

Diabetes y Enfermedad Periodontal

Edgardo Rodolfo Caride

Cátedra de Periodoncia
Profesor Titular
Universidad Nacional de La Plata

En las últimas décadas la odontología ha hecho importantes avances científicos que le ha permitido mejorar o incorporar nuevas técnicas de tratamiento de los trastornos orales y maxilofaciales, así como avanzar firmemente en el terreno de la Odontología preventiva. En algunas áreas ha estrechado su relación con la Medicina. Una de ellas es la relación en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes y los problemas orales que se observan en esta enfermedad. Esta conjunción Médico-Odontológica con la diabetes no es actual, ya que Vilar Fiol en 1927 en su tratado "La Piorrea Alveolar" dice: "En la diabetes es preciso emprender sin retardos y enérgicamente el tratamiento de la piorrea alveolar que debe sufrir las modificaciones impuestas por el estado general morbozo y debe ir al unísono de los tratamientos generales". (1)

Luego Bunting y Hill en 1940 en su tratado de Patología Oral dicen que los trastornos de la diabetes de la diabetes producen una menor resistencia celular, una mayor tendencia a la infección rápida y virulenta de los tejidos periodontales, sobre todo si existe un mal cuidado higiénico de esa zona (2).

Pero son Levensted y Austin en 1943 quienes en un trabajo titulado "La Periodontoclacia en La Diabetes Mellitus" dicen que en diabéticos y sobre todo en los que padecen hace mucho tiempo esta enfermedad, la lesión periodontal es más severa y más frecuente que en los que no tienen diabetes mellitus (DM) (3).

Desde esa fecha a la actualidad una gran cantidad de estudios epidemiológicos demuestran que la Periodontitis es más prevalente, severa y extensa en pacientes con D.M. que en pacientes control sin D.M. (4).

Entre nosotros fue el recordado maestro de la Periodoncia Argentina Prof. Juan José Carraro en el Hospital Fiorito quien con sus colaboradores hallaron que la Periodontitis es más grave en pacientes diabéticos que los que no lo son, con irritantes locales similares. (5)

También Harold Loe y col. en el año 1968 ya publicaban trabajos estadísticos, demostraban que los pacientes con D.M. de más de 10 años de duración tenían una Periodontitis más severa que los que no habían llegado a esa duración. (6)

No es la Periodontitis la única alteración bucal observable en la diabetes; los abscesos Periodontales, la xerostomía, la mo-

niliasis, el ardor bucal o las dificultades en la cicatrización son síntomas orales, que a veces acompañados de otros no orales como la obesidad, pueden ser detectados en el consultorio y conducir al diagnóstico inicial de la D.M. Esta hipótesis o presunción basada en la presencia de algunos de los síntomas enumerados debe conducir al Odontólogo al relevamiento de una historia clínica más completa y de persistir la sospecha debe enviar al paciente al médico Clínico o Endocrinólogo.

La relación D.M. Enfermedad Periodontal (E.P.) es la más estudiada desde el punto de vista epidemiológico, microbiológico e inmunológico.

Ambas enfermedades son multifactoriales y complejas y serán más estudiadas en un futuro tanto por Médicos como por Odontólogos.

El motivo del presente trabajo es el de actualizar el conocimiento de estas dos lesiones analizando la Diabetes Mellitus Insulinodependiente (DMID), la Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (DMNID) y la Enfermedad Periodontal (EP).

Evaluando la microbiología que ellas presentan y el comportamiento que el práctico general debe tener para detectar, tratar y luego mantener en

salud las estructuras periodontales en el paciente diabético.

Diabetes Insulinodependiente y la enfermedad periodontal

Los niños y adolescentes con DMID son poco resistentes a las enfermedades gingivo-periodontales. Se observó en diabéticos juveniles con la enfermedad correctamente controlada la presencia de gingivitis más severas que en los grupos control que no tenían la enfermedad (7).

