumento de glucosa en la orina
- Deshidratación: secundaria a la poliuria.
- Polidipsia: por estímulo del centro de la sed a causa de la deshidratación.
- Polifagia: por déficit de glucosa intracelular al nivel del centro de la saciedad.
- Pérdida de peso: porque la excreción de glucosa por orina implica pérdida de calorías.
- Astenia: por mala utilización de la glucosa a nivel celular.
- Acidosis y coma: debido al aumento de cuerpos cetónicos, que si se prolonga puede llegar al coma.
- Somnolencia, sequedad de la boca, irritabilidad, parestesias, impotencia y pérdida de la visión.<sup>3,4,5,6</sup>

## 2.4 Etiología

Entre los factores desencadenantes de la DM encontramos:

- 1) *Desorden genético:*
  - Gemelos idénticos
  - Hijos de diabéticos <sup>7</sup>
- 2) *Condiciones endócrinas:*
  - Hipopituitarismo
  - Hipertiroidismo
- 3) *Daño iatrogénico:*
  - Traumatismos
  - Administración de esteroides
  - Destrucción de los Islotes de Langerhans
  - Inflamación
  - Cáncer
  - Cirugía (pancreatectomía) <sup>4,7,8</sup>

## 2.5 Complicaciones

Vasculopatías

Nefropatías

Retinopatías

Neuropatías <sup>7,8</sup>

La causa más común de muerte en DM tipo I es la falla renal, y de tipo II infarto al miocardio, la retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en Estados Unidos.<sup>10</sup>

Diabetes Mellitus tipo 1

- ✓ El 10 % de los diabéticos (la mayoría con historia familiar de diabetes)
- ✓ Tiene inicio severo y dramático
- ✓ Pacientes inestables y necesitan insulina
- ✓ Cetoacidosis común
- ✓ 90% de los pacientes desarrollan complicaciones vasculares dentro de los 20 años siguientes a partir del inicio de los síntomas

## Diabetes Mellitus tipo 2

- ✓ inicio lento y menos incidioso
- ✓ Historia familiar menos común de DM
- ✓ Inicio después de los 40 años, y más del 50% son obesos al inicio de la enfermedad
- ✓ Cetoacidosis menos frecuente y menos severa .<sup>11,12</sup>

## 2.6 Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

La DM tipo 1 es una enfermedad autoinmune en la cual el cuerpo destruye por error las células pancreáticas que producen la hormona insulina, ante este problema, el cuerpo no logra disociar y emplear el azúcar y si la condición permanece sin tratar, los vasos sanguíneos y los nervios se destruyen, los órganos fallan y el paciente muere.<sup>13</sup>

Incluso con tratamiento, los vasos sanguíneos y los órganos terminan dañados y los pacientes pueden perder la visión y las extremidades y sufrir insuficiencia renal.

La insulina es la hormona que ayuda a transportar el azúcar desde la sangre hasta las células para su metabolismo. Los diabéticos de tipo I se tienen que inyectar insulina diariamente, un régimen que a menudo conlleva fluctuaciones en las concentraciones sanguíneas de azúcar.<sup>14</sup>

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente diabetes insulino dependiente o diabetes de comienzo juvenil.<sup>7,15,16</sup>

## 2.7 Epidemiología

Afecta cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo, de las que 1,27 millones son europeos, lo que arroja una prevalencia del 0,19 por ciento de la población total, aunque la prevalencia más alta, de 0,25 por ciento, se encuentra en América del Norte, variaciones que reflejan la distinta susceptibilidad genética entre poblaciones.<sup>16</sup>

El aumento en la incidencia de DM1 en niños menores de 5 años en las últimas décadas alcanza de 2 hasta 4 veces según las distintas series. La principal preocupación de este hecho radica en la dificultad que existe en el manejo de este grupo de pacientes, ya que debido al tratamiento con insulina exógena, pueden presentar hipoglicemias con mayor frecuencia que los adolescentes y adultos. Asimismo, el control metabólico es más difícil que a edades mayores. Para lograr su manejo es necesario considerar las variaciones en la actividad física diaria, la ingesta alimentaria que muchas veces es impredecible, los cuadros infecciosos concomitantes y la dificultad en la administración de pequeñas dosis de insulina.<sup>17</sup>

