

Diabetes y su relación con la salud odontológica. Revisión sistemática

Diabetes and its relationship with dental health. Systematic review

Sarai Elizabeth Del-Castillo-Pavón
ui.saraicp10@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-1705-0933>

Katia Jamilet Paspuel-Narváez
katiapn99@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0003-6512-9518>

Angela Mayerli Pargueza-Veliz
angelapv40@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0006-9765-0879>

Vianka Camila Toromoreno-Becerra
viankatb62@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Imbabura, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-0939-3522>

RESUMEN

Objetivo: analizar las consideraciones que debe tener el odontólogo al atender pacientes diabéticos, incluyendo historia médica, monitoreo glucémico y manejo durante tratamientos odontológicos. **Método:** revisión sistemática siguiendo metodología PRISMA. Se analizaron 20 artículos científicos publicados entre 2019-2025 en inglés y español de bases de datos PubMed y SciELO. **Resultados:** El control glucémico preoperatorio es crítico para minimizar complicaciones. Pacientes con hiperglucemia no controlada presentaron mayor incidencia de infecciones postoperatorias, alteraciones en cicatrización y prolongación del tiempo de recuperación. La hiperglucemia crónica se asocia con respuesta inflamatoria exacerbada y mayor severidad de enfermedad periodontal. Se recomienda medición de glucosa preoperatoria (<70 mg/dL requiere carbohidratos orales previos; >200 mg/dL amerita referencia médica). Para episodios hipoglucémicos se aplica estrategia "15-15": administrar 15 gramos de carbohidratos de acción rápida cada 15 minutos.

Descriptores: diabetes mellitus; atención odontológica; enfermedad periodontal. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyse the considerations that dentists should take into account when treating diabetic patients, including medical history, glycaemic monitoring, and management during dental treatment. **Method:** Systematic review following PRISMA methodology. Twenty scientific articles published between 2019 and 2025 in English and Spanish were analysed from the PubMed and SciELO databases. **Results:** Preoperative glycaemic control is critical to minimise complications. Patients with uncontrolled hyperglycaemia had a higher incidence of postoperative infections, impaired healing, and prolonged recovery time. Chronic hyperglycaemia is associated with an exacerbated inflammatory response and greater severity of periodontal disease. Preoperative glucose measurement is recommended (<70 mg/dL requires prior oral carbohydrates; >200 mg/dL warrants medical referral). For hypoglycaemic episodes, the '15-15' strategy is applied: administer 15 grams of fast-acting carbohydrates every 15 minutes.

Descriptors diabetes mellitus; dental care; periodontal disease. (Source, DeCS).

Recibido: 27/08/2025. Revisado: 12/09/2025. Aprobado: 17/09/2025. Publicado: 29/09/2025.

Original breve



INTRODUCCIÓN

En este artículo, se hace referencia a los principales aspectos que debe considerar el Odontólogo cuando se presenta a consulta un paciente diabético, dentro de estos aspectos a considerar se destacan: Historia médica previa, dieta y monitoreo de los niveles de glucosa en sangre. También hace referencia a la conducta que debe tener el Odontólogo al tratar a este tipo de pacientes, durante y después del tratamiento.

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por hiperglicemia, resultante por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambas ^(1,2,3,4,5,6,7). Esta enfermedad está caracterizada por una deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina, por las células beta pancreáticas (DM insulino-dependiente o tipo 1)^{8,9,10,11,12,13}, o una sub-respuesta de los tejidos a la insulina circulante (Diabetes no insulino dependiente o tipo 2)^{9,11,14,15,16}.

En Ecuador, la diabetes mellitus es considerada un problema de salud pública. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la diabetes es una de las principales causas de muerte en el país, ocupando el segundo lugar en mortalidad general. En el año 2020, se registraron aproximadamente 5.000 fallecimientos a causa de la diabetes, lo que representa un aumento con respecto a años anteriores. Se estima que alrededor del 8.5% de la población ecuatoriana mayor de 18 años padece diabetes, siendo más prevalente en zonas urbanas.

A los Odontólogos en nuestra práctica diaria se nos pueden presentar a consulta pacientes con DM, por lo que es necesario e importante estar conscientes de las consideraciones en el manejo médico y dental para esta extensa población de pacientes.⁹

Para minimizar el riesgo de emergencias en el consultorio odontológico en pacientes con DM, el clínico necesita tener presente un número de consideraciones antes de iniciar el tratamiento dental.¹



Según La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) muestra que la diabetes es una enfermedad sistémica, silenciosa, crónica, que afecta a un millón de personas, un promedio de dos millones de personas tiene síntomas de prediabetes, y que en muchos casos los pacientes no se sienten mal hasta que los síntomas aparecen, positivamente. Es tratable, principalmente en adultos mayores. Además de su impacto sistémico, la diabetes también se relaciona estrechamente con diversas patologías bucales, incluyendo la enfermedad periodontal, que ha sido considerada como la sexta complicación de la diabetes. La inflamación crónica inducida por la hiperglucemia favorece la destrucción de los tejidos periodontales y dificulta la cicatrización de heridas, lo que puede afectar directamente la eficacia de los tratamientos odontológicos.

