

La importancia de la salud bucal con respecto a pacientes diabéticos

Maite Moreno, México

En varios países del mundo, la diabetes es un grave problema de salud.

Para tener un buen pronóstico de la enfermedad, el diabético debe estar bajo estricto control médico y dental. Varias situaciones contribuyen a subestimar la importancia que tiene la salud bucal y las infecciones bucales con respecto a este padecimiento, que entre otras omisiones frecuentes tenemos que durante el tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad, no se incluye la participación del cirujano dentista.

Una infección bucal, agrava la condición diabética

Cuanta más severa es la enfermedad en las encías, presencia de abscesos dentales o de cualquier otra infección bucal, más severa es la resistencia a la insulina.

En el año 2001, el reporte del Comité de Diagnóstico y clasificación de Diabetes Mellitus de la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association) hizo una nueva definición de las complicaciones diabéticas diciendo que los pacientes con periodontitis tienen un aumento en la incidencia de arteriosclerosis, enfermedades cardiovasculares, vasculares periféricas y cerebro-vasculares.¹

El paciente no conoce que las complicaciones conocidas de esta enfermedad, se agravan y se presentan más en presencia de infecciones bucales.

A este respecto se han hecho varias investigaciones indirectas y directas, que entre otras menciono las siguientes:

Después de revisar a más de 1.300 pacientes diabéticos, Thorsensson y colaboradores (1996) concluyeron que los diabéticos controlados con periodontitis tienen un riesgo hasta de un 25% más de tener un infarto cerebral, que los diabéticos que no tenían periodontitis.²

En 1993, De Stefano y colaboradores encontraron en individuos (sin padecer diabetes) mayores de 50 años, que desarrollaron periodontitis en esos 14 a 18 años, había un 25% de aumento de enfermedades coronarias, comparándolos con aquellos individuos en quienes no tuvieron enfermedades en las encías. Además, el 25% de los individuos mayores a 50 años que no tenían varios dientes, había también un aumento en la incidencia de enfermedades coronarias.⁵

La diabetes es una enfermedad en que existe el aumento de concentración de glucosa en la sangre.

Cuando los niveles de azúcar son elevados por un largo tiempo, hay una alteración en el metabolismo de las proteínas, en la función y la estructura de los vasos sanguíneos. Estas personas padecen frecuentemente: hipertensión y anomalías frecuentes en el metabolismo de las lipoproteínas (alteración en los

niveles de colesterol.¹ Los cambios que ocurren en la permeabilidad vascular, impiden la difusión de nutrientes y de sustancias defensivas, y se altera la migración leucocitaria.

Ha sido comprobado que los diabéticos desarrollan más fácilmente periodontitis. Ambas enfermedades son hereditarias. Cuando la diabetes es hereditaria, el sistema inmunológico del paciente esta programado para hacer ciertas reacciones en el organismo desde destruir las células pancreáticas que elaboran la insulina, o tener una muy baja producción de insulina (en el caso de diabetes insulino dependiente).

Estas enfermedades no han sido asociadas con gen específico individual, sino con varios genes, consideradas hoy como poli génicas, principalmente con el genotipo del antígeno del leucocito Humano (HLA).

En ciertos hálelos HLA-D del gen 6 hacen susceptibles a los individuos a diabetes insulino dependientes debido a que influyen la capacidad secretora de los monocitos para producir factor de interleukina-1 (IL-1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa), reportando una asociación con una naturaleza más agresiva de la enfermedad.

La destrucción de las células beta se da por infiltración y formación de anticuerpos contra estas células.

Existe una predisposición genética comprobada por estudios de histocompatibilidad, ligada al antígeno de leucocito humano HLA-D, para responder a través de mecanismos de auto inmunidad contra las células pancreáticas.

A esta unión de factores se le suman factores ambientales (virus, medicamentos, productos químicos) que pueden ser capaces de modificar estructuralmente las células de los islotes para producir una respuesta inmunopatológica que las destruya e impida la secreción de insulina.

