



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.65-72

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1092>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 65-72







Manejo del paciente diabético atendidos en la consulta odontológica

Management of diabetic patients seen in the dental office

Gestão de pacientes diabéticos atendidos no consultório dentário

Lisseth Isabel Pulgarin Reyes¹; Jossue Tarquino Narvaez Guerrero²; Thalia Gabriela Alvarez Centeno³; César Gerardo Mejía Gallegos⁴

RECIBIDO: 23/02/2023 **ACEPTADO:** 12/03/2023 **PUBLICADO:** 02/05/2023

1. Especialista en Endodoncia; Odontóloga; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; lisseth.pulgarinr@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0000-5865-4259>
2. Especialista en Periodoncia e Implantología Quirúrgica; Odontólogo; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; rjossue.narvaezg@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0002-2380-9753>
3. Magíster en Medicina Forense; Odontóloga; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; thalia.alvarezc@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0007-4979-1295>
4. Magíster en Diseño Curricular; Diploma Superior en Diseño Curricular por Competencias; Especialista en Endodoncia; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; cesar.mejiag@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0001-4690-4019>

CORRESPONDENCIA

Lisseth Isabel Pulgarin Reyes

lisseth.pulgarinr@ug.edu.ec

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica que se considera está presente en una extensa población. En la práctica diaria odontológica, es común que se presenten pacientes que padecen esta enfermedad, por lo que, es necesario estar conscientes para tener un abordaje médico adecuado. Los tratamientos dentales, no deben iniciarse hasta tanto se tenga la certeza de que el paciente diabético está debidamente controlado. Esto se debe, a que el paciente no solo está expuesto a descompensaciones metabólicas sino a complicaciones por cicatrización, infección y sangrado secundario por defectos en la herida. La enfermedad periodontal, las caries y la pérdida de dientes son consecuencias frecuentes de los pacientes con diabetes. En tal sentido, a través de la siguiente revisión bibliográfica se ofrece un análisis de la relación bidireccional entre la diabetes y la salud bucal. Existe evidencia sustancial que demuestra que la diabetes, asociada a un mal control de la glucemia, representa un importante factor de riesgo para la aparición de periodontitis de forma bidireccional, por lo tanto se explora la conexión entre la diabetes mellitus y los tratamientos odontológicos, además de los cuidados y manejos que el médico tratante debe tener en dichos pacientes.

Palabras clave: Diabetes, Enfermedad Periodontal, Tratamiento Dental.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease that is considered to be present in a large population. In daily dental practice, it is common for patients suffering from this disease to appear, so it is necessary to be aware in order to have an adequate medical approach. Dental treatments should not be started until it is certain that the diabetic patient is properly controlled. This is due to the fact that the patient is not only exposed to metabolic decompensation but also to complications due to healing, infection and secondary bleeding due to defects in the wound. Periodontal disease, cavities and tooth loss are frequent consequences of patients with diabetes. In this sense, through the following bibliographical review, an analysis of the bidirectional relationship between diabetes and oral health is offered. There is substantial evidence that demonstrates that diabetes, associated with poor glycemic control, represents an important risk factor for the appearance of periodontitis in a bidirectional way, therefore the connection between diabetes mellitus and dental treatments is explored, in addition of the care and management that the treating physician must have in said patients.

Keywords: Diabetes, Periodontal Disease, Dental Treatment.

RESUMO

A diabetes é uma doença crónica que se considera estar presente numa grande população. Na prática dentária diária, é comum ver pacientes que sofrem desta doença, pelo que é necessário estar atento para ter uma abordagem médica adequada. Os tratamentos dentários não devem ser iniciados até se ter a certeza de que o doente diabético está devidamente controlado. Isto porque o doente não só está exposto a uma descompensação metabólica, como também a complicações devido a cicatrizes, infecções e hemorragias secundárias de defeitos nas feridas. A doença periodontal, a cárie e a perda de dentes são consequências frequentes dos doentes com diabetes. A este respeito, a seguinte revisão da literatura fornece uma análise da relação bidireccional entre a diabetes e a saúde oral. Existem evidências substanciais de que a diabetes, associada a um mau controlo glicémico, representa um importante factor de risco para a ocorrência de periodontite de uma forma bidireccional, pelo que se explora a relação entre a diabetes mellitus e o tratamento dentário, bem como os cuidados e a gestão que o médico assistente deve ter nestes pacientes.