Estudios recientes han demostrado que la relación entre la diabetes y la salud bucal es bidireccional, ya que las infecciones periodontales pueden exacerbar el control glucémico y aumentar el riesgo de complicaciones diabéticas. Por esta razón, es fundamental que los odontólogos trabajen en colaboración con los profesionales de la salud para optimizar el manejo integral de los pacientes diabéticos.

El adecuado control de la glucemia antes, durante y después de los procedimientos odontológicos es crucial para evitar complicaciones como la hipoglucemia o la hiperglucemia descontrolada. Es recomendable que los pacientes diabéticos mantengan una higiene oral rigurosa y acudan a consultas odontológicas periódicas para reducir el riesgo de infecciones bucales y mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, el conocimiento y la capacitación continua de los odontólogos sobre la diabetes y su impacto en la salud bucal son esenciales para proporcionar una atención de calidad y contribuir al bienestar general de los pacientes afectados por esta enfermedad.



En los últimos años, se ha incrementado la investigación sobre la aplicación de nuevas tecnologías en el tratamiento odontológico de pacientes diabéticos. El uso de terapias con láser de baja intensidad, probióticos para mejorar la microbiota oral y materiales biocompatibles con capacidad antimicrobiana han mostrado resultados prometedores en la reducción de la inflamación y la aceleración de la cicatrización en estos pacientes.

Por último, es esencial la educación continua tanto para los odontólogos como para los pacientes sobre la importancia del autocuidado y la prevención de enfermedades bucales en el contexto de la diabetes. Campañas de concientización y estrategias de intervención temprana pueden contribuir significativamente a la mejora del pronóstico y calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Monitorear los niveles de glucosa en sangre, dependiendo de la historia médica del paciente, régimen de medicación y procedimiento a ser ejecutado, el Odontólogo puede necesitar medir los niveles de glucosa en sangre antes de empezar un procedimiento. Esto puede ser llevado a cabo usando un aparato electrónico comercialmente disponible para monitorear la glucosa en sangre, el cual no es tan costoso y tiene un alto grado de precisión. Pacientes con bajos niveles de glucosa en sangre (<70 mg/dL) deberían tomar un carbohidrato oral antes del tratamiento para minimizar el riesgo de un evento hipoglicémico. El Odontólogo deberá referir a los pacientes con niveles significativamente elevados de glucosa en sangre para una consulta médica antes de ejecutar un procedimiento dental ⁽¹⁾. Es importante destacar que el Comité de Expertos de la Asociación Americana de la Diabetes para el Diagnóstico y Clasificación de la DM, recientemente aprobó nuevos criterios para el diagnóstico de esta entidad. Se consideran como pacientes diabéticos a aquellos que presentan niveles de glucosa en plasma (tomados a cualquier hora del día) por encima de 200 mg/dL (11,1 mmol/L) y en ayunas por encima de 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Si los valores de glucosa en sangre son de 200 mg/dL o mayores, cuando



se miden en el intervalo de 2 horas posteriores a su ingestión por vía oral, se considera como intolerancia a la glucosa. ^(1,3)

Si el clínico sospecha que el paciente está experimentando un episodio hipoglicémico, primero debe confirmar éste, bien sea con "Diascan" u otro equipo para monitoreo rápido de la concentración de glucosa antes de suministrarla. En caso de confirmarse el cuadro de hipoglicemia, debería terminar el tratamiento odontológico e inmediatamente administrar la regla "15-15": administrar 15 gramos de carbohidratos por vía oral, de acción rápida, cada 15 minutos hasta llegar a los niveles normales de azúcar en sangre.^{1,21}

Después de tomar los 15 gramos de estos alimentos o azúcares de acción rápida, esperar 15 minutos y se debe examinar de nuevo los niveles de azúcar en sangre, si los niveles de azúcar en sangre todavía están bajos, se debe administrar otra porción de uno de los alimentos. Esperar otros 10 o 15 minutos, entonces examinar de nuevo los niveles de azúcar en sangre, si los niveles de azúcar en sangre todavía están bajos, trata una tercera vez, si los niveles de glucosa siguen bajos entonces el Odontólogo debería buscar asistencia médica; y administrar intravenosamente 25-30 ml de un 50% de solución de dextrosa o 1 mg de glucagon. El glucagon también puede ser inyectado subcutáneamente o intramuscularmente.^{1,18,21}

