

TRATAMIENTO DENTAL EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA - CASO CLÍNICO

Recibido para arbitraje: 16/02/2005

Aceptado para publicación: 05/12/2005

- **Rolando P. Juárez** Docente de la Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (FONNE). Jefe de la División de Docencia e Investigación, Hospital Central de Odontología, Ministerio de Salud Pública, Provincia del Chaco.
- **Julia F. López** Coordinadora General de los Programas de Concurrencias y Pasantías y Directora del Hospital Central de Odontología. Ministerio de Salud Pública, Provincia del Chaco.

Resumen

La cetoacidosis diabética (CD) es un estado de deficiencia relativa o absoluta de insulina. Se da principalmente en pacientes con diabetes tipo 1. La causas más comunes son infecciones subyacentes, interrupción del tratamiento con insulina y el inicio de una diabetes. La CD está típicamente caracterizada por hiperglicemia y acidosis con cetonemia y cetonuria. Presentamos un caso de absceso dentoalveolar en un paciente con CD. El reconocimiento y tratamiento de los factores desencadenantes y monitoreo frecuente de los pacientes son considerados los aspectos más cruciales del manejo de la CD.

Palabras clave: diabetes, cetoacidosis, factores desencadenantes, infección dentoalveolar.

Summary

Diabetic ketoacidosis (DKA) is a state of absolute or relative insulin deficiency. It is seen primarily in patients with type 1 diabetes. The most common causes are underlying infection, disruption of insulin treatment, and new onset of diabetes. DKA is typically characterized by hyperglycemia and acidosis with ketonemia and ketonuria. We reported a case of dental abscess in a patient with DKA. Recognition and treatment of precipitating factors and frequent monitoring of patients are considered the most crucial aspects of the management of DKA.

Key words: diabetes, ketoacidosis, precipitating factors, dento-alveolar infection.

Introducción

La cetoacidosis diabética (CD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus (DM). Esta emergencia, es más frecuente en la diabetes tipo 1 (antes diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil), produciéndose por la acumulación de subproductos del metabolismo de las grasas (cetonas), que se presenta cuando no hay glucosa disponible como fuente de energía para el organismo, como consecuencia del déficit de insulina.(1)

Los síntomas más frecuentes son polidipsia, poliuria, pérdida de peso, náuseas, vómitos, dolor abdominal y visión borrosa. Mientras que los principales signos son la deshidratación, hipotensión, taquicardia, hiperventilación, halitosis cetónica, confusión, somnolencia y coma.(2)

Se mencionan como causas desencadenantes, en orden de importancia la suspensión de la terapia insulínica, el inicio clínico de la enfermedad en diabéticos insulino dependientes, infecciones, el estrés quirúrgico, el embarazo y las transgresiones alimentarias.(3,4)

Otro factor causal de importancia son las infecciones agudas. Dentro de las infecciones se citan usualmente las respiratorias, urinarias y de piel.(5,6) En la literatura internacional existen pocos reportes de infecciones bucales agudas como factor desencadenante de CD.(7-9)

La mortalidad de la CD varía entre el 3 y 7%, dependiendo más de las condiciones causales que del síndrome mismo, siendo las principales causas de muerte la sepsis y los accidentes vasculares.(10,11)

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de un absceso dentoalveolar asociado a CD y discutir la relación entre ambas patologías.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino y 40 años de edad se presenta a la consulta odontológica con gran dolor, exhibiendo un absceso del espacio canino, (Figura 1). La historia clínica reveló que padecía de diabetes tipo 1 no controlada adecuadamente, debido a problemas familiares que le generaban estrés, desde hace aproximadamente seis meses. Dos días antes a la consulta, comienza a tener poliuria, polidipsia y náuseas, que asocia a la automedicación que estaba realizando hace una semana con antibióticos y analgésicos, para su problema infeccioso.



Figura 1
Aspecto clínico del absceso del espacio canino, en vías de drenaje espontáneo cerca del canto interno del ojo.

En la inspección bucal, se observó una tumefacción vestibular en la región del canino superior derecho, (Figura 2). En la radiografía panorámica se apreciaron numerosos focos infecciosos, (Figura 3).



Figura 2
Absceso dentoalveolar asociado a restos radiculares del 1.3 y 1.4.



Figura 3
En la imagen radiográfica se aprecia el deplorable estado bucal.

Durante el interrogatorio, la paciente se mostró consciente y alerta. El examen físico reveló la presencia de deshidratación, presión arterial normal (130/80 mm Hg), taquicardia (130 lpm) y taquipnea (28 resp./min.).

Ante la sospecha de la presencia de un cuadro de CD, la paciente fue derivada para su internación, donde los análisis solicitados mostraron las siguientes alteraciones bioquímicas: hiperglicemia, acidosis metabólica, hipocalcemia, cetonuria y leucocitosis. El tratamiento consistió en hidratación e insulino terapia. Previa administración de penicilina y metronidazol i.v., se realizó bajo anestesia general el drenaje del absceso facial y la exodoncia del 1.3 y 1.4. Luego de tres días de internación, habiéndose revertido la acidosis metabólica y normalizado la glucemia, se dio el alta hospitalaria bajo tratamiento con insulina s.c., sometiendo a la paciente a un control clínico y bioquímico periódico. Como medicación antibiótica se indicó amoxicilina con ácido clavulánico durante 10 días, procediéndose durante ese período a la eliminación de los otros focos infecciosos.