## 2.8 Patogenia

La patogenia en el niño es idéntica a la del adulto. Sin embargo, su manejo está muy influido por el constante cambio característico del niño y adolescente, tanto físico y psicosocial debido al proceso de crecimiento y maduración. La aparición de la enfermedad con su pronóstico incierto a largo plazo, sus requerimientos dietéticos, inyecciones de insulina y controles repetidos de glucemia afecta de forma inevitable al niño y su familia. En los padres existen sentimientos de angustia o culpa y en el niño, la rebeldía o el rechazo de la enfermedad, aunque no existe un perfil psicológico característico de la diabetes.<sup>7</sup>

Los síntomas de presentación de la diabetes en la infancia son diversos y de duración muy variable. El síntoma más constante y precoz es la poliuria, polidipsia y polifagia, asociada o no a pérdida de peso y fatigabilidad.<sup>4,5,6,7</sup>

Su tratamiento se apoya en la administración de insulina (de acción inmediata, corta, intermedia o lenta), la nutrición adecuada y el ejercicio físico que deben adaptarse a los resultados de las determinaciones de glucemia capilar realizados por el paciente y su familia. En mayores de 13 años, el objetivo será mantener la glucemia en valores tan próximos a lo normal como sea posible, mientras que en los más pequeños los objetivos de tratamiento son más flexibles y la prioridad es evitar la aparición de episodios de hipoglucemia, que pueden ser asintomáticos, pero que presentan graves consecuencias debido a la inmadurez del sistema nervioso central.<sup>7</sup>

“En el área oral los hallazgos más destacables son la reducción del flujo salival, probablemente por una modificación de la vascularización de las glándulas salivales. El pH oral puede estar reducido en los pacientes con mal control metabólico, lo que se debe a la reducción del flujo, la capacidad buffer de la saliva y a la presencia de microflora aeróbica. Habitualmente no se encuentran diferencias en los recuentos bacterianos entre los niños diabéticos y los que no los son. Diversos estudios corroboran que no existe correlación en los niños diabéticos entre el índice gingival y el índice de placa, de manera que el primero es más alto que entre los no diabéticos. El *Actinobacillus actinomycetemcomitans* está prácticamente ausente en los jóvenes diabéticos con enfermedad periodontal, mientras que proliferan los *capnocytopaga*, microorganismos gramnegativos altamente virulentos, responsables de la destrucción tisular, infiltración de polimorfonucleares y pérdida de osteoblastos”.<sup>19</sup>

Para minimizar el riesgo de emergencias en el consultorio odontológico en pacientes con Diabetes Mellitus (DM), el clínico necesita tener presente un número de consideraciones antes de iniciar el tratamiento dental:

**Historia médica:** Es importante para el clínico realizar una buena historia clínica y evaluar el control glicémico en la primer cita. Se debería preguntar al paciente acerca de sus recientes niveles de glucosa y la frecuencia de los episodios de hipoglicemia, medicaciones antidiabéticas, dosis y tiempo de administración.<sup>19</sup>

**Horario de Consulta:** En general, las citas en la mañana son recomendables, ya que los niveles endógenos de cortisol son generalmente más altos en este horario (el cortisol incrementa los niveles de azúcar en sangre). En el caso de ser o padecer DM insulino-dependiente debemos tener en cuenta el tipo de insulina prescrita y la frecuencia de su aplicación (es necesario leer las especificaciones del laboratorio o fabricante, y en caso de duda, solicitar un informe al médico tratante); ya que existen picos de alta actividad insulínica, durante los cuales es preferible no efectuar ningún tratamiento odontológico, es decir las citas deberían ser en el horario que no coincidan con los picos de la actividad insulínica, debido a que es el periodo de máximo riesgo de desarrollar un episodio de hipoglicemia.<sup>19</sup>