Palavras-chave: Diabetes, Doença Periodontal, Tratamento Dentário.

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica compleja caracterizada por hiperglucemia crónica debido a la “disminución de la producción de insulina, al debilitamiento de la acción de la insulina o a una combinación de ambos, que conlleva a la incapacidad de transferir la glucosa del torrente sanguíneo a los tejidos (American Diabetes Association, 2015).

Los pacientes diabéticos también muestran alteración del metabolismo de lípidos o proteínas. Las principales complicaciones derivadas de la falta de un control metabólico adecuado a largo plazo de la enfermedad son problemas microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía), problemas macrovasculares (problemas cardiovasculares y cerebrovasculares) y una mayor vulnerabilidad a infecciones con heridas más difíciles de curar (Nazir, 2017).

Los principales tipos de diabetes son el tipo 1 y el tipo 2, pero también existen algunos tipos menos comunes.

La Diabetes Mellitus tipo 1, también conocida como Diabetes Mellitus Insulin-Dependent (DM1) “está provocada por una destrucción autoinmune de las células β , localizadas en el páncreas y específicamente en los islotes de Langerhans, que son las encargadas de la producción de insulina” (American Diabetes Association, 2020). La aparición de este tipo de diabetes, que determina un importante déficit de insulina y afecta al 5-10% del total de pacientes diabéticos, es más frecuente en niños y adultos jóvenes.

La diabetes tipo 1 es clínicamente muy inestable y de difícil control, muestra una tendencia sustancial a la cetosis y al coma, no está precedida de obesidad y requiere inyecciones de insulina. Los pacientes con este tipo de diabetes presentan síntomas tradicionalmente asociados a la diabetes, como polifagia, polidipsia, poliuria y propensión a infecciones.

La Diabetes Mellitus tipo 2, también conocida como Diabetes Mellitus No Insulino-Dependiente (DM2), “es causada por una resistencia periférica a la función de la insulina, con el consiguiente aumento de la producción de glucosa en el hígado” (American Diabetes Association, 2020). Las células β pancreáticas, que producen insulina, no son destruidas por la reacción autoinmune.

La diabetes tipo 2 es el tipo más común y afecta al 90-95% de los pacientes, con un inicio más frecuente en la edad adulta. Generalmente, los pacientes no son conscientes de que están enfermos y la enfermedad solo se diagnostica como resultado de síntomas o complicaciones graves.

La diabetes tipo 2 generalmente afecta a las personas obesas por lo que se puede controlar con éxito a través de la dieta o medicamentos hipoglucemiantes. Este tipo puede presentar los mismos síntomas que la diabetes tipo 1 pero en una forma menos grave, mientras que rara vez produce cetosis o coma (Seymour, Ford, & Cullinan, 2007).

La diabetes está relacionada con una mayor vulnerabilidad y gravedad de las infecciones orales. Se ha descrito que los pacientes diabéticos padecen numerosas afecciones a nivel bucal, “que incluyen queilitis, sequedad y fisuras de la mucosa oral, ardor en la boca y la lengua, disminución de la salivación y modificaciones de la microflora oral, con predominio particular de *Candida Albicans*, estreptococos hemolíticos y estafilococos” (Dandona, Aljada, & Bandyopadhyay, 2004).