En pacientes de 11 y 12 años con DMID se constató una frecuencia de enfermedad periodontal del 4 %; para luego en jóvenes de 17 y 18 años aumentar esa frecuencia al 18 %. En este trabajo efectuado por Cianciola y colaboradores se tomaron 437 pacientes ID y 208 controles no diabéticos. La Placa bacteriana de ambos grupos fue similar. La periodontitis en pacientes ID jóvenes parece tener un patrón similar al de la Periodontitis juvenil Localizada (PJJ). (Ver Canide, 9.) En ésta los primeros síntomas se observan entre los 12 y 15 años y son los primeros molares e incisivos los más afectados. En los pacientes con DMID la periodontitis también comienza a partir de los 12 años aproximadamente y los primeros síntomas también se ven en molares e incisivos, hay pérdida de inserción, bolsas profundas y sangrantes. Las radiografías periapicales muestran pérdidas angulares o verticales y lesiones en furcaciones que pueden ser en espejo. Estas piezas dentarias pueden presentar movilidad migraciones y diastemas (Figura 1 y Figura 2).

Al estudiar la DMID en adultos se observó una prevalencia 2 veces mayor de periodontitis graves en éstos pacientes que en grupos control no diabéticos con edades, cantidad de placas

y calculo similares (10).

En DMID con edades comprendidas entre 40 y 49 años se vió que presentaban bolsas periodontales de más de 6 mm. de profundidad y tenían pérdidas óseas mucho más severas que los controles de igual edad sin diabetes.

En el mismo estudio se observó que los grupos de adultos entre 50 y 59 años y los de 60 y 69 no tenían diferencias significativas con el grupo de 40 y 49 años. (11)

En la DMID no controlada o mal controlada en jóvenes pueden encontrarse pacientes con periodontitis rápidas o tempranas, llamadas así porque en poco tiempo pueden producir severas pérdidas de inserción y óseas acompañadas a veces de abscesos agudos a repetición, agrandamientos gingivales y supuración.

Estudios Microbiológicos en DMID y E.P.

En estudios recientes de la microflora sub-gingival se observó que la flora cultivable estaba compuesta por una variedad de microorganismos gram-anaeróbios. Los más comunes son el Actinobacilo Actinomycetemcomitans (A. a.), Vibrios Anaerobios y Capnocytophaga. (12). El Aa. se encuentra en altas concentraciones (13). El Aa. está estrechamente vinculado a los casos de DMID y EP. Esta bacteria que forma colonias y puede penetrar el epitelio, contribuye a producir una severa pérdida ósea; pero también éste huésped de la cavidad oral puede dar patología extra oral ya sea por vía sanguínea o digestiva a partir de la zona bucal (13). Es por esto que se lo puede hallar en abscesos cerebrales, infecciones bronquiales o urinarias, abscesos en glándula tiroidea o lo que es más común dando patología

cardíaca. Es en la endocarditis bacteriana donde se lo halló con más frecuencia y la literatura relata más de 60 casos de ésta enfermedad referidos a la Aa.

El Aa. libera una toxina llamada Leucotoxina que inhibe las defensas del huésped que destruye a los leucocitos polimorfonucleares y también se encontró que era más frecuente la presencia de estas sustancias leucotóxicas en jóvenes que en adultos. A esto se debe agregar que está alterada la quimiotaxis neutrofílica en diabéticos. (14) y (15). Otras funciones del neutrófilo como la fagocitosis y la acción antibacteriana están disminuidas en el paciente con DMID. (16). Algo similar ocurre con las alteraciones o deficiencias en el macrófago.

En pacientes DMID con mal control de la enfermedad, Mandell y Col. hallaron en bolsas periodontales un alto porcentaje de Bacteroides Intermedios y que al hallarse ésta bacteria gram- y anaerobia, habría una periodontitis más severa (17).

El cuadro bacteriano descrito previamente permitiría entender las lesiones rápidas o tempranas y severas periodontales, como así también la frecuencia de infecciones a repetición en esa zona.

