

Protocolo de atención en cirugía de terceros molares en pacientes diabéticos: revisión bibliográfica

Care protocol in third molar surgery in diabetic patients: a bibliographic review

Belén Cantos-Álvarez ^{1,a}, José Aguilar-Maldonado ^{1,b},
Cristina Crespo-Crespo ^{1,c}

¹ Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología, Azogues, Ecuador.

^a Odontóloga.

^b Maestro en Patología y Cirugía.

^c Doctora en Odontología.

Correspondencia:

Belén Cantos-Álvarez: bel.cantos@hotmail.com
Av. José Peralta y Nela Martínez Espinoza. Azogues.
Ecuador
ORCID: 0000-0003-4484-4398

Coautores:

José Aguilar-Maldonado: jdaguilarm@ucacue.edu.ec
ORCID: 0000-0001-5964-3105
Cristina Crespo-Crespo: cmcrespoc@ucacue.edu.ec
ORCID: 0000-0002-2398-217X

Editor:

Juan Carlos Cuevas-González
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: autofinanciado

Recibido: 21/02/22

Aceptado: 10/04/22

Publicado: 21/10/22

Resumen

La diabetes es una enfermedad metabólica, provocada por un aumento de glucosa en la sangre, que comúnmente afecta a gran población a nivel mundial. Es por eso que los pacientes diabéticos, en ciertos casos, requieren una atención odontológica debido a su alta prevalencia de problemas bucales o la necesidad de una exodoncia de terceros molares. En razón a lo planteado se realizó una revisión bibliografía en las bases de datos de SciELO, PubMed y Google Académico. No hubo ninguna restricción en el idioma y se consideró 130 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 50 artículos con un máximo de antigüedad de 5 años. Como resultados se pudo establecer un protocolo de atención en cirugía de terceros molares en pacientes diabéticos, tomando en cuenta los diferentes parámetros que se tiene que realizar previo al procedimiento quirúrgico. Se concluye que un protocolo de atención en cirugía de terceros molares debe contemplar un plan de tratamiento exitoso, tomando en cuenta los pasos más significativos como el llenado de la historia clínica y el control glucémico preoperatorio.

Palabras claves: Diabetes; Exodoncia; Protocolos clínicos; Tercer molar (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Diabetes is a metabolic disorder, caused by an increase in blood glucose, which commonly affects a large population worldwide. That is why diabetic patients in certain cases require dental care, due to their high prevalence of oral problems or the need for third molar extraction. Due to the above, a bibliographic review was carried out in the Scielo, Pubmed, and Google Scholar databases. There were no language restrictions and 130 articles were considered, according to the inclusion and exclusion criteria, 50 articles with a maximum age of 5 years were selected. As a result, it was possible to establish a care protocol for third molar surgery in diabetic patients, taking into account the different parameters that must be carried out before the surgical procedure. It is concluded that a care protocol in third molar surgery must contemplate a successful treatment plan, taking into account the most significant steps such as filling out the clinical history and preoperative glycemic control.

Keywords: Diabetes; Extraction; Clinical protocols; Third molar (source: MeSH NLM).

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad conocida desde la edad antigua antes de la era cristiana, fue referida en el Papiro de Ebers, que se presume fue escrito en el año 1500 ¹. La diabetes es una enfermedad metabólica crónica no trasmisible, que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Sus características clínicas varían dependiendo del tipo de diabetes, pero actualmente más que importar catalogar al paciente en una de ellas, es importante entender la patogénesis para un adecuado tratamiento. Existen tres tipos, la diabetes mellitus tipo 1 que no tiene la capacidad de producir suficiente insulina, lo que provoca que el paciente sea insulino dependiente y generalmente afecta a la población en etapas de infancia y juventud; la diabetes mellitus tipo 2 manifiesta una intolerancia de insulina, o una disminución en su producción. La media de edad de la población afectada es a los 45 años; entre sus factores de riesgo tenemos la obesidad, hipertensión arterial, mala alimentación, sedentarismo, genética y hábitos como el tabaquismo. En cuanto a la diabetes gestacional que es el otro tipo de diabetes a considerar, se da por una hiperglucemia como resultado de una intolerancia de insulina que se presenta durante los primeros tres meses de embarazo ²⁻⁸.

La diabetes es un problema de salud pública por lo que ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en toda América Latina, reportada incluso como la segunda causa de muerte más frecuente ⁶⁻⁸.