La hoy conocida diabetes de los jóvenes (grupos etarios jóvenes) en inglés le dicen MODY 1 (maturity-onset diabetes of the young), esta asociada a mutaciones en el gen 7 en las glucocinasas y, MODY 2 asociados a los genes 20 y 12 en los cromosomas que promueven la formación del factor nuclear de hepatocitos 1 alfa y 4 alfa.

Por lo que ya no es descabellado asegurar, que existe una combinación no afortunada de hálelos del complejo mayor de histocompatibilidad (major histocompatibility complex, MHC), que da como resultado una persona susceptible a diabetes y/o periodontitis. A este tipo se le denomina como diabetes dependiente de insulina. Clínicamente aparece antes de los 20 años de edad.

En la diabetes no insulino dependiente suceden otros fenómenos.

Deficiencia:

- Producción deficiente relativa de insulina.
- Producción retardada: cuando come el paciente, su cuerpo no produce la insulina necesaria, en el tiempo requerido.

Resistencia:

- disminución o alteración de receptores celulares para la insulina; o,
- defectos intracelulares post-receptor.

Clínicamente generalmente esto sucede después de los 35 años de edad.

En el paciente diabético, cualquier comida excesiva o falta de comida (ayunos prolongados), afectan los niveles de glucosa en sangre. Esta es una razón por la que los pacientes diabéticos pierden interés en controlarse, ya que esta enfermedad demanda un orden estricto en sus medicamentos; una dieta adecuada para su edad, sexo, peso (en cada comida); el registro de destroxis diarias; y, una higiene bucal efectiva para eliminar la placa dental bacteriana. De tal manera que los pacientes en algún momento se cansan de estar tan pendientes de su padecimiento, así como algunos no se cuidan, lo cuál hace muy difícil su tratamiento.

En una persona normalmente tenemos 120 miligramos de glucosa por decilitro de sangre.

Cualquier concentración de glucosa mayor a este número, se



Figura 1: Radiografía panorámica de paciente (sin diabetes, de 26 años de edad) con todos sus dientes. La cantidad de ligamento periodontal en un paciente con todos sus dientes es aproximadamente de 72 milímetros cuadrados (área similar a la palma de la mano). El hueso de soporte está al nivel adecuado en cada uno de los dientes.



Figura 2: Paciente diabética descontrolada, de 68 años de edad, con destroxis en ayunas de 189 MG/100 ml. Se observa pérdida generalizada de hueso en sentido horizontal y en algunas áreas en sentido vertical, con abscesos periodontales. Su diagnóstico es periodontitis severa. Los dientes 16, 25, 26, 47 y 48 tienen movilidad y cada vez que la paciente muerde hace un bombeo de bacterias o sus productos hacia el torrente circulatorio. Las lesiones en esta paciente son desproporcionadas para la cantidad de placa (supragingival) que presenta. De tal manera que esto equivale a una herida abierta, infectada, perenne, hasta la intervención de un dentista dando el tratamiento dental específico. Además, presenta caries en algunos dientes. Cuando se le pregunta como controla su diabetes, comenta que está descontrolada y que nunca se va a inyectar insulina.

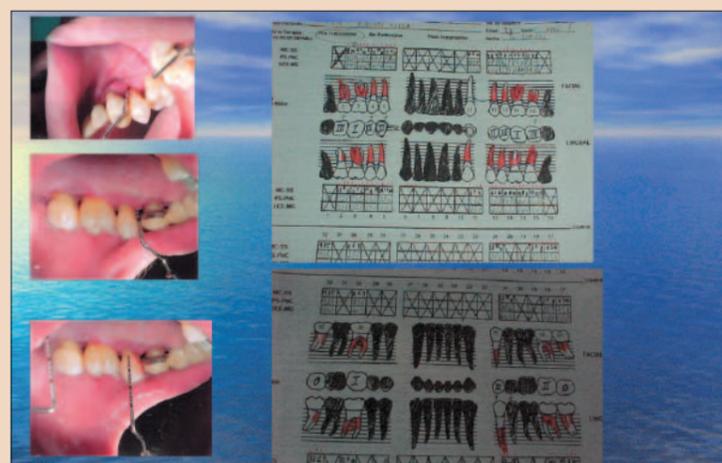


Figura 3 a, b, c: Medición con sonda periodontal D, E. Periodontograma superior e inferior. Parte de Historia Clínica U de G, México. Movilidad dental grados 3 y 4. Diagnóstico: Periodontitis generalizada.