Cuidados y terapia en el paciente periodontal con DMID

Debemos tener en cuenta si está bien controlada o no. Para ello la consulta con el médico tratante es de rigor. Además debemos pensar que todo tratamiento gingivoperiodontal provoca stress y podemos producir infecciones durante la terapia básica o por técnicas quirúrgicas. Se debe informar al médico tratante la severidad de la lesión periodontal, su extensión, tipo de anestesia a

usar y el tiempo que se empleará en cada visita. El comienzo del tratamiento debe ser farmacológico. Esto se debe a la flora bacteriana subgingival existente y sobre todo a la presencia de la A.a. Debe evitarse por todos los medios que en un terreno lábil como el que se está tratando, esta bacteria pueda colonizar a distancia. Durante mucho tiempo fue la tetraciclina la droga indicada, y su dosificación la de 1 gramo diario, durante 10 a 15 días. En la actualidad también se prescribe la amoxicilina con ácido clavunámico y metro nidazol, tal como lo describió Van Ness y Col. (18). Esta sinergia puede indicarse: 1,5 g. de amoxicilina y 750 mg. de metronidazol por día, fraccionado en 3 tomas diarias. El tiempo de esta toma será entre 7 y 10 días, luego de la cuál podrá iniciarse la terapia básica.

Debe procurar que el paciente DMID concurra al consultorio de mañana, luego que éste haya desayunado y recibido la dosis de insulina indicada. Deben tratarse áreas más pequeñas que en el no diabético, procurando causar el menor traumatismo posible. Los controles son muy importantes, deben hacerse cada 4 meses y el paciente debe ir a la consulta con cepillos y elementos accesorios para un correcto control de la placa bacteriana. El fluor debe ser prescripto en dentríficos, buches y en cada consulta se pueden efectuar topicaciones.

Pacientes Periodontal con DMID mal tratado

Es recomendable no hacer nada en ellos. Debe ir previamente al control médico inmediato y aún después de esto, debe extremarse los cuidados. En casos donde deban tratarse abscesos o

hacerse extracciones no debe descartarse la posibilidad de la internación para hacerlo.

Los controles también deben ser cada 4 meses, pero sería conveniente solicitar al paciente una visita al médico antes de la concurrencia al consultorio odontológico.

Hay autores como Williams y col. que sostienen que el tratamiento periodontal en los pacientes DMID contribuye a disminuir la necesidad de insulina, que dichos pacientes necesitaban antes del tratamiento periodontal.

Nuestra experiencia coincide con lo dicho anteriormente, ya que hemos observado en varios casos, no sólo una menor necesidad de insulina, sino que también los pacientes, nos manifestaban tener un mejor estado oral y general. Además hemos observado que todo médico tratante de estos pacientes, consultado por esta enfermedad, muestra muy buena predisposición para colaborar con el odontólogo tratante.

Diabetes melitus no insulín dependiente (DMNID) y E.P.

Estos pacientes muestran, como se ha dicho, una mayor pérdida de inserción, bolsas periodontales más profundas, hemorragia al sondaje, movilidad y en algunos casos abscesos periodontales agudos, que pueden ser múltiples.

El trabajo más importante para demostrar lo anterior es el efectuado por los indios Pima de Estados Unidos. Los Pima habitan la comunidad india a orillas del río Gila en Arizona. Según los estudios de Shlossman y también los de Emrich (1989) estos indios tienen el más alto riesgo de incidencia y prevalencia de diabetes en el mundo. El 50 % de los miembros mayores de 40 años de edad de la

tribu tienen diabetes no insulino dependiente. Al evaluar el estado periodontal de 3.219 indios Pima, midiendo pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica, se observó que la periodontitis era más severa en diabéticos que en no diabéticos usados como control (19) y (20).

También se observó que el número de desdentados totales era un 15 % mayor en diabéticos que en los que no lo eran, y que este edentualismo se incrementa con la duración de la diabetes. Es del 7 % en diabéticos con 5 años de duración y del 15 % en 10 años de duración.

