

DIABETE E PARODONTOPATIA

Credo che sul diabete tipo 2 ed anche 1 ,abbiamo detto tutto. Mancava ,per completezza, un altro capitolo : un argomento di grande interesse su una malattia troppo spesso trascurata ed a cui si ricorre sempre troppo tardi ,ossia **LA PARODONTOPATIA**.

Patologia “**subdola**”, come il diabete, la **Parodontopatia** è una malattia infettiva di tipo batterico e che interessa i tessuti che hanno il compito di mantenere i “**nostri denti**” ben saldi nella loro sede naturale, ossia all’interno della bocca.

Argomento giovane e trascurato dai più grossi tomi di diabetologia , si può considerare, senza alcun dubbio, “**la sesta complicanza del diabete tipo 1 e tipo 2**”.

Per “**snocciolare**” qualche dato ,l’OMS(organizzazione mondiale sanità) , stima la **parodontopatia** al 47% nella popolazione sopra i 35 anni ed al 60 % negli over 65,che in cifre sono 750 milioni nel mondo e 7-8 milioni in Italia. Se , come avviene nel diabete, ci mettiamo l’eccessivo consumismo di cibo ed alcolici ma, soprattutto, la globalizzazione che trasferisce milioni di persone dai paesi più poveri e poco portati “**all’igiene dentale**”, credo che il trend sarà sempre in progressione.

Quindi, seppure siamo nel 2022 e, nonostante le campagne di igiene, occorre prendere atto che il binomio **DIABETE-PARODONTOPATIA** è così strettamente legato tanto che il **diabete** aggrava la **parodontopatia** e ,quest’ultima, aumenta il numero di **diabetici e relative complicanze**.

Entrando nei dettagli, si ritiene che il diabete agisca favorendo la distruzione del tessuto parodontale provocata dai batteri e che , tutto questo, aumenti l’instabilità glicemica , creando così un vero circolo vizioso.

Da precisare che, le lesioni parodontali si osservano solo in presenza di placca e tartaro ed hanno, non solo una maggiore gravità nei diabetici ma anche delle differenze fra il diabete tipo 1 (**dove la patologia infiammatoria** è più veloce ed aggressiva) ,rispetto al diabete tipo 2(dove l’evoluzione della stessa patologia è **molto più lenta**).

MECCANISMI DELLA PATOLOGIA ORALE NEI DIABETICI .

1- LA micronagiopatia diabetica è sicuramente il maggiore “**imputato**”e credo che, ormai, saprete tutto sull’argomento(vedi pag 120) .Tuttavia, per tenere “**il filo**” del nuovo capitolo, ricordo che l’aumento persistente della glicemia causa un ispessimento della membrana basale dei capillari, interferendo con la diffusione dell’ossigeno(**ridotta**) e l’eliminazione dei metaboliti della cellula: i cosiddetti prodotti “**AGES**”(Advanced glycation end product),ossia prodotti di degradazione delle proteine che, diventando “**brune**” , si accumulano come prodotti di scarto , diminuendo la loro funzione plastica.

2- Difetti Risposta immunitaria: nel diabete si verifica anche una diminuzione dell’attività di difesa da parte dei globuli bianchi neutrofili e dei macrofagi , alterando così la risposta dei tessuti parodontali nei confronti della placca batterica. Inoltre, la **malattia diabetica** si accompagna anche a modificazioni strutturali dei globuli rossi e ad alterazione delle piastrine che, aumentando la loro azione di adesività possono, “**in joint venture**” con la carenza di ossigeno, determinare episodi **ischemico/trombotici**, facilitando l’esordio della malattia parodontale od il suo aggravamento.

3- Una ridotta sintesi di collagene e degradazione di quello nuovo è causa della minore guarigione delle ferite nei diabetici, ancor più maggiore nelle fragili mucose della bocca.

4- La **neuropatia** , che avete già conosciuto come complicanza microangiopatica del diabete(vedi pag.188), si associa alla perdita dei denti , alla disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, nonché ad un aumento del dolore dentale. Questo per la **neuropatia periferica** mentre, la **neuropatia autonoma** provoca una alterazione della composizione della saliva che, con un Ph più basso e maggior glucosio fermentabile, diventa sempre più “**vischiosa**”, diminuendo così la sua importante azione detergente nei confronti della flora batterica patogena.