conoce como diabetes o estado hiperglucémico. Cuando la concentración aumenta ligeramente, la persona tiene pocos o ningún síntoma y se considera que es un diabético no controlado. En algunas personas hay pérdida de peso, sin estar a dieta y la persona se siente decaída. Además hay falta de salivación, o xerostomía; aumento de índice de caries, ya que no hay un barrido salival de la placa dental bacteriana en las superficies dentarias, además que no hay lubricación, ni anticuerpos salivales.

Por otro parte, el paciente refiere disgeucia (falta de sabor) y pirois (ardor) en la lengua o en

la mucosa salival (parte de la neuropatía diabética).

Si la concentración de glucosa aumenta significativamente (más de 300 MG/DL.), los síntomas frecuentes son mucha sed, mucha hambre, mucho orinar y, aliento cetónico. El aliento cetónico, generalmente se presenta en pacientes descompensados o graves, con cifras de glucosa superiores 160 MG/100 ml.

Si esta condición progresa sin tratamiento puede llegar a la pérdida de la conciencia, para lo que transcurre un largo periodo de tiempo. En estos casos la concen-

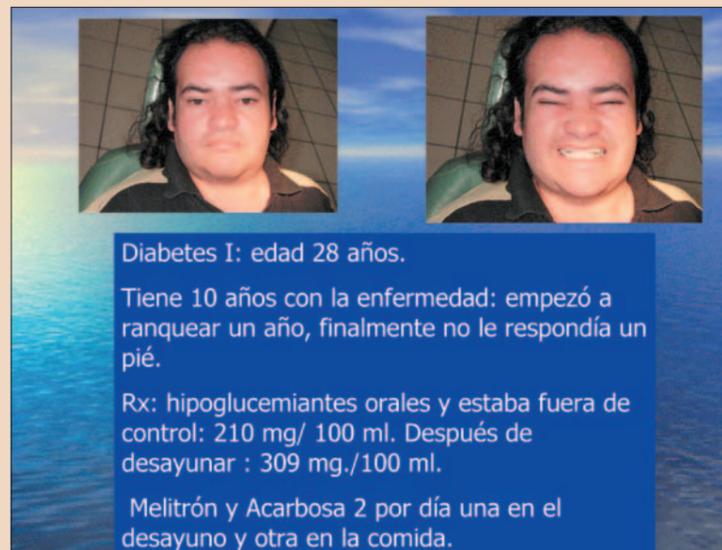


Figura 4 a, b: Aspecto inicial del paciente.



Figura 5: Situación clínica inicial y serie radiográfica, arca superior (vestibular).

tración de glucosa es mayor a 450 MG/DL.

Al hacer la historia médica, el/la médico internista y/o el/la cirujano dentista hace entre otras preguntas:

- ¿Tiene parientes diabéticos?
- ¿Tiene sed frecuentemente?
- ¿Tiene aliento a acetona?
- ¿Tiene resequedad en la boca y la falta de saliva?

Son muy pocos los/las profesionales que incluyen:

- ¿Tiene parientes sin dientes?
- ¿Sabe la causa por la que perdieron sus dientes?

¿En alguna ocasión, algún dentista ha diagnosticado periodontitis en su boca?

¿Se le mueve a usted uno o varios dientes?

¿Le sangran las encías, (espontáneamente o al cepillarse) (ahora o anteriormente)?

¿Le arde la encía?

– su prótesis dental (cualquier tipo: fija/removible – sobre dientes o implantes – dentadura completa, maxilofacial) ¿está en buenas condiciones? ¿está limpia?

¿Con qué regularidad acude usted al dentista para hacerse una limpieza dental profesional?

¿Tiene alguna caries en su boca?

¿Le huele la boca?

¿Tiene algún dolor en su boca o en sus dientes?

¿Cuando fue la última vez que lo revisó el/la dentista?

– la comida ¿le sabe bien?