Actualmente, con frecuencia estos pacientes requieren extracciones dentales u otros procedimientos quirúrgicos odontológicos, por lo que todo profesional de la salud bucal debe saber valorar su estado físico y sistémico, así como el manejo clínico y farmacológico; valorando el control de glicemia y si presenta una hiperglicemia o hipoglicemia ⁷.

El paciente diabético presenta alteraciones bucodentales, llegando a afectar tanto a tejidos duros como blandos; debido a una disminución de la quimiotaxis de neutrófilos, que va a disminuir la resistencia inmunológica de los tejidos, provocando un mayor riesgo de infecciones

o patologías a nivel de la cavidad oral. Entre una de ellas es la enfermedad periodontal la cual provoca un desequilibrio en el sistema inmunológico llegando a causar una destrucción del periodonto, presencia de bolsas periodontales, movilidad y una pérdida dental; por tanto, ello llevaría a la realización de una cirugía pudiendo requerirla tanto pacientes jóvenes como adultos ⁹.

En razón a lo expuesto anteriormente, el objetivo de este artículo es presentar un protocolo de atención en cirugía de terceros molares en pacientes diabéticos mediante una revisión exhaustiva de literatura, teniendo en cuenta que dicha información podría ir cambiando debido a las actualizaciones de investigaciones científicas y a las normativas nacionales e internacionales.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica mediante las bases de datos: SciELO, Pubmed y Google Académico, además se utilizó información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. No hubo ninguna restricción en el idioma.

Las palabras clave fueron: diabetes, exodoncia, protocolo, tercer molar. Identificadas por medio de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), con la ayuda de los operadores booleanos AND/OR.

Para los criterios de inclusión se consideraron: artículos desde el año 2015 al 2021 que fueran tipo revisiones sistemáticas y trabajos originales. Fueron excluidas todas aquellas publicaciones que no cumplieron con el objetivo del estudio, tesis y casos clínicos.

La búsqueda inicial determinó 180 artículos, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se consideraron 130 artículos. Quedaron para el estudio 50 artículos por pertinencia y exactitud de su contenido (Figura 1).

Estado del arte

Definición y etiología

La diabetes es una enfermedad metabólica que se presenta debido al incremento de glucosa en la sangre, su

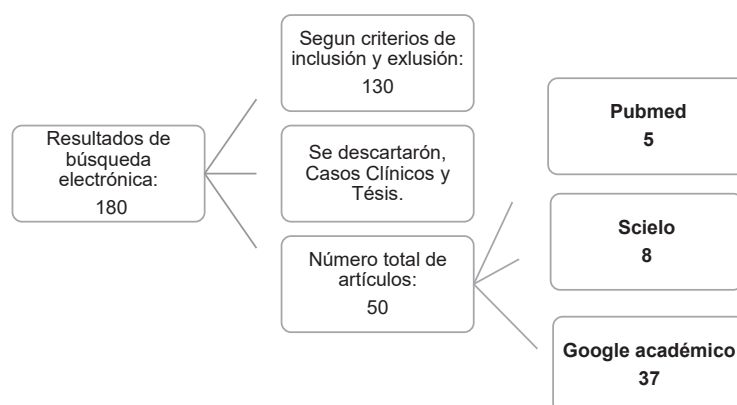


Figura 1. Ilustración de la estrategia de búsqueda.

producción se debe por las células beta del Islote de Langerhans en el páncreas. Esta se define como un síndrome heterogéneo caracterizado por una hiperglucemia de tipo crónica como consecuencia de un déficit en la acción de insulina, desencadenando complicaciones agudas y crónicas^{8,10}.

Aspectos clínicos de la enfermedad

Los pacientes con diabetes que presentan elevación en los niveles de glucosa sanguínea manifiestan síntomas como: polidipsia, poliuria, polifagia; así, como pérdida de peso.¹¹

En valores bajos de glucosa sanguínea manifiestan síntomas como: boca seca, palidez, palpitaciones, parestesia, irritabilidad, cefalea y convulsiones.¹²