En este sentido, el manejo del paciente diabético debe considerarse un caso especial en la consulta odontológica, es por ello que a través de la siguiente revisión bibliográfica se busca brindar al lector información importante acerca del abordaje de estos pacientes para minimizar los factores de riesgos que están presentes.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema Manejo del paciente diabético atendidos en la consulta odontológica. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

Los pacientes diabéticos presentan varias afecciones a nivel bucal, uno de ellos es la xerostomía o sequedad en la boca. Esto se debe a la baja producción de saliva siendo uno de los síntomas que frecuentemente reportan los pacientes diabéticos. Esto explica cómo una disminución de la saliva puede determinar una serie de problemas bucales, ya que los elementos esenciales para la lubricación y protección de los dientes ya no están presentes.

De hecho, la composición de la saliva incluye elementos capaces de controlar los niveles de acidez en la propia saliva y neutralizar las toxinas bacterianas, destruir los microorganismos y detener su adherencia, manteniendo así la integridad de los dientes y la mucosa. Sin estos factores, la cavidad oral se vuelve más susceptible a la acumulación de placa y por lo tanto a la caries, infecciones bacterianas y virales y/o micosis (Heitz-Mayfield, 2015).

La diabetes también representa un factor de riesgo comprobado para la enfermedad periodontal. Dicha correlación aumenta con la edad del paciente y con el empeoramiento de las condiciones sistémicas. No obstante, si los pacientes diabéticos mantienen

sus niveles metabólicos bajo control, con el tiempo, tienen menos probabilidades de desarrollar enfermedades periodontales en comparación con los pacientes que manejan sus valores metabólicos de manera menos efectiva.

Manejo del Paciente Diabético en Odontología

Para evaluar a los pacientes diabéticos de la mejor manera posible, los dentistas deben conocer todos los síntomas y signos orales y generales de la diabetes que sus pacientes puedan experimentar. Por lo tanto, es necesario realizar una evaluación completa del historial médico, incluido el tipo de diabetes, la edad de inicio, la duración de la enfermedad, las complicaciones diabéticas previas, los medicamentos y la forma de administración.

Los dentistas deben ser plenamente conscientes del cumplimiento de los pacientes con el manejo de esta enfermedad sistémica y también deben comprender claramente los métodos de evaluación utilizados para el control metabólico, asegurándose de registrar todos los resultados de laboratorio más recientes y posiblemente contactando a un especialista en diabetes si es necesario (Campus, Salem, & Uzzau, 2005).

Puede ser útil para los dentistas tener los medios para monitorear la glucemia en su consultorio, mediante el uso de un pequeño dispositivo que recoge unas gotas de sangre del dedo del paciente y las coloca en una tira de papel con reactivos especiales que permiten una lectura inmediata de los niveles de glucemia del paciente. "Si el valor supera los 140 mg/dl, se debe contactar a un especialista en diabetes antes de realizar el procedimiento dental programado" (Tonetti, D'Aiuto, & L., 2007). Las sesiones con este tipo de pacientes deben ser cortas y lo menos traumáticas posible, tratando de reducir cualquier componente de estrés.

No se debe suspender ningún medicamento durante el tratamiento dental y se debe continuar con la dieta prescrita por el médico, así como con el control de los niveles de glucemia.

Es recomendable programar las sesiones por la mañana porque los niveles de corticoides endógenos suelen ser más elevados. El paciente no debe llegar con el estómago vacío, sino que debe comer normalmente. En la mayoría de los casos, el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1 o 2 bien controlada es comparable desde una perspectiva periodontal al tratamiento de pacientes sistémicamente sanos (Dandona, Aljada, & Bandyopadhyay, 2004).

Una visita dental y periodontal es obviamente la base de un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado. Los tratamientos dentales ordinarios y los pequeños procedimientos quirúrgicos periodontales bajo anestesia local se pueden realizar sin precauciones especiales, teniendo en cuenta las posibles interferencias dietéticas. La pequeña dosis de adrenalina contenida en el vial de anestésico rara vez aumenta los niveles de glucosa en plasma. “Para prevenir los episodios de hipoglucemia, es preferible programar las citas a primera hora de la mañana, después de desayunar y después de tomar los medicamentos prescritos. Los valores ideales de glucemia deben estar entre 120 y 180 mg/dl (Seymour, Ford, & Cullinan, 2007).