Estos estudios efectuados entre 1983 y 1989 y dirigidos por Genco, muestran que esta población indígena presenta en diabéticos DMNID lesiones periodontales que ocurren tempranamente, se incrementan con la edad y es responsable de la mayor cantidad de pérdidas dentarias en pacientes de más de 40 años de edad. Comparando enfermos de edades y sexos similares se observó que los no diabéticos a esa edad, habían perdido 8 piezas dentarias, mientras que los diabéticos, entre 12 y 14. (21)

Este importante trabajo de investigación clínica muestra una vez más que la diabetes es un importante factor de riesgo para el avance de la periodontitis.

Pero es importante recordar que la diabetes no es capaz de producir gingivitis o pérdida de inserción o bolsas periodontales "per se". Lo que se observó es que puede alterar y disminuir la respuesta del tejido del periodonto, que existe una más rápida pérdida ósea y que se pueden observar retardos en la cicatrización post cirugía. También hay un mayor riesgo en la frecuencia de los abscesos periodontales agudos. Es evidente que la placa bacteriana facilita el avance de la periodontitis, en estos pacientes.

Los enfermos DMNID bien controlados y con una buena higiene oral, presentan cambios periodontales mínimos o los comunes que se observan en pacientes no diabéticos. Esto ha sido evaluado también en pacientes, con controles a largo plazo metabólicos y periodontales, donde los cambios orales son mínimos (22) (Figura 4).

La Microflora en el paciente DMNID con enfermedad periodontal

Esta flora es distinta a la del paciente diabético insulino dependiente. En este caso predominan los bacteroides, la Wollinella y las Fusobacterias.

Los bacteroides son bacilos Gram negativos anaerobios, sin movilidad y se los conoce como negros pigmentados, pues toman ese color cuando son cultivados en medios con sangre. (23).

El bacteroides gingivalis produce colagenasas que tienen actividad proteolítica. También se ha mencionado que los bacteroides son importantes en la producción de pérdida ósea en estos pacientes.

La Wollinella es un Gram negativo móvil y flagelado que se observa en la periodontitis y también en los conductos radiculares infectados. Zambon (23) la encuentra en altas concentraciones con los bacteroides intermedios y gingivales en el diabético no insulino dependiente con periodontitis.

Pacientes con DMNID no controlado con enfermedad periodontal

El paciente portador de esta diabetes tipo II no controlado o con control cuestionable debe derivarse a su médico de cabecera para su evaluación y

tratamiento. En éstos casos una vez más el estrés puede alterar o variar el estado metabólico del paciente diabético. Cuando el médico autorice el tratamiento se deberá comenzar con la terapia básica. Las primeras visitas serán para el control de la placa bacteriana. Se efectuará el revelado de placa, se utilizarán cepillos blandos para la técnica de Bass acompañado con hilo dental o cepillos interdentes según la necesidad del paciente. Se indicarán 2 buches diarios de Clorhexidina, antiséptico que se utilizará durante todo el tratamiento. El raspaje y alisado radicular y las técnicas quirúrgicas que fueran necesarias deberán efectuarse cuando se halla logrado un correcto control de la diabetes, previa comunicación con el método tratante. Está indicado en éstos pacientes comenzar con antibióticos 48 hs. antes de los raspajes y/o técnicas quirúrgicas. En este caso estaría indicado el uso de Amoxicilinas o Cefalosporinas durante un tiempo no menor de 7 días. Mientras se efectúan éstas técnicas quirúrgicas es necesario realizar irrigación sub-gingival.

En algunos casos éstos pacientes pueden necesitar insulina por corto tiempo para lograr el control diabético necesario y una correcta cicatrización. (24)

Pacientes con MNID bien controlado con enfermedad periodontal

Estos pacientes no presentan cambios en el área periodontal o bien éstos cambios son mínimos. No obstante por tratarse como se ha dicho de un terreno más habil, el tratamiento deberá ser menos extenso que en los sujetos no diabéticos. Debe controlarse la cantidad de anestesia y tratar los tejidos con

el menor traumatismo posible, siendo necesario el uso de buches e irrigación con Clorhexidine durante el tratamiento.