Clasificación

La diabetes tipo 1 es provocada por la deficiencia de insulina y la destrucción de células beta que producen insulina en el páncreas. Su aparición comprende entre los 5 a 7 años o en la adolescencia; entre sus manifestaciones tenemos la presencia de cetoacidosis, una hiperglucemia moderada o severa. La diabetes tipo 2 se debe a tres factores: la incapacidad de responder a la acción de la insulina, un déficit de las células beta en el páncreas y un aumento de la producción hepática en ayunas y después de la ingesta de comidas. Este tipo de diabetes afecta a personas generalmente a partir de los 40 años, aunque cabe mencionar que puede presentarse antes o después de esta edad. El padecimiento está asociado a trastornos nutricionales como la obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia. La diabetes gestacional presenta un aumento de hormonas, como estrógenos y progestágenos, los cuales producen una disminución en los niveles de glucosa en ayunas. A medida que avanza las semanas de gestación la sensibilidad tisular de la insulina disminuye, incrementando energía al feto. El diagnóstico se realiza entre el segundo o tercer trimestre del embarazo, el valor normal de glucosa es de 120 mg/dl. Los embarazos complicados por diabetes pueden causar malformaciones fetales y la diabetes puede permanecer después del parto⁴⁻⁶. Sus factores son la obesidad, mala alimentación y sedentarismo; durante las primeras semanas suele presentar una disminución de glucemia en ayunas y un aumento de glucemia postprandial^{5,8,10,13-17}.

La diabetes MODY es producida por una mutación heterocigótica en los genes que realizan el crecimiento y maduración de las células beta pancreáticas, este tipo puede ser diagnosticado a cualquier edad, su sintomatología puede incluir polidipsia, infecciones dermatológicas, problemas en la visión y candidiasis¹⁸.

Otros tipos de diabetes específicos son asociados a defectos genéticos que afectan a la función de las células beta pancreáticas, alteraciones del páncreas exocrino, endocrinopatías, infecciones, síndromes genéticos o la inducida por fármacos¹⁹.

Diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes se basa en los criterios de la Asociación Americana de Diabetes tomando en cuenta los siguientes parámetros: 126 mg/dl glucemia en ayunas durante ocho horas, glicemia dos horas después de ingesta de glucosa oral mayor a 200 mg/dl, glucemia aleatoria en cualquier momento del día mayor de 200 mg/dl y hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayor o igual a 6,5%²⁰.

Además, dentro del diagnóstico de la diabetes se debe tomar en cuenta los diferentes estados la hiperglucemia y la hipoglucemia⁸.

– Hiperglucemia presenta un aumento de producción hepática de glucosa mayor a 140-180 mg/dl acompañado de ciertos signos y síntomas como polidipsia, poliuria, pérdida de peso, halitosis y en casos graves se puede manifestar episodios de vómito, deshidratación y taquicardia.

– Hipoglucemia manifiesta una disminución de producción hepática de glucosa menor a 70 mg/dl, su causa se debe a medicamentos que aumentan la glucosa, subdosis de insulina, infección, estrés emocional y físico. Los signos y síntomas frecuentes son taquicardia, convulsiones, desmayos, debilidad y sudoración.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c) es una de las pruebas que permite valorar el control glucémico en cualquier momento del día. La hemoglobina se encuentra formada por glóbulos rojos los cuales son permeables a la glucosa, cada día se destruyen un aproximado de 1%, por lo tanto, la cantidad de HbA1c presenta un cambio constante y presenta una glucemia media durante la vida útil del glóbulo rojo. La HbA1c es de 6,5% o más, y un alto riesgo de esta afección se encuentra entre 5,7- 6,4 %²¹⁻²³.

Glucemia al azar el diagnóstico se realiza con valores > 200 mg/dl con presencia de síntomas y entre valores de 140-180 mg/dl se debe confirmar con otra prueba porque tiene una especificidad del 92 al 98%²⁴.

Test de SOG (O'Sullivan) es un diagnóstico que se realiza a las mujeres embarazadas entre las semanas 24 a 28, se ejecuta dos horas después de la ingesta de alimentos con la glucemia de plasma venoso. En ayunas debe presentar un valor 90 mg/dl y 145 mg/dl después de la ingesta de alimentos^{24,25}.

Tratamiento

El tratamiento médico durante varios años la principal opción fue la utilización de metformina e insulina, es por eso por lo que el tratamiento debe buscar el mejoramiento del paciente evitando descompensaciones agudas y la presencia de síntomas como la poliuria, polidipsia o la pérdida de visión y peso. La diabetes mellitus tipo II el tratamiento con metformina va a reducir entre el 1 al 2% de hemoglobina glicosilada. En pacientes adultos mayores se utiliza las sulfonilureas, para disminuir en 1,5% de HbA1c. En pacientes no controlados las sulfonilureas son los fármacos más utilizados debido a su acción reforzada en la secreción

de insulina, además de su uso se puede agregar metformina para una efectividad del control glucémico^{26,27}.