Pacientes diabéticos desequilibrados

Los pacientes con diabetes no controlada o mal controlada no deben someterse a ningún tratamiento periodontal hasta que su condición sistémica se haya estabilizado.

De hecho, en estos casos, “la diabetes podría comprometer los resultados del tratamiento, dada la disminución de la respuesta inmune del paciente y el mayor tiempo de cicatrización de las heridas” (Nazir, 2017).

En caso de tratamientos odontológicos de urgencia, se debe administrar un ciclo antibiótico preventivo para minimizar la aparición de infecciones postoperatorias.

Pacientes diabéticos tratados solo con dieta

Estos pacientes suelen ser ancianos y obesos, con poca tendencia a la cetosis; si se manejan adecuadamente, muchos de ellos pueden tolerar bien los procedimientos quirúrgicos menores, como extracciones únicas bajo anestesia local. También se puede programar una breve sesión bajo anestesia general sin precauciones particulares, mientras se controlan los niveles de glucosa en la orina antes del procedimiento y cada dos horas durante la recuperación postoperatoria. Estos pacientes deben someterse a anestesia general en un entorno hospitalario, para que en caso de aparición de cetonuria, los niveles de glucosa en plasma puedan evaluarse rápidamente.

No todos estos tipos de pacientes pueden manejarse bien y, en algunos casos, deben ser hospitalizados antes del procedimiento para una evaluación preoperatoria y posible administración de insulina para estabilizar su condición. Los niveles de glucosa en plasma deben controlarse antes y después del procedimiento.

Pacientes diabéticos tratados con insulina

La insulina se utiliza como fármaco principal para la diabetes tipo 1 y como tratamiento de sustitución para la diabetes tipo 2 resistente a la dieta para los hipoglucemiantes orales.

Las insulinas se clasifican según el momento de su acción y se dividen en de acción rápida, de acción intermedia y de acción prolongada; cada categoría tiene un inicio, un pico y una duración, y las inyecciones se programan para que los niveles plasmáticos máximos coincidan con los picos de glucosa posprandiales (American Diabetes Association, 2020).

Los clínicos “deben conocer las características de cada medicamento y el tratamiento periodontal debe realizarse de manera para evitar picos de insulina y posibles episodios de hipoglucemia” (Heitz-Mayfield, 2015).

Si la diabetes del paciente está bajo control, los procedimientos quirúrgicos periodontales menores pueden programarse normalmente y realizarse con anestesia local, sin modificar el curso del tratamiento. Como precaución, se debe permitir una dieta normal después del procedimiento quirúrgico, que normalmente se debe realizar dos horas después del desayuno y después de la primera inyección de insulina. En pacientes bien manejados, se pueden realizar procedimientos quirúrgicos más desafiantes bajo anestesia general, asegurándose de posponer la ingesta de alimentos y la administración de insulina después del procedimiento.

De acuerdo con Heitz-Mayfield, (2015), los procedimientos más complejos, como la inserción de múltiples implantes, deben realizarse en un entorno hospitalario y deben seguirse las siguientes precauciones:

1. El paciente debe estar hospitalizado antes del procedimiento quirúrgico para ser evaluado;
2. Previo al procedimiento, el paciente debe someterse a un nuevo tratamiento con insulina de acción rápida. La insulina se puede administrar dos o tres veces al día y la situación debe ser monitoreada y evaluada mediante pruebas de glucosa plasmática (en ayunas, al mediodía y antes de la cena);
3. El procedimiento debe realizarse a primera hora de la mañana para evitar cualquier complicación quirúrgica que pueda surgir va a retrasar en exceso la administración de insulina y por tanto el manejo de la enfermedad;
4. Entre las 8:00 y las 9:00 am del día del procedimiento, se deben evaluar los niveles de glucosa en plasma; posterior-

mente, el paciente debe recibir una infusión con una solución de glucosa al 10% que contiene dos unidades de insulina y dos mmol/l de potasio, hasta que pueda reanudar una dieta normal; en ese momento, se reanuda el regimiento de insulina utilizado antes del procedimiento;