Se discute en estos pacientes el uso de antibióticos, los cuales serán indicados o no a criterio del profesional. El criterio más usado es indicar antibióticos en este tipo de pacientes con un buen control solo en casos de infecciones post-operatorias.

Conviene recordar que el uso excesivo o innecesario de antibióticos puede producir micosis bucales y sistémicas. (25)

Diabetes gestacional y lesiones gingivo-periodontales

Es sabido que el embarazo "per se" no causa gingivitis, ésta se debe a la placa bacteriana (26). Korman y Loesche (27) mencionan al bacteroides intermedio, que incrementa su número, como uno de los responsables. En las pacientes diabéticas el embarazo puede producir marcadas alteraciones gingivales semejantes a las observadas en las llamadas gingivitis del embarazo. La diabetes y la gingivitis presentan encías rojas, edematosas y con severos agrandamientos. Presentan una mayor tendencia al sangrado. En otros pacientes es el embarazo el que produce una diabetes gestacional que podría deberse al llamado estrés de embarazo (Figura 5).

Una vez más se menciona al estrés como en las diabétes tipo I y II como desencadenante o agravante en la diabétes. Martín Laguens (28) llama diabétes del estrés "al cuadro clínico que se desarrolla ante situaciones de alarma (operaciones quirúrgicas, infecciones, etc.) por liberación de adrenalina y luego corticoides que son hiperglucemiantes".

Se consultará al ginecólogo y/o diabetólogo según el caso en particular.

Se debe tener en cuenta que durante éste período las medicaciones pueden afectar al feto y a la madre. Se aconseja el tratamiento en el segundo trimestre del embarazo y la primer parte del tercer trimestre. La terapia básica es la indicada en éstos casos. Debe evitarse todo tipo de terapia quirúrgica hasta después del parto, donde se volverá a evaluar el estado oral y sistémico de la paciente.

Diabetes e implantes oseointegrados

Desde que Branemark (29) describió la técnica de implantes de titánio oseointegrado existe el concepto de no colocar implantes en pacientes con DMID y DMNID no controlados o mal controlados. Sin embargo en los diabéticos bien controlados, pueden efectuarse cirugías para la colocación de implantes, con profilaxis de antibióticos y procurando producir el menor daño traumático para los tejidos.

Periodontitis, tabaquismo y diabetes.

Se ha demostrado que en

pacientes fumadores aumenta el riesgo de contraer enfermedad periodontal. En cuanto al paciente diabético insulino-dependiente y fumador, se ha constatado que la prevalencia y severidad de la periodontitis fue mayor al compararlo con grupos de fumadores de edades similares, no diabéticos (31). Todos los estudios indican que todos los pacientes con E.P. deben dejar de fumar si quieren controlar las lesiones periodontales.

Resumen y Conclusiones

1) La diabetes no causa gingivitis ni periodontitis, pero los tejidos presentan menor resistencia a los irritantes locales como la placa bacteriana supra y sub-gingival y el cálculo.

2) En el paciente insulino-dependiente bien controlado consultar con el médico antes de iniciar el tratamiento. Planificar las citas por la mañana luego del desayuno y de la inyección de insulina. Lograr una correcta higiene oral mecánica y farmacológica y efectuar controles cada 3-4 meses.

3) En el paciente insulino-dependiente no controlado o mal controlado no hacer nada. Enviar previamente al diabetólogo. Si se presentara una emergencia o urgencia, pensar en la posibilidad de la internación del paciente.

4) El paciente con DMNID bien controlado puede tratarse como a un paciente periodontal sin diabetes. El paciente DMNID mal controlado debe ser enviado al médico. Luego hacer tratamiento con terapia farmacológica y terapia básica acompañadas o no de cirugías. Controles cada 4 meses.

5) En la paciente con diabetes y embarazo consultar con el médico y luego atender los problemas gingivo-periodontales. Efectuar solo terapia básica y preferentemente en el segundo trimestre de embarazo. Es conveniente el control mensual hasta el momento del parto.

6) La terapia con implantes oseointegrados conviene efectuarla solo en DMNID bien controlados.