La metformina tiene como acción reducir el nivel de producción basal de la glucosa, llegando a provocar un alto grado de insulina, este medicamento ha demostrado evitar complicaciones macro vasculares. El uso de este fármaco presenta efectos adversos como problemas gastrointestinales y está contraindicado en personas con insuficiencia renal, infarto del miocardio, acidosis láctica e hipoxia²⁷.

El uso de insulina es indicado cuando las dosis de los glucemiantes orales han fallado, este se maneja en el caso de complicaciones agudas como la cetoacidosis, diabetes tipo I y diabetes gestacional. La dosis de insulina depende del caso de cada paciente, este no debe superar los 0,5 UI/kg de peso, su uso de aplicación es en las mañanas. En un tratamiento combinado con agentes orales la dosis de insulina va a ser de 0,1 a 0,2 UI/kg de peso administrado en las noches²⁷.

Manejo oral del paciente diabético

El paciente diabético y su relación con la odontología manifiesta principalmente un déficit en reparación, regeneración y cicatrización. Acompañada de características fisiopatológicas que responden a lesiones en vasos sanguíneos y terminales nerviosas^{28,29}.

Por lo que los pacientes que padecen diabetes presentan una alta prevalencia de problemas bucales como: xerostomía, caries, periodontitis, abscesos, estomatitis, cicatrización retardada, entre estos el más frecuente es la pérdida dental; esto se puede dar debido a los niveles altos de azúcar provocando una disminución en la

cantidad de sangre de los tejidos duros y blandos de las piezas dentales. Un nivel bajo de oxígeno en sangre puede inducir una sobre estimulación de los osteoclastos llegando a tener como consecuencia la absorción del hueso por lo que las piezas dentales se volverán móviles. Además, entre las causas más comunes se encuentra asociado por la retinopatía diabética y la vejez. Por lo tanto, los odontólogos deben comprender los factores y el manejo de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2, dentro de la consulta odontológica, clasificándoles tal como se presenta en la figura 2³⁰⁻³².

Entre los factores de manejo odontológico el profesional de la salud debe hacer una anamnesis al paciente y debe tomar en cuenta el tratamiento médico que este lleva y su evolución, considerando como primer paso el control glucémico, segundo no se debe interferir en el horario de alimentación y siempre realizar citas en un periodo corto para evitar la tensión y el estrés; preferible en las mañanas por los niveles altos de los corticosteroides endógenos. Se debe evitar el tratamiento en pacientes con un diagnóstico glucémico mayores a 240 mg/dl y menores a un 70 mg/dl³³.

Relación del sistema RANKL/OPG en la diabetes

La diabetes es una enfermedad que afecta a los osteoclastos y osteoblastos de la membrana periodontal, lo que da como resultado una relación desequilibrada entre la absorción y la reparación del hueso. Es por eso que los medios de regulación del metabolismo óseo es el receptor activador del ligando del factor nuclear B (RANKL) y la osteoprotegerina (OPG). El RANKL permite la formación de osteoclastos, llegando a producir una mayor

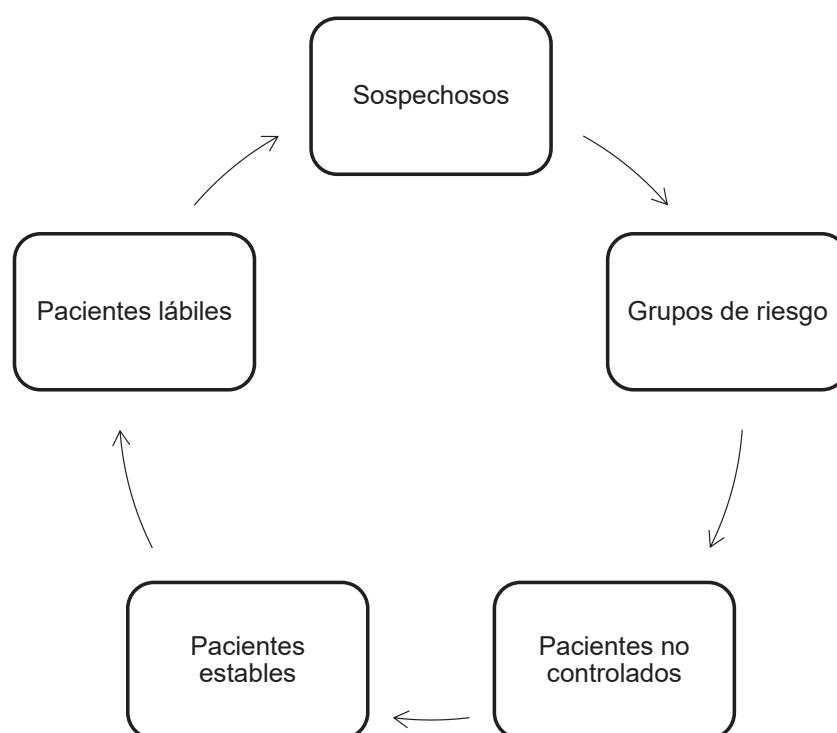


Figura 2. Clasificación de pacientes diabéticos dentro de la consulta odontológica