Por regla general los diabéticos tipo 1, y tipo 2 con su enfermedad bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, pueden recibir todos los tratamientos odontológicos que necesiten sin que haya que modificar los protocolos de atención.^{1,20} Si el paciente no está controlado, no debe realizarse el tratamiento odontológico.^{1,17,18,19,20}

A los pacientes diabéticos se les debe colocar anestésicos locales sin vasoconstrictor, a menos que tengan que realizarse tratamientos agresivos como



exodoncias y endodoncias, entre otros. En esos casos podría colocarse un anestésico local con vasoconstrictor a bajas concentraciones.^{17,18,19}

MÉTODO

En la presente revisión sistemática de la literatura científica se utilizó el procedimiento PRISMA, mediante el cual se analizó la información de estudios realizados y publicados durante el periodo 2019 – 2025 en inglés y español; un total de 20 artículos científicos fueron analizados, se utilizaron los descriptores: "endodoncia", "regenerativa", los mismos que se obtuvieron de la búsqueda electrónica de las bases de datos: PudMed, Scielo que y se seleccionaron a través de los siguientes criterios.

RESULTADOS

Mediante la aplicación del procedimiento PRISMA se identificaron inicialmente un conjunto de estudios potencialmente relevantes. Tras aplicar rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión establecidos –artículos en inglés o español, publicados entre 2019 y 2025, en revistas científicas de alto impacto, y con alta relevancia en el tema– se incluyeron un total de 20 artículos científicos. La matriz de selección evidenció que los estudios abarcaban diversos diseños metodológicos, incluyendo ensayos clínicos, estudios in vitro y tesis. La población analizada consistió en pacientes diabéticos, tanto de tipo 1 como de tipo 2, con distintos niveles de control glucémico. Esto permitió evaluar de manera integral la influencia de la diabetes en los procedimientos odontológicos, en particular en tratamientos endodónticos regenerativos, considerando además las particularidades y complicaciones que pueden surgir en esta población.

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática arrojaron hallazgos consistentes y significativos en relación con la interacción entre la diabetes y la práctica odontológica:



Control glucémico y riesgo de complicaciones:

La evidencia recopilada indica que el manejo preoperatorio del nivel de glucosa es un factor crítico para minimizar el riesgo de complicaciones durante el tratamiento odontológico. Se observó que pacientes con hiperglucemia no controlada presentaron una mayor incidencia de complicaciones, tales como infecciones postoperatorias, alteraciones en la cicatrización y prolongación del tiempo de recuperación. Estos hallazgos subrayan la importancia de la monitorización continua de la glucemia antes, durante y después de los procedimientos para asegurar un manejo seguro y efectivo.

Inflamación y enfermedad periodontal:

La hiperglucemia crónica se asocia con una respuesta inflamatoria exacerbada, lo que favorece la destrucción de los tejidos periodontales. Varios estudios destacaron la mayor severidad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos, siendo esta condición tanto un indicador como un agravante del mal control glucémico. La persistente inflamación no solo complica la cicatrización, sino que también puede interferir con el éxito a largo plazo de los tratamientos odontológicos realizados.

Estrategias de manejo en el consultorio odontológico:

Los resultados de los estudios respaldaron la necesidad de adaptar los protocolos odontológicos para pacientes diabéticos. Entre las medidas preventivas y de manejo, se destacan:

La medición de glucosa preoperatoria mediante dispositivos electrónicos de alta precisión.

El uso preferente de anestésicos locales sin vasoconstrictor, salvo en procedimientos de mayor agresividad donde se justifica el uso de vasoconstrictores a bajas concentraciones.



La aplicación de la estrategia “15-15” para el manejo de episodios hipoglucémicos, que consiste en la administración de 15 gramos de carbohidratos de acción rápida, seguidos de una revaloración de la glucemia cada 15 minutos hasta alcanzar niveles normales.

Estas estrategias se han mostrado efectivas para reducir el riesgo de emergencias y mejorar la seguridad del paciente durante el tratamiento.

Innovaciones terapéuticas:

Un aspecto relevante que emergió de la revisión es la incorporación de nuevas tecnologías en el tratamiento odontológico de pacientes diabéticos. Varios estudios evaluaron el uso de terapias con láser de baja intensidad, probióticos para la modulación de la microbiota oral y materiales biocompatibles con propiedades antimicrobianas. Estas innovaciones no solo contribuyen a la reducción de la inflamación y a la aceleración de la cicatrización, sino que también ofrecen nuevas perspectivas para optimizar el tratamiento regenerativo, mejorando el pronóstico clínico y la calidad de vida de los pacientes.