7) Por todo lo dicho es conveniente que el odontólogo extreme los cuidados en la atención del paciente diabético cualquiera sea la condición de éste.

Bibliografía

- 1) Vilar Fiol: La Piorrea Alveolar. Editorial Labor. España. pag. 93. 1927.
- 2) Buntin and Hill: Oral Pathology. 2da. ed. Lea Febringen U.S.A. 1940
- 3) Lovested y Austin: Periodontoclasia in Diabetes Mellitus. J.A.D.A. 30.273, 1943
- 4) Tervonen and Oliver: Diabetes Mellitus and Periodontitis. J. Clin. Periodontol. 20,431; 1993.
- 5) Sznajder, Carraro J.J., Rugna S., Sereday M.: Periodontitis in Diabetes and non diabetic patients. J. Periodontol. 49, 449; 1978.
- 6) Loe. et. al. Periodontal Est-tate And Diabetes duración. J. Periodontol 39, 241; 1968.
- 7) Foulcon Bridge. et. al: The dental status of a group of diabetic children. British Dental Journal. 151, 235; 1981.
- 8) Cianciola. et. al: DMID. J. Am. Dent. Assoc; 104. 643; 1982.
- 9) Caride. E. Diagnóstico y tratamiento de la Periodontitis Juvenil. Rev. S.O.L.P. Julio 1991.
- 10) Hugoson. et. al: Periodontal conditions in DMID. J. Clin. Periodontol. 16. 215; 1989.

- 11) Thorstensson and Hugoson. E. Periodontal experience in adult long duration insulin dependent. J. Clin. Periodontol 20, 325; 1993.
- 12) Mashimo. et. al: The periodontal microflora of juvenil diabetics J. Periodontol. 54, 420; 1983.
- 13) Christersson -L.A. A.a. and juvenil periodontitis. Swiden Dent. J. 90, 146; 1993.
- 14) Mc. Mullen J., Gewncor R. et. al.: Neutrophil Chemotaxis in Diabetic Patients. J. Dent. Res. 52, 167; 1981.
- 15) Manouchehr-Pour M. et. al. Neumophil Chemotaxis in Diabetid Patients whit Severe Periodontitis J. Dent. Res. 60, 729; 1981.
- 16) Bagdale J.: Impainer Leucocyte Funtions in Patientens with Poorly Controlod Diabetes. Citado por Rewss. T. Ad juntive Therapy. AAP; 1989.
- 17) Mandell R. et. al.: Microbiologs of Helthy and Disrased Periodontal sities in Poorly Controlled D.M.I.D. J. Periodontal; 63, 274; 1992
- 18) Van Ness et. al.: Antibiotics Associated with Refractory Periodontitis. J. Dent. Res. 67; 1988.
- 19) Shlossman M. et. al. Type II Diabetes and Periodontal disease J. Dent Res. 66, 256; 1987.
- 20) Emrich L.J. et. al. Periodontal Disease in non Insulin De pendent Diabetes. J. Periodontol. 62, 123; 1991.
- 21) Genco et. al. Periodoncia Interamericana. 1ra. Ed. Pag. 228; 1993.
- 22) Teryonent and Olivier R. Long term Control of Diabete and Periodontitis J. Clin. Periodontol. J. Clin. Periodontol. 20, 431; 1993.
- 23) Zambon et. al. Microbiological Studies in Patients with Diabetes Type II and Periodontitis. J. Periodontol. 59, 23; 1988.
- 24) Wilson et. al Advances in Periodontics. Quintessence books. Chapter Seventeen, pag. 289, 1992.
- 25) Holdren and Patton. Oral Conditions. Diabetes Spectrum. Volume 6 N° 1, pag. 11; 1993.
- 26) Carranza F. Jr. Periodontología Clínica. Interamericana. Pag. 488, 1993.
- 27) Kornman y Loesche. The Subgingival Microbial Flora During Pregnancy. J. Periodont. Res. 15, 111; 1980.
- 28) Laguens M. Enfermedades genéticas. Patología especial. Tomo II, pag. 583. Inter-Médica; 1989.
- 29) Brenemark et. al. Tissue Integrated Prothesis. Quintessence Books. 1985.
- 30) Caride, E. Implantes y Periodoncia. Revista de la Sociedad Odontológica de La Plata. Diciembre/1993.
- 31) Haber J. Cigarette Smoking as a Risk Indicator for Periodontitis. J. Periodontol. 64, 16, 1993.