reabsorción ósea y la OPG producida por los osteoblastos pueden llegar a unirse al RANKL para inhibir la activación de los osteoclastos, es por eso que en pacientes Diabéticos se puede ver alterado este sistema llegando a empeorar la condición periodontal ³⁴.

Exodoncia de terceros molares

La aparición de los terceros molares comprende en el rango entre los 18 a 25 años, su erupción en ocasiones puede tener alteraciones por una mala posición, llegando a provocar una impactación o una retención por discrepancias dentoalveolares. La exodoncia de dichas piezas dentales se debe realizar cuando existan cambios en la cavidad oral como presencia de dolor, infección, lesiones, tumores o quistes ³⁵⁻³⁷.

Clasificación de terceros molares

Pell y Gregory posición A corona con espacio suficiente entre la cara distal del segundo molar y rama ascendente mandibular, posición B espacio menor que la corona y posición C corona en rama mandibular ³⁶.

Archer da una clasificación para molares superiores: clase A posición inferior de la corona a nivel del plano oclusal, clase B corona entre plano oclusal y línea cervical; clase C corona en línea cervical o por encima. Winter para terceros molares superiores e inferiores adopta los términos mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, invertido, lingual y vestibular ³⁶.

Complicaciones

Las complicaciones en la exodoncia se pueden clasificar en:

- Intraoperatorias: presentan debido a lesiones de tejidos blandos, lesiones en estructuras óseas, daños en la ATM o en las piezas adyacentes ³⁷.
- Posoperatorias: estas ocurren luego de haber realizado el procedimiento manifestando presencia de infecciones, hemorragias, hematomas o edemas ³⁷.

Protocolo quirúrgico de exodoncia en pacientes diabéticos

Para la disminución de complicaciones odontológicas durante una cirugía oral en pacientes diabéticos, el profesional de la salud deberá tomar en cuenta ciertas consideraciones pre y post operatorios: ³⁸

- Historia clínica
- Control de los niveles de glucosa
- Radiografías panorámicas y periapicales
- Terapia profiláctica
- Ejecución del procedimiento quirúrgico
- Uso de anestésicos recomendados
- Medicación e indicaciones post operatorias

Historia clínica. En la primera cita, se debe evaluar los antecedentes familiares y sobre todo los personales, dependiendo de la acción a realizar se van a indicar los exámenes de laboratorio y se va a recomendar el horario de las citas, siendo en las mañanas el horario de elección para los pacientes insulino dependientes debido a sus niveles altos de endógenos de cortisol, y en casos de que los pacientes no sean tratados se debe remitir al especialista para que le realice su evaluación médica ³⁸.

Control de los niveles de glucosa. Para realizar el procedimiento quirúrgico se debe tomar en cuenta los niveles de glucosa que presente el paciente, siendo nivel normal de 70 a 100 mg/dl; en glucosa en sangre menor a 150 mg/dl un riesgo medio y en 250 mg/dl un riesgo alto. Una de las pruebas más recomendada es la hemoglobina glicosilada. En casos donde se produzca una hipoglicemia, se puede administrar por vía intravenoso 50 ml de solución de glucosa al 50% ^{39,40}.

Terapia profiláctica. La terapia profiláctica se conceptualiza como la prescripción de antibióticos para prevenir el desarrollo de infecciones posquirúrgicas por una consecuencia local o sistémica. El principio de esta terapia se basa en que el antibiótico debe llegar a alcanzar concentraciones plasmáticas apropiadas previas al procedimiento quirúrgico. Su uso es de manera preventiva una hora antes de la cirugía o hasta las veinte cuatro a cuarenta y ocho horas del posoperatorio, esto va a depender de las condiciones sistémicas y la cirugía a realizar ^{41,42}.