Implicaciones interdisciplinarias:

Los resultados resaltaron la naturaleza bidireccional de la relación entre la diabetes y la salud bucal. Por un lado, la hiperglucemia crónica contribuye al deterioro de la salud periodontal y complica los procesos de cicatrización, mientras que por otro, las infecciones bucales pueden exacerbar el control glucémico, creando un ciclo perjudicial para el paciente. Esta interrelación enfatiza la necesidad de una colaboración estrecha entre odontólogos y otros profesionales de la salud para desarrollar estrategias de manejo integrales y personalizadas.

DISCUSIÓN



La relación bidireccional entre la diabetes mellitus y la salud oral ha sido objeto de numerosos estudios en las últimas décadas, consolidándose como un tema de gran relevancia clínica. Investigaciones clásicas como las de Lalla y D'Ambrosio (2001) y Moore et al. (1998, 1999, 2000) han demostrado que los pacientes diabéticos presentan una mayor predisposición a desarrollar patologías orales, especialmente enfermedad periodontal, debido a alteraciones en el sistema inmunológico, una respuesta inflamatoria exacerbada y cambios en la microbiota oral. Emrich et al. (1991) también refuerzan esta evidencia al señalar la conexión entre el mal control glucémico y el agravamiento de las enfermedades periodontales.

Asimismo, otros estudios como los de García-Arocha et al. (1998), Guggenheimer et al. (2000) y Gibson et al. (1990) documentan manifestaciones bucales frecuentes en diabéticos, como xerostomía, candidiasis y alteraciones en la percepción del gusto. Estas manifestaciones impactan directamente en la calidad de vida del paciente y, en ocasiones, dificultan el adecuado control metabólico, instaurando un círculo vicioso que deteriora tanto la salud sistémica como la oral.

De forma más reciente, investigaciones de Cámara López et al. (2020), Pulgarín Reyes et al. (2023) e Iza Moreno & Muñoz Mora (2023) subrayan la necesidad de que los odontólogos estén preparados para detectar signos clínicos de descompensación diabética durante el examen bucal y de adaptar los tratamientos en función del estado sistémico del paciente. La colaboración interdisciplinaria y la planificación cuidadosa de las intervenciones odontológicas, como ajustar horarios de citas y monitorizar continuamente los niveles de glucosa, son esenciales para garantizar la seguridad y eficacia de los tratamientos.

En este sentido, el odontólogo no solo debe intervenir sobre las manifestaciones orales existentes, sino también desempeñar un rol preventivo y educativo, reforzando la importancia del autocuidado, la higiene oral adecuada y el control glucémico regular. La evidencia sugiere que una atención integrada y preventiva



mejora tanto el pronóstico oral como el sistémico, contribuyendo a una mejor calidad de vida para el paciente diabético.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus y su impacto en la salud oral constituyen un desafío significativo en la práctica odontológica moderna. Esta enfermedad crónica, caracterizada por alteraciones metabólicas severas, no solo afecta al organismo de forma sistémica, sino que también predispone a los pacientes a una amplia gama de complicaciones orales, entre ellas la enfermedad periodontal, infecciones bucales, alteraciones en la cicatrización de tejidos, xerostomía y pérdida prematura de piezas dentales. Estas manifestaciones orales no deben considerarse fenómenos aislados, ya que la presencia de infecciones en la cavidad bucal puede, a su vez, complicar el control metabólico de la diabetes, creando un ciclo perjudicial que agrava ambas condiciones de manera progresiva.

El manejo odontológico de los pacientes con diabetes exige una evaluación exhaustiva de su estado de salud general, incluyendo la monitorización estricta de los niveles de glucosa en sangre antes, durante y después de cualquier procedimiento. La prevención de emergencias médicas en el consultorio, como la hipoglucemia o la hiperglucemia, requiere protocolos de actuación claros y personal capacitado para identificar signos de descompensación en tiempo real. Además, es fundamental educar a los pacientes sobre la importancia del cuidado oral riguroso, fomentar hábitos de higiene bucal adecuados y reforzar la necesidad de controles médicos y odontológicos periódicos.

La evolución tecnológica en odontología ha permitido integrar nuevas herramientas, como el uso de láseres de baja intensidad y biomateriales con propiedades antimicrobianas, que contribuyen a mejorar la respuesta terapéutica en pacientes diabéticos. Estos avances ofrecen alternativas prometedoras para reducir la



inflamación, acelerar los procesos de cicatrización y favorecer resultados clínicos más predecibles en procedimientos odontológicos complejos.