El autor agradece a los odontólogos Alicia Calcagno y Facundo Caride la colaboración en la revisión bibliográfica de éste trabajo.

OSCAR H. PUEL

ARTICULOS DENTALES

**Calle 13 N° 344 - Tel. 3-0784 y 4-8030
La Plata**

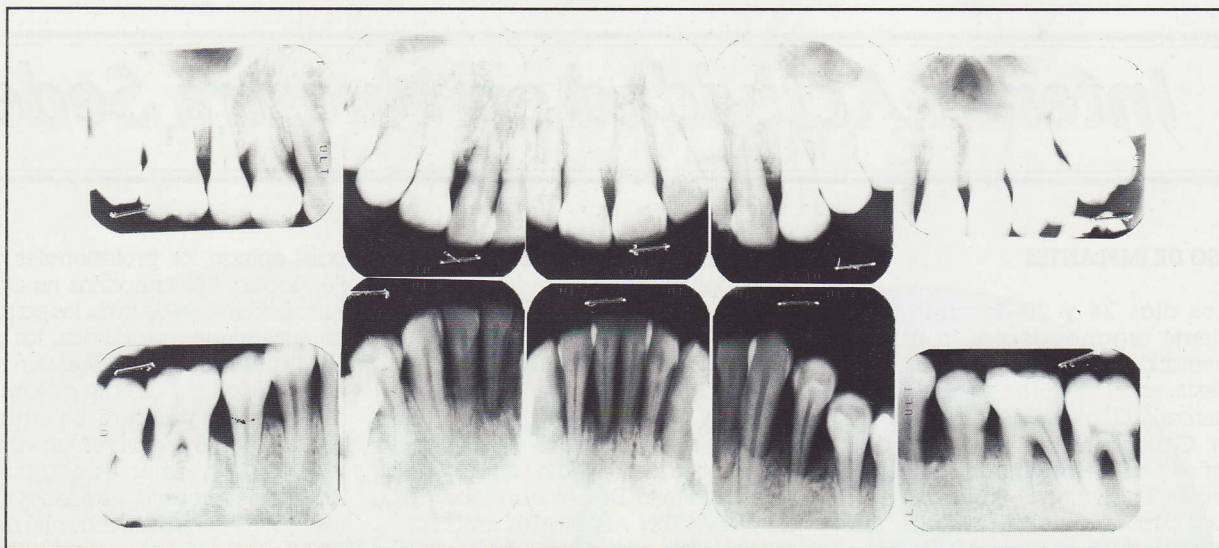


FIGURA 1: Paciente insulino dependiente de 19 ños de edad. Se observan severas pérdidas oseas horizontales y verticales. Las furcaciones están comprometidas (ver resultado de tratamiento en figura 2)

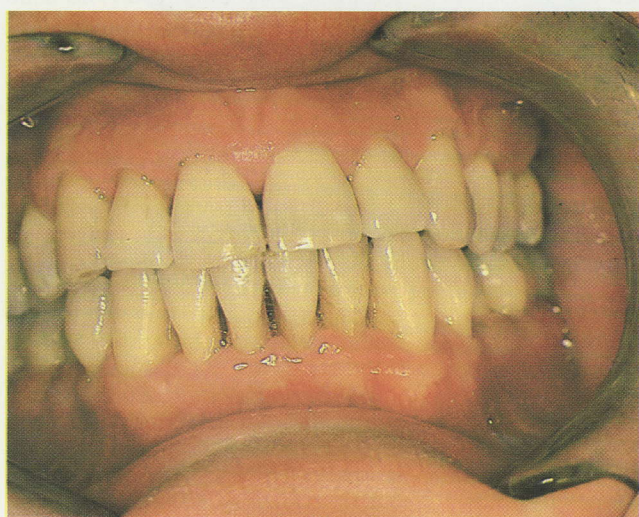


FIGURA 2: Estado clínico 2 años después de efectuado tratamiento con antibióticos y técnicas no quirúrgicas el mantenimiento del paciente óptimo.