La insulina más frecuentemente utilizada es la de acción intermedia, que se hace activa aproximadamente a las 2 horas después de la inyección y alcanzando el pico de actividad máxima entre 8 a 12 horas y se administra en una única dosis por la mañana, por lo tanto, en estos pacientes es aconsejable que los tratamientos sean matinales, ya que por la tarde el nivel de glucosa en sangre es baja, y la actividad de la insulina alta, por lo que el riesgo de presentarse reacciones hipoglicémicas es más alto.<sup>19</sup>

**Dieta:** Es importante para el odontólogo asegurarse de que el paciente haya comido normalmente y aplicado o tomado su dosis usual. Si el paciente no desayunó antes de su cita odontológica, pero si se aplicó su dosis normal de insulina, el riesgo de un episodio hipoglicémico está incrementado.<sup>19</sup>

**Monitorear los niveles de glucosa en sangre:** Dependiendo de la historia médica del paciente, régimen de medicación y procedimiento a ser ejecutado, el odontólogo puede necesitar medir los niveles de glucosa en sangre antes de empezar un procedimiento. Esto puede ser llevado a cabo usando un aparato electrónico comercialmente disponible para monitorear la glucosa en sangre. Pacientes con bajos niveles de glucosa en sangre (<70 mg/dL) deberían tomar un carbohidrato oral antes del tratamiento para minimizar el riesgo de un evento hipoglicémico. El odontólogo deberá referir a los pacientes con niveles significativamente elevados de glucosa en sangre para una consulta médica antes de ejecutar un procedimiento dental. Es importante destacar que el Comité de Expertos de la Asociación Americana de la Diabetes para el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus, recientemente aprobó nuevos criterios para el diagnóstico de esta entidad.<sup>19</sup>

**Durante el tratamiento:** La complicación más común de la terapia de DM que puede ocurrir en el consultorio odontológico es un episodio de hipoglicemia. Si los niveles de insulina o de las drogas antidiabéticas exceden las necesidades fisiológicas, el paciente puede experimentar una severa declinación en sus niveles de azúcar en sangre. El máximo riesgo de desarrollar hipoglicemia generalmente ocurre durante los picos de actividad insulínica. Los signos y síntomas iniciales incluyen cambios de humor, disminución de la espontaneidad, hambre, sed y debilidad. Estos pueden ser seguidos de sudores, incoherencia y taquicardia. Si no es tratada, puede producirse inconciencia, hipotensión, hipotermia, ataque, coma y muerte.

Si el clínico sospecha que el paciente está experimentando un episodio hipoglicémico, primero debe confirmar éste, bien sea con "Diascan" u otro equipo para monitoreo rápido de la concentración de glucosa antes de suministrarla. En caso de confirmarse el cuadro de hipoglicemia, debería terminar el tratamiento odontológico e inmediatamente administrar 15 gramos de carbohidratos por vía oral, de acción rápida, cada 15 minutos hasta llegar a los niveles normales de azúcar, esperar 15 minutos y se debe examinar de nuevo los niveles de azúcar en sangre, si los niveles de azúcar en sangre todavía están bajos, se debe administrar otra porción de uno de los alimentos. Esperar otros 10 o 15 minutos, examinar de nuevo los niveles de azúcar en sangre, si los niveles todavía están bajos, tratar una tercera vez, si los niveles siguen bajos entonces el odontólogo debería buscar asistencia médica; y administrar intravenosamente 25-30 ml de un 50% de solución de dextrosa o 1 mg de glucagon. El glucagon también puede ser inyectado subcutáneamente o intramuscularmente.<sup>19</sup>

**Después del tratamiento:** Los odontólogos deben tomar en consideración las siguientes consideraciones post-operatorias: pacientes con DM pobremente controlados están bajo un gran riesgo de desarrollar infecciones y pueden manifestar retardo en la curación de las heridas. Las infecciones agudas pueden afectar desfavorablemente la resistencia a la insulina y el control de la glicemia, lo cual a su vez puede alejar e influir en la capacidad de curación del organismo. Por lo tanto, puede ser necesario el tratamiento con antibióticos para las infecciones bucales abiertas o para aquellos pacientes a quienes se les están realizando procedimientos quirúrgicos extensos.<sup>5, 17 18</sup>

Por regla general los diabéticos tipo 1 y tipo 2 con enfermedad bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, pueden recibir todos los tratamientos odontológicos que necesiten sin que haya que modificar los protocolos de atención. Si el paciente no está controlado, no debe realizarse el tratamiento odontológico.