Entre los medicamentos de elección tenemos a los antibióticos betalactámicos así, como la amoxicilina la cual ayuda a disminuir la bacteriemia provocada por microorganismos anaerobios y estreptococos; dosis 2g por vía oral una hora antes del procedimiento. En alérgicos a la penicilina se prescribe la clindamicina debido a su alta distribución tisular a nivel óseo 600 mg por vía oral una hora antes de la cirugía. Pacientes con problemas al ingerir medicamentos por vía oral se recomienda el uso de ampicilina 2g por vía intramuscular ^{43,44}.

Uso de anestésicos. Los anestésicos locales son los fármacos que más se utilizan dentro de la consulta odontológica, por lo general estos contienen vasoconstrictores los cuales ayudan a la prolongación del anestésico, en la hemostasia y reduce los efectos tóxicos. En los pacientes diabéticos no controlados el uso de anestésicos aumenta el nivel de glucosa en la sangre. La acción de los receptores adrenérgicos provoca una disminución de la liberación de insulina llegando a causar una inhibición de la acción de las células de los islotes de Langerhans en el páncreas ^{45,46}.

Se recomienda el uso de los anestésicos con vasoconstrictores con un límite de tres cartuchos. Entre los más utilizados tenemos la lidocaína al 2% con vasoconstrictor al, seguido de la prilocaína al 3% con felipresina, utilizado en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, contraindicado en mujeres embarazadas. Tienen una acción similar a la lidocaína, posee menos efectos tóxicos y una menor capacidad vasodilatadora ⁴⁷⁻⁴⁹.

Medicación post operatoria. Está indicado el uso de acetaminofén de 500 mg cada ocho horas por tres días y en casos de procedimientos invasivos como es la exodoncia de terceros molares se prescribe dexametasona de 4g sumado a terapia antimicrobiana ⁵⁰.

Conclusiones

La diabetes es una enfermedad crónica que puede estar presente en cualquier paciente que requiera una consulta odontológica, es por eso por lo que el Odontólogo debe generar un plan de tratamiento para brindar una atención exitosa, por lo que es importante concientizar el control de glicemia y una educación terapéutica.

Para una atención adecuada de pacientes Diabéticos se debe llevar un protocolo de atención, teniendo en cuenta que uno de los pasos más significativos es el llenado de la historia clínica donde vamos a obtener datos de antecedentes personales, síntomas y medicación que dichos pacientes se administren por su estado sistémico. Entre otro de los pasos tenemos la glucemia preoperatoria, la cual es indispensable que previo a la cirugía oral el paciente diabético deba realizarse controles preoperatorios de glucemia, teniendo en cuenta que un paciente con glicemia entre 180-240 mg/dl se puede realizar la exodoncia con terapia profiláctica de amoxicilina de 2g, y un paciente con una glicemia mayor a 240 mg/dl no se podría realizar ningún procedimiento odontológico por lo que requiere ser atendido con el especialista y realizarse el control y tratamiento adecuado para su enfermedad y así prevenir complicaciones postoperatorias.

