

PREGUNTA 33

¿Debemos realizar un cribado de higiene bucodental en los pacientes con diabetes mellitus 2?

Javier Díez Espino

Equipo de Atención Primaria de Tafalla (Navarra)

INTRODUCCIÓN

Junto con las complicaciones macro y microvasculares, la hiperglucemia también se puede asociar a patología bucodental y, más concretamente, a la enfermedad periodontal (EPO), que es la más frecuente e importante¹. La EPO es considerada por algunos autores como la sexta complicación de la diabetes mellitus (DM)².

La EPO es una infección crónica bacteriana que afecta a la encía y al hueso que soportan los dientes, y está causada por bacterias anaerobias gramnegativas que están presentes en la placa bacteriana adherida a los dientes. Las toxinas producidas por estos microorganismos actúan localmente provocando una inflamación crónica de la encía, edema y su sangrado. A medida que la inflamación progresa, la encía se desprende del diente, la placa penetra más profundamente hasta que alcanza el hueso, provoca su destrucción y la del ligamento periodontal con la pérdida de sujeción del diente al alveolo y la eventual caída de este o la necesidad de su extracción.

La DM (tanto tipo 1 como tipo 2) multiplica por dos o tres el riesgo de EPO. El mal control de los niveles de glucemia y el grado de este se han relacionado con la aparición de EPO y su gravedad. Padeecer EPO multiplica por seis el riesgo de tener un peor control glucémico. También se relaciona con una mayor frecuencia de retinopatía y neuropatía, con un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares y, en los casos de EPO grave, una mayor mortalidad cardiovascular (riesgo relativo [RR]: 2-3), mayor mortalidad por nefropatía (RR: 8,5) y enfermedad renal terminal (RR: 3) y una mayor prevalencia de micro/macroalbuminuria (RR: 2) de forma dependiente de la gravedad de la EPO³. En pacientes sin DM, la presencia de EPO predice la progresión de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), y estos cambios podrían indicarnos su influencia en

el desarrollo de DM en los años posteriores, pero la influencia de la presencia de EPO en la incidencia de DM no se ha podido corroborar⁴. El bajo nivel educativo también se relaciona con una mayor frecuencia de EPO⁵.

Tras lo anteriormente mencionado, parece que existe una íntima relación entre la EPO y la DM y que se trata de una relación bidireccional^{6,7}.

VOLUMEN DE LA EVIDENCIA

No disponemos de estudios de intervención que demuestren que el tratamiento de la EPO puede producir una reducción de la incidencia de DM2 o de sus complicaciones.

Se han publicado varios metaanálisis⁸⁻¹² en los que se concluye que el tratamiento de la EPO puede contribuir a reducir alrededor del 0,4 % los niveles de HbA_{1c}.

En sus recomendaciones de 2015¹³, la American Diabetes Association indica la valoración de EPO por parte de un odontólogo, pero considera que actualmente la eficacia de las intervenciones sobre EPO en el control de la HbA_{1c} sigue siendo controvertida, especialmente en lo referido a la influencia en los niveles de HbA_{1c} del tratamiento no quirúrgico¹⁴.

Respecto a la prevención, una buena higiene oral mediante cepillado parece ser la mejor intervención¹⁵. Algunos estudios refieren mejores resultados con los cepillos eléctricos con acción de oscilación-rotación¹⁶.

APLICABILIDAD

Las medidas preventivas de EPO (exploración, higiene bucodental y su consejo) son sencillas y poco costosas. Las intervenciones sobre la EPO no se

encuentran cubiertas por la sanidad pública y pueden ser costosas tanto en tiempo como en recursos económicos.

munes en cuanto a criterios diagnósticos, pautas de prevención y tratamiento, y suelen tener una duración corta.

CONSISTENCIA

Los estudios de prevención e intervención adolecen de ser de pequeño tamaño y de falta criterios co-

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel de evidencia	
2+	La presencia de EPO favorece un peor control de la HbA _{1c} y un mayor riesgo de complicaciones
2+	La presencia de DM favorece la aparición de EPO
1-	Las intervenciones odontológicas realizadas sobre la EPO pueden mejorar el control de la HbA _{1c} en aproximadamente un 0,4 %
1+	El tratamiento no quirúrgico de la EPO en pacientes diabéticos no mejora la HbA _{1c}
1-	La higiene dental es la intervención clave en la prevención y el tratamiento de la EPO
Grado de recomendación	Recomendación
B	La exploración de dientes y encías debe constituir una exploración básica en la valoración inicial y en el seguimiento periódico del paciente con DM
B	A los pacientes diabéticos se les debe ofrecer consejo sobre higiene dental
C	Se debe recomendar tratamiento odontológico a los pacientes con EPO y DM
DM: diabetes mellitus; EPO: enfermedad periodontal; HbA _{1c} : hemoglobina glucosilada.	

BIBLIOGRAFÍA

- Negrato CA, Tarzia O. Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetol Metab Syndr* 2010;2:3.
- Löe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993;16:329-34.
- Borgnakke WS, Ylöstalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *J Periodontol* 2013;84(4 Suppl):S135-52.
- Ide R, Hoshuyama T, Wilson D, Takahashi K, Higashi T. Periodontal disease and incident diabetes: a seven-year study. *J Dent Res* 2011;90:41-6.
- Boillot A, El Halabi B, Batty GD, Rangé H, Czernichow S, Bouchard P. Education as a predictor of chronic periodontitis: a systematic review with meta-analysis population-based studies. *PLoS One* 2011;6:e21508.
- Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. *Ann Periodontol* 2001;6:99-112.
- Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012;55:21-31.
- Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5): CD004714.
- Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33:421-7.
- Liew AK, Punnanithinont N, Lee YC, Yang J. Effect of non-surgical periodontal treatment on HbA1c: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Aust Dent J* 2013;58:350-7.
- Sgolastra F, Severino M, Pietropaoli D, Gatto R, Monaco A. Effectiveness of periodontal treatment to improve metabolic control in patients with chronic periodontitis and type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Periodontol* 2013;84:958-73.
- Janket SJ. Scaling and root-planing (SRP) may improve glycemic control and lipid profile in patients with chronic periodontitis (CP) and type 2 diabetes (DM2) in a specific subgroup: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Evid Based Dent Pract* 2014;14:31-3.
- American Diabetes Association Initial Evaluation and Diabetes Management Planning. Standards

of medical care in diabetes-2015: summary of revisions. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1): S17-9.

14. Engbretson SP, Hyman LG, Michalowicz BS, et al. The effect of nonsurgical periodontal therapy on hemoglobin A1c levels in persons with type 2 diabetes and chronic periodontitis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310:2523-32.
15. Van der Weijden GA, Hioe KP. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol* 2005;32(Suppl 6):S214-28.
16. Robinson PG, Deacon SA, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV, et al. Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD002281.