La diabetes es una enfermedad terminal para quienes la padecen y no toman las precauciones necesarias.

Para restablecer el metabolismo normal de la glucosa, el diabético debe controlar su dieta, tener un orden en sus medicamentos, hacer ejercicio y practicar una higiene oral efectiva para eliminar la placa dental bacteriana después de cada comida.

Los libros de medicina y el entrenamiento que se da durante la enseñanza de la medicina general, se omite gravemente un entrenamiento simple y rutinario de la revisión bucal con un abate lenguas y una lámpara de mano, que debería de efectuarse en todos los pacientes (no nada más en los pediátricos). Las infecciones bucales desde una simple caries dental está cargada de familias y grupos de bacterias; la gingivitis y por supuesto la periodontitis, también. En 1998, Socransky y colaboradores hicieron una clasificación de los complejos microbianos por el método de hibridación del DNA en más de 15.000 cultivos de 185 pacientes, que iban de saludables a los que padecían periodontitis. Las bacterias hacen que las enfermedades de las encías sean de mayor o menor gravedad, en proporción directamente proporcional a su presencia cualitativa y cuantitativa.

Las bacterias que producen la periodontitis, no sólo tienen repercusión destruyendo el hueso de soporte de los dientes.

Cuando las bacterias o sus productos de desecho entran al torrente sanguíneo, producen otros trastornos serios en otros órganos del cuerpo.

En los diabéticos, la infección circulante de bacterias que viene de la boca, representa un problema más grave que la misma intolerancia a la glucosa.⁴

La periodontitis es una infección en las encías, producida por la porfiromonada gingivalis, bacteroides forsitus y otras bacterias. La periodontitis aumenta su severidad con la edad y es generalmente indolora, lo cual hace que el paciente no vaya al dentista, sino hasta que el tiene un problema grave en la boca y la diabetes esté descontrolada.

Cuando las bacterias entran en el torrente sanguíneo del diabético, encuentran ahí la glucosa necesaria que las fortalece.

O sea, al problema metabólico general causado por el padecimiento, le agregamos bacterias muy dañinas que provienen de la boca.

Estas bacterias tienen en la composición de su membrana celular, lipopolisacáridos, un tipo de colesterol que NO SE PUEDE MEDIR.

Cuando hay una infección circulante de bacterias (de las que se encuentran en la periodontitis o en abscesos dentales), como en cualquier otra infección hay un

aumento de leucocitos (glóbulos blancos, o células de defensa). El análisis de sangre entonces muestra un número elevado de estas células, mismas que son inactivadas por las bacterias (y por el mismo lipopolisacárido que mencione anteriormente, el que no se puede medir). Entonces el número de células circulantes aumenta y suceden varios fenómenos a varios niveles. Los leucocitos pierden su facilidad elástica de deformación, ya que al estar rellenos de este colesterol, se vuelven

rígidos e indeformables, lo cual, dificulta su paso a través de vasos capilares pequeños (hasta de 5 micras, por ejemplo), siendo más factible que se haga un trombo en cualquier momento, a cualquier nivel (ojos, cerebro, circulación terminal en los pies).

Por otra parte, estas bacterias, tiene un antígeno similar al colágeno que les permite adherirse a la capa íntima del endotelio (superficie interna de los vasos sanguíneos). Esto sucede generalmente en la aorta o en las corona-

Anzeige Vita

rias, ya que a este nivel, hay curvaturas de los mismos vasos, que hacen posible que la bacteria, prefiera estacionarse ahí y causar una lesión en este lugar. Estos antígenos igualmente promueven una actividad cementante o aglutinante. Debido a esto, sucede la aglomeración de plaquetas, grasa circulante y elementos de la inflamación causando un arteroma.

Además, las bacterias liberan toxinas y las dejan en la sangre. Entre las sustancias que liberan en cantidades significativas, está el factor de necrosis tumoral alfa. Esta sustancia compite y gana el lugar del receptor específico de la insulina dentro de las células musculares, adiposas y otras células diseñadas con este receptor. Esto causa que el paciente se vuelva «insulino resistente», lo que quiere decir, que la glucosa, no va a entrar dentro de las células, para proveerlas de energía. El resultado es que las células están menos capacitadas para regenerarse y para funcionar. De aquí que el diabético sea más propenso a infecciones y se le dificulte la cicatrización.