5. Los niveles de glucosa en plasma deben controlarse cada 3-4 horas hasta que se pueda reanudar una dieta normal.

Procedimientos quirúrgicos

Se deben hacer algunas observaciones adicionales con respecto al tratamiento y cuidado que requieren los pacientes diabéticos sometidos a procedimientos quirúrgicos más complejos. “Los procedimientos quirúrgicos periodontales se pueden realizar solo si el paciente puede mantener una dieta normal durante la recuperación postoperatoria utilizando, si es necesario, suplementos dietéticos” (Borrell & Papanou, 2015). En algunos casos, se omiten las dosis intermedias diarias de insulina, asegurándose de que el paciente reciba una infusión de glucosa intravenosa y que los niveles de glucosa, constantemente monitoreados, se utilicen para determinar la necesidad de cualquier dosis adicional de insulina.

De acuerdo con American Diabetes Association, (2020) las precauciones que se deben tomar durante una cirugía bucal realizada a un paciente diabético se basan en las siguientes:

- el tipo y la gravedad de la diabetes y las complicaciones relacionadas con la neuropatía simpática (con riesgo de episodios de hipotensión y paro cardíaco);
- tipo de anestésico utilizado;
- tipo y grado de interferencia con los hábitos dietéticos del paciente.

Tratamiento de mantenimiento periodontal

La mayoría de los pacientes que padecen periodontitis pueden ser controlados mediante una prevención primaria eficaz y efi-

ciente y un tratamiento de mantenimiento periodontal adecuado. Sin embargo, para algunos pacientes, el tratamiento no es efectivo y la progresión de la enfermedad periodontal solo puede ralentizarse. “El tipo de tratamiento preferible para este tipo de pacientes es inicialmente no quirúrgico, consistente en raspado y/o alisado radicular, y posteriormente conlleva un plan de mantenimiento con sesiones de seguimiento no más de cada 2-3 meses” (Mealey & Rose, 2018).

En pacientes diabéticos, la profundidad de sondaje y el índice inflamatorio tienden a evolucionar más rápido, por lo que se deben evitar factores de riesgo como el tabaquismo, el alcohol y las bebidas con cafeína. La educación de los pacientes diabéticos para el control de la placa es fundamental, ya que estos individuos suelen estar sujetos a modificaciones de la microflora bucal que pueden favorecer el desarrollo de las bacterias potencialmente más patógenas (American Diabetes Association, 2015).

Tratamiento de implantes en pacientes diabéticos

El uso de implantes en pacientes diabéticos sigue siendo controvertido hasta el día de hoy. De hecho, no existen pautas sobre el tipo de diabetes, la edad de inicio, los niveles de control a largo plazo y, generalmente, los únicos parámetros diagnósticos y terapéuticos se basan en juicios clínicos subjetivos.

Por otra parte, el uso de implantes en pacientes con diabetes bien controlada ha sido abundantemente documentado. Los principales cambios óseos observados en pacientes diabéticos mal controlados son los siguientes:

Inhibición de la formación de la matriz de colágeno, modificaciones de la síntesis de proteínas, aumento del tiempo de demora en la materialización de la matriz osteoide, reducción del número de osteoblastos y osteoclastos con la

consiguiente disminución del recambio óseo y de producción de osteocalcina (Borrell & Papanou, 2015).

Sin embargo, los pacientes diabéticos que se someten a un tratamiento con implantes no están sujetos a una tasa de fracaso más alta que la población normal si sus niveles de glucosa en plasma están bajo control y dentro de los parámetros normales.

Manejo de Emergencias Médicas

Las situaciones de emergencia, cuando los niveles de glucemia son extremadamente bajos, provocan un desequilibrio de la insulina. Este estado de hipoglucemia debe abordarse con prontitud para evitar un empeoramiento progresivo de la condición del paciente que finalmente puede resultar en un coma.