El analgésico a indicar en un paciente diabético es el *paracetamol* o *paracetamol + codeína*.

El control del dolor en el paciente diabético es muy importante, ya que se ha comprobado que en todas las personas el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina y la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de

insulina. Todas estas alteraciones provocan un incremento de la glucosa sanguínea y de ácidos grasos libres que pueden descompensar una DM, ya que la adrenalina tiene efecto contrario a la insulina. La presencia de un proceso infeccioso bucal puede alterar el equilibrio glucémico del paciente y descompensar la DM, por lo que se deberá aumentar la dosis de insulina hasta lograr una perfecta normalización de la glicemia, y una vez logrado esto, podrá realizarse el tratamiento odontológico. Dado que en estos pacientes el riesgo de infección está considerablemente aumentado y que además la cicatrización de la mucosa bucal está retardada, es aconsejable la profilaxis antibiótica en los tratamientos que comprometan algún riesgo quirúrgico.<sup>19</sup>

## 2. 9 Tratamiento dental

### Objetivos básicos

- 1.- Prevenir y eliminar cualquier infección que tienda a perturbar el balance de la glucosa
- 2.- Mantener los tejidos periodontales sanos

### Consideraciones

- Citas por las mañanas
- Anestesia (no representa problema)
- Operatoria dental (amalgamas, resinas)
- Coronas de acero-cromo (muy bien adaptadas)
- Pulpotomías vitales (Si)
- Pulpectomías vitales (Si)
- Usar grapas atraumáticas
- Pulpectomías NO vitales: extracción y antibioticoterapia
- No aparatos cuyo soporte sea en tejidos blandos (p.ej. Arco de Nance)
- Extracciones múltiples en hospital
- Prevención y aseo.<sup>27,19</sup>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

## CASO CLÍNICO



### HISTORIA CLÍNICA

Nombre: M.S.R.G

Edad: 5 años 8 meses

Género: Femenino

Motivo de la consulta: "Tiene su mandíbula hacia adelante"

Lugar de residencia: Platanitos, Nayarit

Fecha que asistió a clínica: 25 de enero de 2010

Antecedentes personales patológicos

Diabetes Mellitus tipo 1 (Insulinodependiente)

Antecedentes personales no patológicos: Cepilla sus dientes 1 vez al día con ayua de su mamá

Antecedentes odontológicos: Mordida cruzada anterior

Tipo de conducta: Tipo III positivo (Escala de Frankl)

Manejo de conducta: Decir-mostrar-hacer

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



### FRENTE

- Implantación de oreja izquierda más baja
- Tercio inferior aumentado
- Labios delgados
- Cejas pobladas



### SONRISA

- No muestra órganos dentales



### PERFIL

Perfil Facial: Recto

## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



### FRONTAL

- Encía rosa coral bien hidratada
- Dentición temporal
- Mordida cruzada anterior
- Destrucción coronaria por caries en OD#53
- Espacios interdientales presentes



### OCLUSAL SUPERIOR

- Tipo de arco: Baume I
- Forma de arco: ovalado
- Paladar amplio, poco profundo
- Caries en OD # 55,54,53,51,61,62,64,65



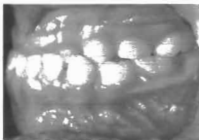
### OCLUSAL INFERIOR

- Forma de arco: ovalado
- Obturación provisional (deficiente) en OD # 75, 85
- Caries en OD # 74,84