¿Qué hacíamos los dentistas para tratar al paciente diabético con periodontitis?

Nuestro tratamiento incluía extracciones y/o un debridamiento mecánico haciendo colgajo de la encía y limpiando las raíces dentales con curetas manuales y junto con la aplicación de 300.000 unidades de penicilina G-Procaína IM, por 10 días.⁵

Otras opciones de antibióticos son:

- Clindamicina 150 MG. c/6hrs. X 7-10 días
- Tetraciclina 250 MG c/6hrs. X 2 semanas, o bien
- Metronidazol: 250mg 3V.al día por una semana.
- y Amoxil: 650 MG/ 2 V. día. Durante 14 días.

Hay situaciones clínicas en que los pacientes diabéticos tienen que ser sometidos a un tratamiento radical, como es extraer los dientes presentes.

Un paciente masculino de edad 28 años de edad, originario de La Piedad, Michoacán, México, empezó a padecer diabetes 10 años antes de ir con un dentista.

Ahora utilizamos otros métodos. Para eliminar las bacterias y el sarro el desbridamiento mecánico incluye hoy soluciones antisépticas (a base de clorhexidina), irrigadas con un aparato de ultrasonido que a base de insertos tipo curetas, remueven el sarro de la superficie de los dientes y destruyen a las bacterias por la acción oscilatoria del ultrasonido. Además, en forma sistémica se aplica doxiciclina de 100 MG por día, durante 14 días.⁶⁻⁸

El paciente refiere que su mal fue diagnosticado a partir de que empezó a ranquear y finalmente no le respondía un pié (neuropatía diabética). Después de hacer los análisis de sangre y de la curva de tolerancia a la glucosa, el médico internista que lo diagnosticó, recetó hipoglucemiantes orales (Melitrón 75 MG 1 por día y Acarbosa 75MG 1 por día). Parece ser que los medicamentos lo mejoraron por un tiempo.

Sin embargo, no hubo control dietético, ni revisiones periódicas por el médico general. El paciente sufrió por años una depre-



Figura 7 a: Destroxis inicial antes de acto quirúrgico de 140 MG/100ml. b: El paciente fue canalizado, para administrar Voltarén (75 MG IV) y clindamicina (150 MG IV), así como poder enfrentar una urgencia. c: Aspecto de arcada inferior después de las extracciones. d: 16 dientes extraídos y puente fijo unido a uno de los soportes.

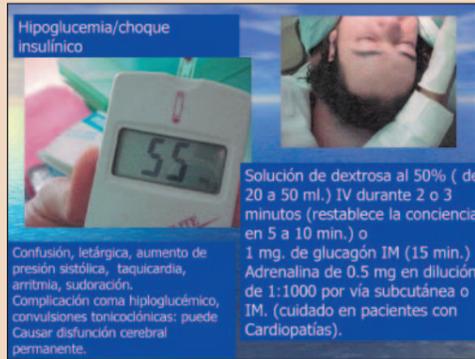


Figura 8 a: Se presentó un estado hipoglucémico, bajando el nivel de glucosa hasta 55 MG/100 ml. b: El paciente logró avisar que se sentía mal y confundido.



Figura 9: Se insertaron las prótesis inmediatas: inferior (a) y superior (b), con la ayuda de pasta indicadora de presión (PIP, Mizzy Inc. Cherry Hill, N.J. 08002) para evitar la irritación de la encía, que pudiera ser causada por las prótesis. c) juego de dentaduras colocadas en la boca. d. Aspecto del paciente al finalizar la cirugía. e. El paciente y su padre.



Figura 10: Aspecto de los tejidos en la arcada superior (a) y antes de retirar las suturas, a los ocho días de las extracciones. B) aspecto de los tejidos en la arcada inferior. C) Aspecto del paciente varios meses después d) Rebase final de las dentaduras, y colocadas en su lugar.

sión profunda, no trabajaba, no estudiaba, no hacía ejercicio.