Referencias bibliográficas

1. Hechavarría B, Núñez L. La diabetes mellitus y sus manifestaciones bucales. *Rev KIRU*. 2017 jul-dic;14(2):193-197. <http://doi.org/10.24265/kiru.2017.v14n2.13>.
2. Carvajal F, Torres Y, Carvajal M. Diabetes mellitus tipo 2: una problemática actual de salud en la población pediátrica. *CYSA* 2020;4(1):17-6. <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp17-26>.
3. Jaume F, Ruiz J. Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2 y el Síndrome del Pie Diabético. *Eur J Pod* 2019;5(2):63-74. <https://doi.org/10.17979/ejpod.2019.5.2.5566>.
4. Aguilar A, Santes M, Salazar E, Lavoignet B, Fernández H. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico entre profesionales de enfermería. *Rev Med U Veracruzana*. 2018;18(2):53-65.
5. Rodas W, Mawyin A, Gómez J, Rodríguez C, Serrano D, Rodríguez D, López R, Montes R. Diabetes gestacional: fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y nuevas perspectivas. *AVFT* 2018;37(3):218-226.
6. Mazzini F, Ubilla W, Moreira T. Factores predisponentes que afectan a la salud bucodental en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Odontol Mex* 2017;21(2):103-108. <https://doi.org/10.1016/j.rodmed.2017.05.005>.
7. Mazzini F, Escudero W, Egas J. Como manejar clínica y farmacológicamente al paciente diabético antes de realizar la extracción dental. *Rev Cient Dominicana* 2019;2. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000507>.
8. De Freitas M, Goretti N, Wileman I, Da Veiga M, Pereira L. Cuidados odontológicos en pacientes diabéticos. *Arq. Catarin Med*. 2019;48(3):158-170.
9. Villegas I, Díaz A, Domínguez Y, Solís B, Tabares A. Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. *Rev.Med.Electrón* 2018;40(6):1911-1930.
10. Reyes F, Pérez M, Figueredo E, Ramírez M, Jiménez Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *CCM* 2016;20(1):98-121.
11. Tejo R, Cartes R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(3):391-398.
12. Di Lorenzi M, Bruno L, Pandolfi M, Javiel G, Goñi M. Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *Rev Urug Med Interna* 2017;3:51-60. <http://dx.doi.org/10.26445/rmu.2.3.3>.
13. Barquilla A. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. *Rev Esp Sanid Penit* 2017;19:57-65. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157506202017000200004&lng=es.
14. Cedeño J. Diabetes mellitus: Prevención de las enfermedades cardiovascular y renal. *Dom. Cien*. 2016;2:90-135.
15. Sapunar J. Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes* 2016;27(2):146-151.
16. Carmena R. Complejidad de la diabetes mellitus tipo 2. Ochoa y la medicina clínica. Cap 6. [Consultado el 15 de enero 2022]. Accesible en: http://www.ujen.es/investigacion/inmunog/gmo/articulos_espanol/diabetes.pdf
17. Frías J, Pérez C, Saavedra D. Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. *Rev. Fac. Med*. 2016;64(4):769-75. <http://dx.doi.org/10.15446/rev-facmed.v64n4.54569>.
18. Díaz P, Rojas S, Aquije C, De la Cruz M. Diabetes tipo MODY. *Rev. investig. cient. Tecnol*. 2019;1(3):2-12. <https://doi.org/10.47422/ac.v1i3.15>.
19. Cuellar S. Diabetes mellitus. *Panorama Actual Med*. [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2022];42(417). Disponible en: <https://botplusweb.portalafarma.com/documentos/2018/10/22/128555.pdf>
20. Yépez D, González M, Farfán H, Farfán G, Cervantes K, Cuenca D, Alcívar J. Diabetes Mellitus tipo 1: Una perspectiva para estudiantes de Ciencias de la Salud. *Rev. Cient. INSPILIP*. 2020;4(3):1-16.
21. Parra E, Martínez J. Interpretación de los análisis en la diabetes mellitus. *AMF* 2019;15(2):91-96.
22. De'Marziani G, Elbert A. Hemoglobina glicada (hba1c). Utilidad y limitaciones en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2018;38(1):65-83. <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/300>.