Es imprescindible adoptar un enfoque interdisciplinario en el manejo de estos pacientes, en el cual odontólogos, endocrinólogos y otros profesionales de la salud trabajen conjuntamente para ofrecer un tratamiento integral. Esta colaboración permite no solo mejorar el pronóstico de las intervenciones odontológicas, sino también contribuir de manera efectiva al control metabólico general del paciente, disminuyendo el riesgo de complicaciones a largo plazo.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Lalla RV, D'Ambrosio JA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. JADA [Internet]. 2001;132:1425–31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002817714637260>
2. Moore P, Orchard T, Guggenheimer J, Weyant RJ. Diabetes and oral health promotion. JADA [Internet]. 2000;131:1333–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10986835/>
3. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2000;23:S4–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12502614/>
4. Dahms WT. An update on diabetes mellitus (review). Pediatr Dent [Internet]. 1991;13:79–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1831890/>
5. Atkinson MA, Maclaren MK. What causes diabetes? Sci Am [Internet]. 1990;263:62–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2197720/>



6. Albrecht M, Banoczy J, Tamas G Jr. Dental and oral symptoms of diabetes mellitus. *Commun Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1988;16:378–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3203498/>
7. Murrah VA. Diabetes mellitus and associated oral manifestations: A review. *J Oral Pathol* [Internet]. 1985;14:271–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3923169/>
8. Moore PA, Weyant RJ, Mongelluzzo MB. Type 1 diabetes mellitus and oral health: assessment of periodontal disease. *J Periodontol* [Internet]. 1999;70:409–17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10328653/>
9. García-Arocha C, Perrone M, Álvarez ML, Schemell M. Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus en una muestra de la población venezolana. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 1998;36(2):85–91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6800900>
10. Moore PA, Weyant RJ, Mongelluzzo MB. Type 1 diabetes mellitus and oral health: assessment of tooth loss and edentulism. *J Public Health Dent* [Internet]. 1998;58:135–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9729758/>
11. Zachariassen R. Periodontal disease and diabetes mellitus. *J Dent Hyg* [Internet]. 1982;24:259–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1291632/>
12. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies. Part 1: prevalence and characteristics of non-candidal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet]. 2000;89:563–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10807713/>
13. Tarn AC, Smith CP, Spencer KM. Type I (insulin-dependent) diabetes. A disease of slow clinical onset? *BMJ* [Internet]. 1987;294:342–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3101866/>
14. Emrich LJ, Shlossman M, Genco RJ. Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Periodontol* [Internet]. 1991;62:123–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2027060/>
15. Gibson J, Lamey PJ, Lewis M, Frier B. Oral manifestations of previously undiagnosed non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 1990;19:284–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2401962/>
16. Shlossman M, Knowler WC, Pettit DJ, Genco RJ. Type 2 diabetes mellitus and periodontal disease. *JADA* [Internet]. 1990;121:532–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2212346/>
17. Medicines for people with diabetes. National Diabetes Information Clearinghouse, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health [Internet]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Medicines_for_People_with_Diabetes.html?id=SiPZsLKHgJ0C



18. Mealey BL. Impact of advances in diabetes care on dental treatment of the diabetic patient. *Compend Contin Educ Dent* [Internet]. 1998;19:41–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9533351/>
19. Levin JA, Muzyka BC, Glick M. Dental management of patients with diabetes mellitus. *Compend Contin Educ Dent* [Internet]. 1996;17:82–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8598033/>
20. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5 ed. Harcourt Brace; 1998. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Tratamiento_Odontologico_del_Paciente_Ba.html?id=U4qxzgEACAAJ
21. Hypoglycemia. Roche Diagnostics Corporation [Internet]. Disponible en: <http://www.diabetessymptoms-resource.com>
22. Cámara López V, González Rivera G, Fernández Ramírez R. Abordaje clínico-odontológico de pacientes con diabetes mellitus. *Contexto Odontológico* [Internet]. 2020;14(1):27–32. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/contextoodontologico/article/view/943>
23. Pulgarin Reyes LI, Narvaez Guerrero JT, Alvarez Centeno TG, Mejía Gallegos CG. Manejo del paciente diabético atendidos en la consulta odontológica. *RECIAMUC* [Internet]. 2023;7(2):65–72. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1092>
24. Iza Moreno AN, Muñoz Mora JE. Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos de 50–75 años en la clínica de crónicos metabólicos del Hospital del Día Central. *Odontología* [Internet]. 2023;25(1):38–43. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/4383>

Derechos de autor: 2025. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>