El paciente fue referido al departamento de Periodoncia de la Universidad de Guadalajara, donde se detectó una severa periodontitis generalizada. Figura 6. Situación clínica inicial y periapicales dientes inferiores (oclusal y vestibular).

La diabetes estaba fuera de control: la destroxis en ayunas era de 210 MG/100 ml., y de 309 MG/100ml. después de desayunar.

En la ficha clínica se obtiene el consentimiento informado del paciente.¹⁰

En el Hospital Regional de Occidente de la SSA (Secretaría de Salud y Asistencia), el endocrinólogo instituyó un tratamiento de Insulina 70/30 Novolin.

El paciente aplicaba 18 UI, 30 minutos antes del desayuno y 8 UI, 30 minutos antes de la cena por 5 días. El paciente siguió descontrolado, por lo que fue aumentada la dosificación de insulina a 20 UI en la mañana y 10 UI en la noche, por otros 5 días.

Mientras el paciente era «estabilizado» se procedió a hacer el tratamiento para la construcción de las dentaduras inmediatas. Se tomaron impresiones y registros intermaxilares para construir en el laboratorio, en forma indirecta los dispositivos, como se hace regularmente en la construcción de estas prótesis.

Una vez terminadas las dentaduras, se programó la cirugía con la C.D. Cecilia Jiménez, jefa del Departamento de Máxilo Facial del mismo hospital.

B. El paciente presentó sudoración en la frente, palidez, alargamiento, y mencionó que tenía frío.

Posteriormente a las extracciones, en el maxilar se efectuaron suturas, y en la mandíbula no se consideró necesario.

Se citó al paciente al tercer y quinto días después de las extracciones, para evaluar los tejidos de soporte de las dentaduras y para ayudar al paciente a que tuviera una mejor transición y adaptación a los dispositivos, haciendo las recomendaciones pertinentes.

El endocrinólogo instituyó un nuevo tratamiento de hipoglucemiantes orales.

Las prótesis se mantuvieron estables con acondicionadores de tejidos que fueron cambiados en 4 ocasiones durante los siguientes 9 meses del día de la cirugía. Posteriormente, se efectuaron los procedimientos clínicos y de laboratorio de rebase definitivo de las dentaduras, para igualar la condición de los tejidos de soporte. Al paciente se le da de alta, y se le indican los cuidados y mantenimiento que deberá dar a las prótesis y a su boca.

El paciente ha utilizado sus dentaduras dos años, y desde entonces acude con regularidad al dentista y a la revisión por el endocrinólogo.

Trabaja, es productivo y ya no tiene depresión.

Un diabético puede desarrollar una infección, no sólo por bacterias, sino por hongos como la candida albicans. En estos casos se sugiere dar un tratamiento a base de enjuagues de nistatina (polvo en suspensión) 3 veces al

día, durante 10 días, o si es muy grave mantener en la boca óvulos de micostatin, también 3 veces al día.

Si el paciente utiliza prótesis, lavar las prótesis totales o parciales removibles con 2 gotitas de Hipoclorito de Sodio y colocarlas en una tina de ultrasonido con agua y NaCl 5% o clorhexidina y pulirlas. Posteriormente, se deben de desinfectar las borlas del laboratorio sumergiéndolas en el antiséptico de elección, por el tiempo requerido.

La aplicación de Láser terapéutico (láser blando, de 908 NM) en estos pacientes, está indicada tanto para desinfectar lesiones (bacterias, hongos o virus), disminuir inflamación y mejorar la cicatrización de los tejidos en un menor tiempo. Las corrientes y el tiempo de aplicación del láser, dependerán del tipo de lesión y del tipo de tejido al que será aplicado.

Según datos del INEGI, desde que empezó este milenio, la diabetes es la tercera causa de muerte en México con un porcentaje del 13 por ciento.

En 1998, La Asociación Americana de Diabetes hizo un estudio comparativo en países como Estados Unidos, Australia y México, en lo que se refiere a los costos directos e indirectos en cada uno de ellos. En este estudio, se consideraron costos indirectos al tiempo no productivo de las personas que la padecen, así como el tiempo no productivo de las personas que atienden, o acompañan al paciente diabético.