Los síntomas de hipoglucemia son “paliidez, sudoración, taquicardia, sensación de hambre, dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, nerviosismo, fatiga, vértigo, visión borrosa, confusión mental y dolor abdominal” (American Diabetes Association, 2020). Uno o más de estos síntomas son suficientes para sospechar un episodio de hipoglucemia. En este caso, se le debe administrar al paciente terrones de azúcar, o dos cucharaditas de té, o jugo de frutas y luego esperar 5-10 minutos; si la situación no mejora, se debe repetir el tratamiento.

Si la hipoglucemia provocó pérdida del conocimiento o convulsiones, se debe colocar un terrón de azúcar entre los dientes y la mejilla del paciente, evitando líquidos por riesgo de atragantamiento. Si después de 5-10 minutos del segundo tratamiento, todavía no hay mejoría, se debe administrar una inyección de glucagón, si está disponible, o se debe transportar al paciente al hospital más cercano (Borrell & Papanou, 2015).

El coma hiperosmolar es normalmente una complicación de la diabetes mellitus tipo 2 y “es el resultado de una deshidratación grave

causada por una diuresis osmótica prolongada relacionada con la hiperglucemia y la falta de reposición de los líquidos perdidos” (Nazir, 2017). Los síntomas son ataques epilépticos, infecciones y complicaciones trombóticas debido al aumento de la viscosidad de la sangre. En este caso, el paciente debe ser hospitalizado inmediatamente.

Conclusión

Existe evidencia sustancial que demuestra que la diabetes, asociada a un mal control de la glucemia, representa un importante factor de riesgo para la aparición de afecciones en el área bucal. Las complicaciones asociadas con la diabetes son importantes para las personas afectadas. La enfermedad periodontal, las caries y la pérdida de dientes son consecuencias comunes.

Dada la frecuencia de las complicaciones orales en los pacientes diabéticos, los dentistas suelen estar entre los primeros especialistas en tratar una enfermedad aún no diagnosticada o bien controlada. Por lo tanto, debido a la alta incidencia de diabetes mellitus en las personas, los odontólogos deben estar familiarizados con los diferentes problemas asociados al tratamiento odontológico de los pacientes diabéticos y con las formas de afrontar las posibles emergencias.

La mayoría de los pacientes con diabetes bien controlada son buenos candidatos para un tratamiento periodontal completo, aunque se debe evaluar cuidadosamente la posible aparición de complicaciones médicas asociadas a la diabetes. Si la diabetes no está bien controlada, se debe consultar a un especialista para programar el procedimiento quirúrgico manteniendo el mejor control metabólico posible.

Bibliografía

- American Diabetes Association. (2015). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Position statement. *Diabetes Care*, S37-S42.
- American Diabetes Association. (2020). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes. Recuperado el 27 de Abril de 2023, de <https://doi.org/10.2337/dc20-Sint>
- Borrell, L., & Papanou, P. (2015). Analytical epidemiology of periodontitis. *J Clin Periodontol*, 132-58.
- Campus, G., Salem, A., & Uzzau, S. (2005). Diabetes and Periodontal Disease: a case control study. *J Periodontol*, 418-25.
- Dandona, P., Aljada, A., & Bandyopadhyay, A. (2004). Inflammation: the link between insulin resistance. *Trends Immunol*, 4-7.
- Heitz-Mayfield, L. (2015). Disease Progression: Identification of high-risk group and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol*, 196-209.
- Mealey, L., & Rose, L. (2018). Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes&Obesity*, 135-41.
- Nazir, M. (2017). Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int. J Health Sci*, 24-38.
- Seymour, G., Ford, P., & Cullinan, M. (2007). Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin. Microbiol Infect*, 3-10.
- Tonetti, M., D’Aiuto, F., & L., N. (2007). Treatment of periodontitis and endothelial function. *N. Engl. J. Med*, 911-920.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Pulgarin Reyes, L. I., Narvaez Guerrero, J. T., Alvarez Centeno, T. G., & Mejia Gallegos, C. G. (2023). Manejo del paciente diabético atendidos en la consulta odontológica. *RECIAMUC*, 7(2), 65-72. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.65-72](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.65-72)