

Nello piano di trattamento odontoiatrico è opportuno valutare se la glicemia del paziente sia adeguatamente controllata, a prescindere dalla forma di diabete da cui è affetto. Se la glicemia è normale, il paziente può essere sottoposto a qualunque cura odontoiatrica. Se, invece, il paziente è scompensato con valori di glicemia elevati l'intervento dovrebbe essere rinviato e il paziente va inviato al diabetologo.

Il diabetico scompensato presenta maggiore suscettibilità alle infezioni e un ritardo di guarigione delle ferite. Se al momento dell'intervento il paziente presenta valori di glicemia ridotti, è necessario somministrare glucosio al fine di prevenire l'insorgenza di una crisi ipoglicemia e rimisurare la glicemia.

Nel periodo perioperatorio il pericolo principale per un soggetto diabetico è l'ipoglicemia. Infatti, le conseguenze di uno stress o di un trauma operatorio si manifestano con maggiori richieste di insulina.

Al fine di prevenire una crisi ipoglicemica è indicato programmare l'appuntamento in prima mattinata, dopo la colazione e l'assunzione dei farmaci (insulina) e non modificare l'orario del pranzo; non fare aspettare a lungo il paziente in sala d'attesa per non aumentare lo stress; avere a disposizione zucchero o bevande zuccherate.

Nei pazienti compensati non è indicata la somministrazione profilattica di antibiotici in occasione di interventi chirurgici ad eccezione della chirurgia implantare; a differenza, la profilassi antibiotica va assolutamente prescritta nei diabetici scompensati. L'antibiotico di prima scelta è la amoxicillina, associata a sciacqui con clorexidina 0.12%. Non esistono controindicazioni alla prescrizione dei farmaci di uso odontoiatrico in un paziente diabetico. Tra i farmaci che potenziano gli effetti degli ipoglicemizzanti orali ricordiamo l'aspirina e i farmaci che agiscono sul sistema del citocromo P450. Altri farmaci da evitare sono le tetracicline ed i corticosteroidi.

BIBLIOGRAFIA

Becker DE: Preoperative medical evaluation part 1: general principles and cardiovascular

considerations:Anesth Prog Vol 56:92-102

Callahan AM, Marangel LB, Ketter TA: Evaluating the clinical significance of drug interactions: a systemic approach .Harv Rev Psychiatry4,153:-8;1996

Finucane BT .Allergies to local anesthetics-the real truth.Can J Anaesth 50(9):869-74;Nov 2003

Hirsh J ,Levine M. Confusion over the therapeutic range for monitoring oral anticoagulant therapy in North America.Thromb Haemost 59;129-132;1988

HARRISON: Principi di medicina interna, Ed. Mc
Graw-Hill, Libri Italia, Milano,1992.

MALAMED S.: Medical emergencies in the dental office,
Mosby Ed., 1993.

Comitato Italiano di Coordinamento
delle Società Scientifiche Odontostomatologiche

Oates TW ,DowellS, Robinson M:Glycemic control and implant stabilization in type 2 diabetes mellitus .J Dent Res 88 (4):367-71;apr 2009

Scully C, Diz Dios P, Lumar N.Special care in dentistry :hanbook of oral health care
.Edinburgh ,Scotland ,Elsevier Churchill Livingstone,2007

Taylor GW ,Burt BA, Becker ,Genco R:Non insulin dependent diabetes mellitus and alveolar bone loss progression over 2 years. J Periodontal 69 (1):76-83:Jan1998

Vernillo A.Dental consideration for the treatment of patients with diabete mellitus.J.Am Dent Assx 134; 24-34 ;2003

BaroneA,BianchiA e al, Manuale di Chirurgia Orale , Elsevier,2011

CiC

Comitato Italiano di Coordinamento
delle Società Scientifiche Odontostomatologiche