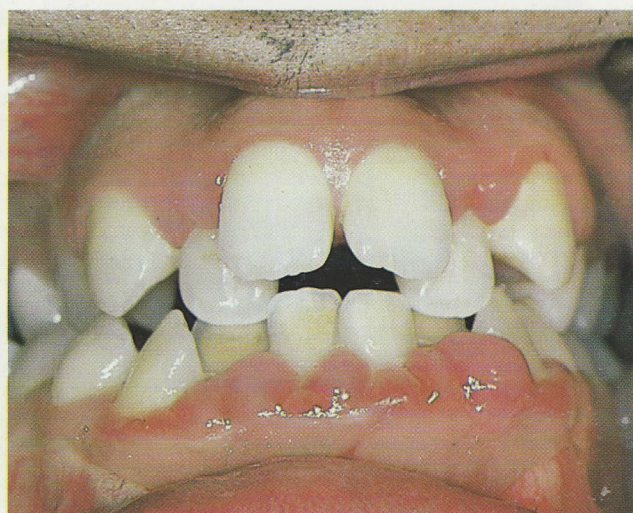


FIGURA 3: Paciente no insulino dependiente con E.P. y mal control metabólico.

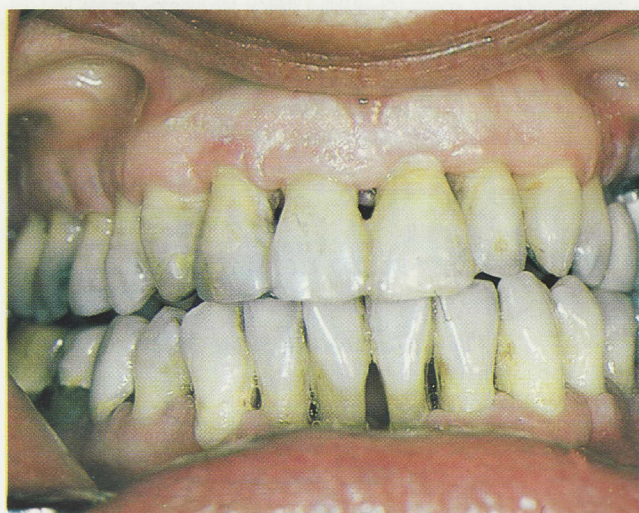


FIGURA 4: Paciente de 44 años con diabetes no insulino dependiente y E.P. controla correctamente ambas.

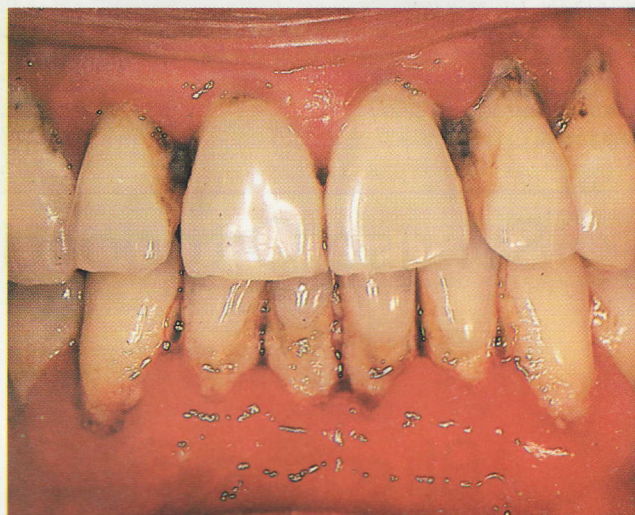


FIGURA 5: Paciente de 28 años con diabetes gestacional. Encías rojas, sangrantes y con agrandamientos gingivales severos.