5- l'aumento della concentrazione di calcio e glucosio nella saliva dei diabetici, favorisce lo sviluppo di una flora batterica patogena ed un aumento del tartaro.

In conclusione, questo “**cluster patogenico**”, può essere considerato come l’**“anteprima”** della **Parodontopatia Diabetica** , caratterizzata dall'alterazione/perdita dei tessuti parodontali, come gengiva, osso alveolare, cemento radicolare e legamento paradontale che, con carattere progressivo e, se non trattata, è causa della perdita della dentatura

Come già detto, è una malattia infettiva causata da batteri saprofiti del cavo orale, detti parodontogeni, e che sono parte integrante del “**biofilm**” che ricopre tutti i tessuti dentali ed orali ossia, la **placca batterica** che, se non rimossa, tende a maturare facendo così proliferare i “**batteri patogeni**”.

Nei pazienti diabetici, tutto questo è 2-3 volte più frequente che nei non diabetici ed, inoltre, ha un andamento più incisivo e progressivo.

L'accumulo di placca dentaria provoca sempre “**gengivite**”, ossia un'inflammazione a cui segue spesso sanguinamento gengivale e ,in definitiva, si può dire che “**gengivite e parodontopatia**” sono una patologia infiammatoria cronica in cui la parodontite rappresenta il secondo stadio, caratterizzato dalla distruzione irreversibile del “**legamento alveolo dentale**”.

Occhio La parodontite, se diagnosticata precocemente e curata, ossia prima della distruzione del legamento alveolo-dentario, è reversibile come è reversibile la ormai conosciuta sindrome metabolica prima di progredire in diabete.

Riassumendo, si può concludere che diabete e parodontopatia sono patologie “**biounivoche**” in cui il diabete aggrava la parodontopatia e, quest'ultima, altera il compenso glicemico del diabetico , innescando anche un aggravamento delle patologie cardiovascolari secondarie ad un diabete non compensato.

TERAPIA DIABETE ED ESTRAZIONE DENTARIA

Siamo arrivati al punto più temuto, un po' da tutti, anche dal sottoscritto: l'estrazione del dente ,quasi sempre colpito da parodontopatia , quindi, inutile e ,per di più, fonte di infezione anche per gli altri denti.

Diciamo subito che l'anestesia non causa nessuno scompenso iperglicemico. Quest'ultimo, può invece aumentare, ma per breve tempo (1-2 ore), per lo stress pre- estrazione e l'estrazione stessa che, attivando gli ormai noti ormoni controregolatori (in primis adrenalina, noradrenalina ecc), innescano un significativo rialzo glicemico, seppur di breve durata.

Importante è, invece, stabilire la **giusta ora** della giornata per l'estrazione in relazione alle varie terapie fatte dal paziente (anticoagulanti, terapia insulinica od orale).

Anticoagulanti: nei pazienti, diabetici o no, che assumono questi farmaci, per evitare sanguinamenti protratti ed una guarigione più lunga, consiglio la loro sospensione il giorno prima ed il giorno dopo l'estrazione: al loro posto, calciparina a basso dosaggio (sui 0,6 cc sottocute)

Per il diabetico che fa terapia, questo lo schema:

Diabete tipo 1: Via tutte le insuline lente che potrebbero causare improvvise ipoglicemie ed al loro posto sempre insulina rapida o pronta (durata 2/2 ore e mezzo).

Occhio- L'estrazione del dente va sempre programmata

a) se viene fatta in tarda mattinata, fare insulina pronta a colazione, **estrazione alle 11, insulina pronta** prima di pranzo e prima di cena.

b) se l'**estrazione** è fatta a metà pomeriggio, insulina pronta a colazione, pranzo e cena.

Il giorno dopo riprendere la terapia fatta usualmente.

Diabete tipo 2: Sospendere il giorno prima gli antidiabetici a lunga durata di azione, come metformina e sulfaniluree (tipo glicazide). Al loro posto, fare insulina pronta (con le modalità già dette) oppure sulfaniluree a breve durata di azione (2/2 ore e mezzo), come la repaglinide, da assumere subito prima dei pasti, sia che l'estrazione avvenga alle 11 oppure nel tardo pomeriggio.

Per il dolore post-intervento, attenzione ai FANS (prolungamento sanguinamento) e Tachipirina ,come farmaco più sicuro ,soprattutto per chi, diabetico, assumeva anticoagulanti.

.

b)

,