#### LATERAL DERECHA

- Escalón mesial exagerado
- Caries incipiente en el surco vestibular en OD#85
- Destrucción coronaria por caries en OD#53
- Mordida cruzada



#### LATERAL IZQUIERDA

- Escalón mesial exagerado
- Caries incipiente en el surco vestibular en OD#75
- Mordida cruzada

## EXÁMEN RADIOGRÁFICO

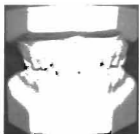
### Radiografía Panorámica



- Presencia de órganos dentarios erupcionados y no erupcionados de acuerdo a la edad cronológica
- Desviación del tabique nasal aparentemente



## MODELOS DE ESTUDIO



Mordida cruzada anterior



Forma de arco superior e inferior: ovalada

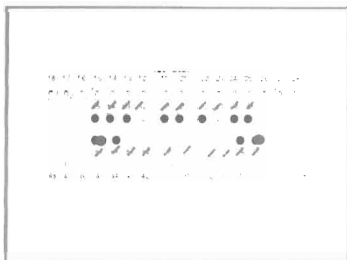


Escalón mesial exagerado  
Overbite: 5mm  
Overjet: -1mm



Escalón mesial exagerado  
Overbite: 5mm  
Overjet: -1mm

## ODONTOGRAMA



Caries ●

Indicación para extracción ↗

Restauración deficiente ●



Órgano presente en boca

Fractura dental

Dientes en erupción

## DIAGNÓSTICO

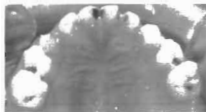


OCLUSAL SUPERIOR  
OD # 55 Caries clase I grado 1  
OD # 54 Caries clase II grado 2  
OD # 53 Caries clase V grado 3  
OD # 51, 61, 62 Caries clase IV grado 2  
OD # 64 Caries clase II grado 3  
OD # 65 Caries clase I grado 2



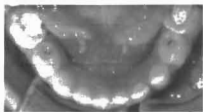
OCLUSAL INFERIOR  
OD # 75, 85 Obturación deficiente  
OD # 74, 84 Caries clase I grado 3

## PLAN DE TRATAMIENTO



### OCLUSAL SUPERIOR

OD # 55 Restauración con resina  
OD # 54 Corona acero-cromo  
OD # 53 Pulpotomía y corona  
acero cromo  
OD # 51 61, 62 Corona acero-  
cromo  
OD # 65 Restauración con resina



### OCLUSAL INFERIOR

OD # 74, 75 ,84 ,85  
Pulpotomía y corona acero-  
cromo

Se iniciará con Técnica de cepillado seguido por su detección de placa dentobacteriana y profilaxis, una vez terminado su tratamiento de operatoria dental realizaremos la aplicación de barniz de flúor con el objetivo de proteger las caras libres de los órganos dentarios ibres de coronas de acero-cromo y postenormente se remitirá a ortopedia con el objetivo de descruzar la mordida.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

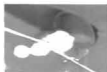
## AVANCES

8-Febrero-2010

Se realizó la técnica de cepillado (técnica de Bass), detección de placa dentobacteriana y profilaxis



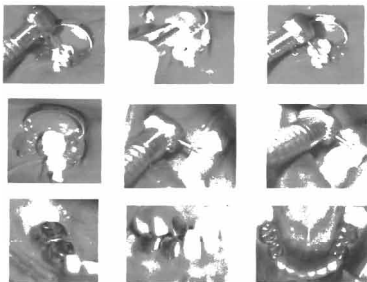
22-Febrero-2010 Se realizaron las pulpotomías y cementación de coronas de acero-cromo en OD # 74 y 75





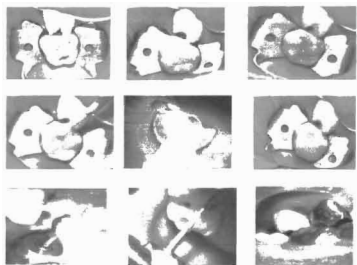
15-Marzo-2010

Se realizaron pulpotomías y se prepararon los órganos dentarios para colocar las coronas acero-cromo en los OD # 84 y 85



19-Abil-2010 Restauración con resina en OD#55 y corona acero-cromo en OD#54.