Discusión

El conocimiento de la etiología y sintomatología acompañante a la CD, nos permitió realizar un correcto abordaje de esta emergencia, generalmente ignorada en la comunidad odontológica, dado que la complicación más frecuente de la DM en el consultorio odontológico es el choque hipoglucémico. Será necesario un correcto diagnóstico diferencial.(12)

Las emergencias relacionadas con la hiperglicemia se desarrolla más lentamente que las crisis de hipoglucemia; generalmente, ocurren después de una elevación prolongada de glucosa en sangre. Los clásicos signos (temblores, sudoración, confusión) y síntomas (agitación, somnolencia, dolor de cabeza, habla poco clara) de la hipoglucemia, pueden no estar siempre presentes inmediatamente antes de una severa reacción de hipoglucemia; contrariamente a la CD, donde la sintomatología comienza días o semanas antes de la emergencia, presentando además, características diferentes.(13)

En nuestro caso, el inicio de la CD se podría atribuir a la falta de control de la DM y al estrés. Sin embargo, el comienzo de la emergencia en coincidencia con la presencia de un absceso dentoalveolar, nos hace pensar que esa infección aguda pudo haber sido otro factor etiológico desencadenante, a pesar de ser un hecho poco común.

Se deberá tener en cuenta que las infecciones odontogénicas suelen cursar con sintomatología sistémica, tal como fiebre, escalofríos, letargo y deshidratación. Es importante tener siempre en cuenta la posibilidad de la existencia, en ese marco clínico, de una enfermedad sistémica oculta subyacente.(8) Nuestra paciente nos advirtió sufrir de DM tipo I, pero si esta observación no hubiese ocurrido, la poliuria, polidipsia y náuseas presentes con anterioridad al diagnóstico de certeza, son signos de una enfermedad sistémica comorbida.

Es bien sabido que los pacientes diabéticos tienen una sensibilidad incrementada a la infección, como resultado de una disminución de la quimiotaxis de los PM neutrófilos y la depresión de la inmunidad mediada por células. Pero a su vez, la infección oral por sí, puede contribuir a elevar los niveles de glucosa sanguínea y así provocar las complicaciones posteriores de la diabetes.(14)

La rapidez en nuestro accionar se debió al conocimiento de que, un gran número de casos de muerte reportados en la literatura a causa de la CD, estuvieron relacionados con infecciones.(9) De allí, la importancia de la pronta internación del paciente y de instaurar un tratamiento multidisciplinario, específico y agresivo, exactamente como en el pie diabético agudo infeccioso.(15)

Este caso tipifica la necesidad del entrenamiento del odontólogo general en el reconocimiento de esta emergencia y de poner en conocimiento del equipo médico, de la asociación entre CD e infecciones bucales.

Bibliografía

1. Slavkin HC. Diabetes, clinical dentistry and changing paradigms. *J Am Dent Assoc* 1997, 128: 638-644.
2. Crofford OB. Diabetes control and complications. *Annu Rev Med* 1995, 46: 267-279.
3. Musey VC, Lee JK, Crawford R, Klatka MA, McAdams D, Phillips LS. Diabetes in urban African-Americans. I. Cessation of insulin therapy is the major precipitating cause of diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care* 1995, 18: 483-9.
4. Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, Walravens P, Roback M, Rewers M, Hamman RF, Klingensmith G. Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. *JAMA* 2002, 287: 2511-8.
5. Levovitz HE. Diabetic ketoacidosis. *Lancet* 1995, 345: 767-772.
6. Marco Martínez A, Herranz de la Morena L, Pérez Unanua MP, García Ingelmo T, Pallardo Sánchez LF. Diabetic ketoacidosis in patients with soft-tissue necrotizing infections. *An Med Interna* 2000, 17: 254-6.
7. Moskow DE. Dentoalveolar abscess complicated by diabetic ketoacidosis in a previously undiagnosed diabetic: report of case. *J Conn State Dent Assoc* 1988, 62: 126-9.
8. Shahgoli S, Shapiro R, Best JA. A dentoalveolar abscess in a paediatric patient with ketoacidosis caused by occult diabetes mellitus: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1999, 88: 164-166.
9. Chandu A, MacIsaac RJ, Smith ACH, Bach LA. Diabetic ketoacidosis secondary to dento-alveolar infection. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002, 31: 57-59.
10. Hassanein MM, Croall J, Ewins DL et al. An unusual cause of diabetic ketoacidosis and fulminant septicaemia. *Diabet Med* 2003, 20: 242-4.
11. Bhansali A, Chattopadhyay A, Dash RJ. Mortality in diabetes: a retrospective analysis from a tertiary care hospital in North India. *Diabetes Res Clin Pract.* 2003, 60: 119-24.
12. alili D. Oral and dental complications associated with diabetes and their treatment. *Compend Contin Educ Dent* 1994, 15: 496-509.
13. Mealey BL. Impact of advances in diabetes care on dental treatment of the diabetic patient. *Compend Contin Educ Dent* 1998, 19: 41-58.
14. Sykes LM and Sukha A. Potential risk of serious oral infections in the diabetic patient: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2001, 86: 569-73.
15. Bell GW, Large DM, Barclay SC. Oral health care in diabetes mellitus. *Dent Update* 1999, 26: 322-8, 330.