Los costos directos son la atención médica y hospitalaria, así como los estudios clínicos realizados. En Amarillo, población estimada para el 2050. Habrá millones de adultos entre 45 y 100 años de edad, esperándose un aumento en la incidencia de diabetes, haciendo muy difícil enfrentar los costos que esta enfermedad pudiera representar para entonces.¹¹

En el mundo se busca dar solución a la diabetes o «curar la diabetes». Por ejemplo, en el Hospital infantil de la Ciudad de México, se hacen transplantes de células beta de puerco a humanos en pacientes jóvenes, disminuyendo la dosificación de insulina. En otros países se busca desarrollar medicamentos para personas con diabetes no insulino dependientes, que inhiban la proteína-2 no acoplada (uncoupling protein-2), lo cual promoverá la secreción de insulina por las células beta del páncreas. Esta proteína regula en forma negativa la secreción de insulina y se considera «el eslabón perdido» entre la obesidad y la disfunción de las células beta en la diabetes no insulino dependiente. (Cell 2001; 105:745-755.)

En lo que se refiere a la investigación de nuevos antibióticos en contra de la porfirromona gingivalis y otras bacterias causantes de periodontitis, se invierten millones de dólares a este respecto (ver www.pgingivalis.org). Los dentistas hemos ayudado desde hace mucho tiempo, atendiendo las infecciones bucales de pacientes diabéticos controlados y descontrolados, logrando así que esta enfermedad notengala consecuencias tan graves, que podría tener. [D](#)

País	Costo indirecto	Costo Directo
Estados Unidos	54.1 billones	44.1 billones
Australia*	280 millones	371 millones
México	330 millones	100 millones

Figura. 11. Estudio comparativo de costos directos e indirectos en 3 países durante un año, por diabetes.

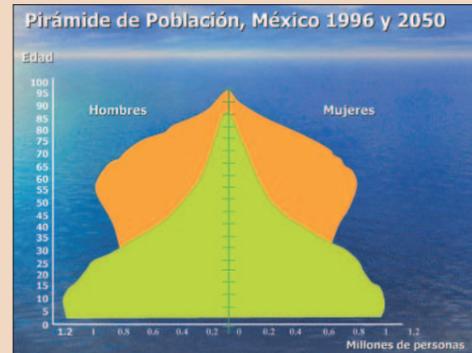


Figura 12. En verde diagrama de la población mexicana en 1996.

Bibliografía

1. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 24:S5-S20 2001
2. Thorstenson H. y col.: Medical status and complications in relationship to periodontal disease experience in insulin-dependent diabetics. J. Clin Periodontol 25: 194-202, 1996.
3. De Stefano, F. y colaboradores: Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. Brit. Med. J. 306:688-691, 1993.
4. Grossi SG, et al: Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated hemoglobin. J. Periodontol 68:713-719, 1997.
5. Williams R. Mahan C: Periodontal disease and diabetes in young adults. JAMA 172: 776-778, 1960
6. Miller L.S., y colaboradores: The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control a report of 9 cases. J. Periodontol 63:843-848, 1992.
7. Grossi S.G.: Treatment of periodontal disease and Control of Diabetes: An assessment of the Evidence and Need for Future Research. Ann Periodontol. 1: 138-143; 2001
8. Grossi SG, y col.: Treatment of periodontal disease in diabetes reduces glycated hemoglobin. J. Periodontol 68: 713-719, 1997.
9. Cell 2001; 105:745-755.
10. Llarena, del R. y col.: Cumplir con la legislación sanitaria ofrece calidad y seguridad ¿Tú lo haces? ADM 56-4; 155-157:1999
11. Datos de INEGI, 1998, Gobierno de Estados Unidos Mexicanos.

Información de Contacto

Dr. Maite Moreno, CD, MS

Dental Implant Center of Guadalajara
 Av. Copernico 5590-9,
 Frac. Arboledas
 45070 Guadalajara, Jalisco.
 México
 Tel.: +52-33-3565-9442
 +52-33-3634-0045
 Fax: +52-33-3631-5544
 E-Mail: drmoreno@implantdentalcenter.com