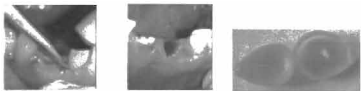
Una vez aislado el OD#55 se empezó a eliminar caries, se colocó una base de ionómero de vidrio tipo II, se colocó ácido grabador durante 15 segundos, se lavó profusamente y se procedió a airear cuidadosamente, después se aplicó adhesivo, se fotocuró 20 segundos, se procedió a la aplicación de resina y se fotocuró por 20 segundos, se checó oclusión y finalmente se le dio brillo con una fresa blanca para pulir resina, posteriormente se preparó el OD#54 para colocar la corona acero-cromo.



19-Abil-2010

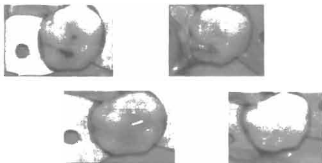
Se realizó extracción en OD#71 ya que aparte de traer movilidad por su futura exfoliación presentaba molestias al momento de comer.





#### 24- Mayo – 2010 Resina en OD# 65

Una vez eliminada la caries, se colocó ácido grabador durante 15 segundos, se lavó profusamente, se procedió a airear cuidadosamente, después se aplicó adhesivo y se fotocuró 20 segundos, se aplicó la resina y se fotocuró por 20 segundos, se checó oclusión y por último se pulió con una fresa blanca.



#### 24- Mayo – 2010 Corona acero cromo en OD# 64

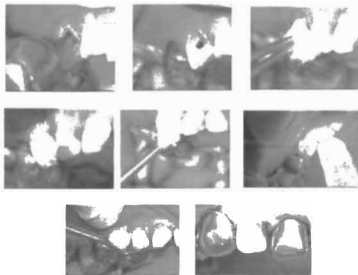
Una vez eliminada la caries se colocó una base de ionómero de vidrio tipo II, posteriormente se empezó a preparar el órgano dentario con una fresa oclusal y una punta de lápiz y se procedió a cementar la corona acero-cromo.







31- Mayo - 2010 Pulpotomía y corona acero-cromo en OD#53, resina OD#52, corona acero-cromo en OD#51



01- Junio – 2010 Pulpotomía / corona acero-cromo en OD# 61 corona acero-cromo en OD#62

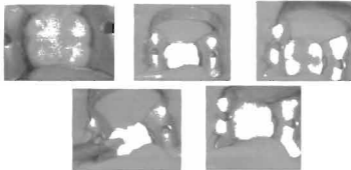
Una vez realizada la pulpotomía se empezó a desgastar con una fresa rueda de carro por incisal y por interproximal con una fresa de lápiz de diamante en ambos órganos dentarios, una vez preparados se cementaron las coronas de acero-cromo con ionómero de vidrio tipo 1.



03- Junio – 2010 Sellador de Fosetas y Fisuras en OD# 36 y 46

Una vez aislado el OD# 36 se procedió con la profilaxis, se colocó ácido grabador se lavó, se secó, se colocó el sellador y se fotocuró por 20 segundos, seguido con el mismo protocolo se realizó el sellador en el OD#46.





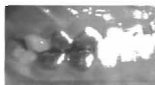
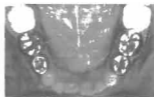
#### 04- Junio – 2010 Barniz de Flúor

Una vez realizada la profilaxis, se lavó y se secó, posteriormente se aisló (aislamiento relativo) y se aplicó el barniz de flúor .



04- Junio - 2010

### SANEAMIENTO TERMINADO



## CONCLUSIONES

La Diabetes Mellitus constituye como tal una enfermedad que aún cuando no es tratada directamente por el odontólogo, éste debe conocer todos los aspectos inherentes a dicha entidad. Por ello es importante que el odontopediatra tome en consideración cual debe ser la conducta que debe asumir ante un paciente diabético que acuda a consulta, tanto antes como durante y después del tratamiento odontológico.