23. Pereira L, Palay M, Rodríguez A, Neyra R, Chia M. Hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus. *MEDISAN* 2015;19(4):555. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000400012&lng=es.
24. Franch J, Goday A. Cuál es la validez diagnóstica de la hemoglobina glucosilada para el diagnóstico de la diabetes frente a la sobrecarga oral de glucosa y la glucemia basal en plasma venoso. *Guía de actualización diabetes* 2015:12-15.
25. Trujillo J. Criterios diagnósticos y efectividad de intervenciones para el manejo de diabetes gestacional. *Rev Cuid* 2016;7(2):1251-4. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.344>.
26. Vintimilla P, Giler Y, Motoche K, Ortega J. Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. *RECIMUNDO* 2019;3(1):26-37. <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/355>.
27. Vines M, Espinel P, Pico A, Del Castillo S, Chávez G, Betancourth E. Tratamiento farmacológico para pacientes con diabetes. *Rev. Cient. Dom. Cien* 2019;5(1):69-90. <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/851>.
28. Mosconi E, Ricciardi N, Capraro C, Capraro M, Sparacino S, Capraro M, Mattano C, Bogo H. Protocolo quirúrgico para el manejo de pacientes diabéticos en la clínica odontológica. *Rev Fac Odontol.* 2019:70-73. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/97580>.
29. Bastarrechea M, Quiñones I. Medicamentos en pacientes con riesgo quirúrgico y su repercusión en Estomatología. *Rev haban cienc méd.* 2019;18(2):254-269. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2394>.
30. Muhammad N, Alghamdi L, AlKadi M, Albeajan N, Alrashoudi L, Alhussan M. The burden of Diabetes, Its Oral Complications and Their Prevention and Management. *Maced J Med Sci* 2018,6(8):1545-1553. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.294>.
31. Gazal G. Management of an emergency tooth extraction in diabetic patients on the dental chair. *Saudi Dent J.* 2019;32(1):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2019.07.004>.
32. Hechavarría B, Núñez L, Fernández M, Cobas N. Principales alteraciones bucodentales en pacientes con diabetes mellitus. *MEDISAN* 2016;20(9):2062-2068.
33. Badillo B, Zayas E, Muñoz G. Manejo estomatológico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Presentation de un caso. ORAL* 2019; 20(63):1719-1722.
34. Wang X, Wang H, Zhang T, Cai L, Kong C, He J. Conocimiento actual sobre la interacción entre los trastornos metabólicos óseos orales y la diabetes mellitus. *Front Endocrinol (Lausana).* 2020;11:536. <https://doi:10.3389/fendo.2020.00536>
35. Iglesias C, Intriago M. Profilaxis antibiótica en exodoncia de terceros molares en pacientes de 17 a 25 años. Universidad San Gregorio de Portoviejo 2021. [Consultado el 15 de enero 2022]. Accesible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/20311/ODO-C2021-33.pdf>
36. González L. Características anatomorradiográficas de los terceros molares en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria. *Rev Cubana Estomatología* 2019;56(2):1722.
37. Restrepo L, Meneses F, Vivares A. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. *Acta Odontol Col* 2019; 9(1):37-48. <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n1.72842>.
38. Acosta M, Bolívar M, Giunta C, Mora K. Manejo odontológico de pacientes pediátricos comprometidos sistemáticamente. *Revisión bibliográfica. Rev. Odontopediatr Latinoam* 2015;5(1):33-50. <https://doi.org/10.47990/alop.v5i1.12>.
39. Santana J, Pimenta K, Natividade I, Coutinho L. Protocolo de atendimento odontológico em pacientes com múltiplas desordens sistêmicas: revisão de literatura. *REAS/EJCH* 2021;13(1):1-7. <https://doi.org/10.47990/alop.v5i1.12>.
40. Souza D, Oliveira A. Cuidados odontológicos em pacientes idosos portadores de diabetes mellitus. *UNICEPLAC* 2019. [Consultado el 15 de enero 2022]. Accesible en: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/136>.
41. Castro Y, Chumpitaz V, Chávez L. Eficacia de la profilaxis antibiótica en la prevención de infecciones posquirúrgicas en la cirugía del tercer molar impactado. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2020;39(3):676. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002020000300016&lng=es.
42. Hernández V, Rodríguez D, Álvarez P. Profilaxis antimicrobiana preoperatoria. Principios generales. *Panorama Cuba y Salud* 2017;12(1):40-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477355400006>.
43. Bukovska O, Gómez D, García I, Mompell J, Lara J, Robles D, Moreno J, López N, López J, Linares R. Uso profiláctico e interacción de agentes antimicrobianos en procedimientos dentales invasivos: Revisión literaria. *Rev LABOR DENTAL CLÍNICA* 2019:21-27
44. Rodríguez L, Ceballos H, Bobadilla A. Profilaxis antimicrobiana previa a procedimientos dentales. Situación actual y nuevas perspectivas. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(5):337-350.
45. Sulaiman F, Al-khanati N, Brad B, Jumaa R. Evaluating Glycemic Response to Lidocaine with Two Different Vasoconstrictors in Diabetic Patients Undergoing Tooth Extraction: Crossover Randomized Clinical Study. *IJPR.* 2021;13:702-706.
46. Muntaha I, Fazal M, Khalida B, Khan K. Evaluation of blood glucose concentration in patients with diabetes undergoing tooth extraction after administration of local anesthesia with or without adrenaline. *Pak Oral Dent J.* 2018;38(2):187-190.
47. Vínicius F, Ruaro A, Rodrigues G, Trentin G, Malmann F. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. *Journal of Oral Investigations* 2018;7(1):33-51
48. Araújo M, Bido V, Moreira H, Borges T, Ventura R. Perfil de utilização de anestésicos locais de uma cidade brasileira

- com ênfase em diabéticos. RFO UPF 2020;25(2):215-223. <https://doi.org/10.5335/rfo.v25i2.10620>.
49. Silva R, Casola H, Santin G, Manetti L. Atendimento odontológico ao paciente diabético. Rev. UNINGÁ 2019;56(3):158-168. <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/238>.
50. Labolita A, Santos I, Balbino V, Andrade G, Araujo I, Fernandes, D. Assistência odontológica à pacientes diabéticos. UNIT – ALAGOAS [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2022]; 6(1):89. Disponible en: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosauade/article/view/6835>.