Muchas veces es un temor para el odontólogo enfrentarse con un paciente que presenta algún compromiso médico, en lo personal éste caso me dejó como experiencia que mientras el paciente esté controlado sistémicamente, siga las indicaciones que se le recomiendan y tengamos todas las precauciones antes mencionadas no existe ningún problema que pudiera alterar el seguimiento de su rehabilitación, afortunadamente el paciente coopero al máximo y eso me facilitó llevar a cabo una tratamiento exitoso.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SALA DE BIBLIOTECAS

## BIBLIOGRAFÍA

1. López G. Nueva clasificación y criterios diagnósticos de la diabetes mellitus. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 1998 Jul [citado 2010 Feb 05]; 126(7):833837. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S003498871998000700012&lng=esdoi:10.4067/S003498871998000700012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S003498871998000700012&lng=esdoi:10.4067/S003498871998000700012).
2. Rydall A, Rodin G, Olmsted M, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997; 336: 1849-54.
3. Finn B, Sidney. *Odontología Pediátrica*. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1990
4. Pinkham. *Odontología Pediátrica*, 2ª ed. México: Interamericana Mc.Hill; 1996.
5. Cabrera E, Licea P, Manuel E. Nueva definición, prevalencia, caracterización y tratamiento de la diabetes autoinmune latente del adulto. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2010 Feb 04]19(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S156129532008000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S156129532008000300008&lng=es).
6. Eyzaquirre C, Peláez D, Sepúlveda R, Gaete V, Codner D, Unanue M, et al. Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en niños menores de 5 años: Características al debut vs otros grupos etarios en Chile. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2010 Feb 01]; 77(4): 375-381. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S037041062006000400006&lng=esdoi:10.4067/S0370-41062006000400006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S037041062006000400006&lng=esdoi:10.4067/S0370-41062006000400006)
7. Mc. Donald. *Odontología Pediátrica del Adolescente*. 5ª ed. Argentina Médica Panamericana; 1990. Págs 298-299
8. Boj J. *Odontopediatría*. Barcelona: MASSON, 2005. Pág 919 .
9. Neshar R, Gross D, Donath M, Cerasi E, Kaiser N. Interaction between genetic and dietary factors determines b cell function in *Psammomys obesus*, an animal model of Type 2 Diabetes. *Diabetes* 1999;48:731-7.
10. Giaccari A, Morviducci L, Pastore L, Zorretta D, Sbraccia P, Marocchia E. Relative contribution of glycogenolysis and gluconeogenesis to hepatic glucose production in control and diabetic . A re-examination in the presence of euglycaemia. *Diabetologia* 2000; 41:307-14.

11. Nickenig G, Bohm M. Interaction between insulin and ATI receptor. Relevance for hypertension and arteriosclerosis. 1998; 93:135-9.
12. Nickenig G, Rolin J, Strehlow K, Schnabel P, Bohm M. Insulin induces upregulation of vascular ATI receptor gene expression by posttranscriptional mechanisms. *Circulation* 1998;98:2453-60.
13. Rodríguez L, Álvarez M, López-Dóriga P. Disfunción endotelial en la diabetes mellitus. *Hipertensión* .1998;15:217-28.
14. American Diabetes Association. Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20:1183-1197.
15. American Diabetes Association. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Barcelona :Ed. Medical Trends, S.L.; 2006.
16. Moore P. Type 1 diabetes mellitus and oral health: assessment of periodontal disease. *J Periodontol* 1999; 70: 409-17.
17. Lalla R. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *JADA* 2005; 132: 1.425-31.
18. Banoczy J, Tamas G Jr. Dental and oral symptoms of diabetes mellitus. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 378-80.
19. Zinman B, Bolli G. Insulins today and beyond. *Lancet* 2001; 358: 739-46.
20. Hanas R. Diabetes Tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes Inpesal Marketing Projects, S.L. 2005; 12: 29-131. 15:153-191