

Salud bucal y embarazo

Oral health and pregnancy

**Dra. Ana Marrero Fente, Dr. Ernesto López Cruz , Dra. Silvia Castells Zayas Bazán;
Dr. Alejandro Agüero Díaz**

Universidad Ciencias Médicas Carlos J Finlay Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Durante el embarazo se suceden un conjunto de cambios en la mujer que deben tenerse en cuenta. Estos cambios se manifiestan en la cavidad bucal y requieren determinados cuidados estomatológicos en las gestantes. A los efectos de contribuir a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades bucales de este importante grupo de la atención estomatológica, se realizó una revisión bibliográfica sobre el embarazo y la salud bucal. Se describen los principales cambios fisiológicos y psicológicos que se manifestaron en las gestantes, así como los relacionados con las principales enfermedades bucales que se presentan durante este período.

DeCS: EMBARAZO, SALUD BUCAL

ABSTRACT

During pregnancy a group of changes occur in the mother, which should be takes into oral cavity and that is why special odontological care in the pregnant is applied. So as to contribute to the promotion of health and prevention of oral diseases of this important group, a bibliographic review about pregnancy and oral health was carried out main physiological and psychological changes that were manifested in pregnant women, as well as those related with the main oral diseases of the period, are described.

DeCS: PREGANCY; ORAL HEALTH.

INTRODUCCIÓN

El embarazo no debe ser considerado una enfermedad y no debería ser tratado como tal, aunque existen algunas consideraciones especiales para el tratamiento dental de las gestantes.¹

Hay que reconocer que las diferentes manipulaciones dentales presentan elementos potencialmente dañinos como pueden ser las radiaciones ionizantes, la administración de fármacos, el dolor y el estrés. Por ello, el estomatólogo debe reducir al mínimo la exposición a estos elementos potencialmente dañinos o evitarlos. También deben efectuarse consideraciones adicionales en el posparto cuando la mujer realiza la lactancia materna.²

La noción popular de que el embarazo provoca una pérdida de dientes (un diente en cada embarazo) y que el calcio es extraído en cantidades apreciables de la dentición materna para cubrir los requerimientos fetales, no tiene ninguna prueba histológica, química ni radiológica en su apoyo. Por el contrario, el calcio es fácilmente movilizado del hueso para cubrir estas demandas, de lo que puede resultar una desmineralización de los procesos alveolares. Durante la gestación reproducen una serie de cambios a nivel de la cavidad bucal, la más frecuente es la enfermedad periodontal (35 al 100 %). Influye en su aparición la mala higiene, modificaciones hormonales y vasculares que exageran la respuesta a los irritantes locales, con el aumento de los niveles de progesterona, hormona con un efecto directo sobre la microvascularización de la encía.³

A los efectos de encausar eficazmente la labor del estomatólogo frente a este grupo priorizado en la atención estomatológica,^{4,5} describimos brevemente los cambios fisiológicos, psicológicos, así como las enfermedades bucales más frecuentes durante el embarazo.

Cambios fisiológicos

Durante la gestación se producen una serie de cambios fisiológicos que se manifiestan en diferentes sistemas y que deben tomarse en cuenta por el estomatólogo. El primero de estos cambios ocurre en el sistema cardiovascular, que se manifiesta en el aumento del gasto cardíaco a medida que avanza el embarazo, alcanzando su punto máximo de las 28 a las 32 semanas. Durante el primer trimestre es debido al aumento de volumen de eyección y posteriormente a la taquicardia. También se ha observado un progresivo aumento de la frecuencia cardíaca hasta la semana treinta, a partir de la cual debe comenzar a descender.

Debido al aumento de la red vascular en el útero gestante, a la circulación placentaria y a otros factores de tipo hormonales, se manifiesta un aumento del volumen sanguíneo hasta el segundo semestre, que debe mantenerse hasta el final del embarazo. Se observan también alteraciones en la tensión arterial y venosa. En el primer caso, como resultado de la disminución de la resistencia periférica, se manifiesta una disminución de la tensión arterial de las 21 a las 24 semanas de embarazo, a partir de las cuales debe comenzar a aumentar hasta alcanzar, al final de la gestación, valores normales. En cuanto a la presión venosa, se observa un aumento en piernas y pelvis, al final del embarazo, debido a la compresión de la vena cava inferior que puede provocar una tendencia a la aparición de várices.^{6,7}

Como consecuencia de estos cambios, se observa una disminución de la tolerancia al ejercicio físico, al síndrome de hipotensión supina, a una taquicardia relativa y a la aparición de soplos cardíacos sistólicos, que se manifiestan en un 90 % de las gestantes y que no debe confundirse con la existencia de una enfermedad, que requeriría profilaxis previas al tratamiento dental.⁸ En una embarazada en condiciones normales las alteraciones circulatorias descritas son de poca importancia, pero deben tenerse en cuenta cuando la gestante tiene antecedentes de afecciones cardíacas previas al embarazo.⁹

Durante el embarazo tienen lugar importantes cambios hematológicos que se manifiestan en una disminución del valor del hematócrito, ya que, como resultado del aumento del volumen sanguíneo, tiene lugar una gran necesidad de hierro.

Este hecho provoca que aproximadamente el 20 % de las gestantes presenten deficiencia de hierro. También, como resultado del aumento de fibrinógeno, plaquetas y otras sustancias y factores se manifiesta una hipercoagulabilidad de la sangre.¹⁰

Durante el período de gestación también se manifiestan cambios en la fisiología renal, respiratoria, digestiva, neurológicas y anatómicas.¹¹

Cambios psicológicos

Los cambios que se producen en el transcurso de la gestación dan lugar a un conjunto de alteraciones psicológicas. Entre estos cambios se observan la aparición de estrías en el abdomen, várices, manchas color marrón en la cara y un aumento de peso, acompañado de una “desfiguración” del cuerpo de la mujer. Al final del embarazo se puede observar una tendencia a la ansiedad y a la labilidad afectiva, así como sensaciones de frustración.

El miedo al tratamiento estomatológico puede intensificar aún más el estado de tensión de la paciente.¹²

Cambios bucales

Durante la gestación tienen lugar importantes cambios a nivel de cavidad bucal, entre los más frecuentes se encuentra la enfermedad periodontal, que afecta del 35 al 100 % de las embarazadas. Entre los factores influyentes para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene, las modificaciones hormonales y vasculares, la dieta, la respuesta inmunológica, entre otros.^{13,14}

También se pueden observar diferentes lesiones bucales, como por ejemplo: un edema difuso o una estomatitis hemorrágica, condiciones más evidentes cuando nos encontramos con una higiene bucal deficiente. Los cambios hormonales se manifiestan en un aumento de los niveles plasmáticos de estrógenos y progestógenos. La placenta, además, actúa como órgano endocrino produciendo gonadotropina coriónica, somatotropina o lactógenos y hormonas corticales.¹³

El aumento de los niveles de progesterona gracias a la placenta, produce dilatación de los capilares gingivales, aumento de la permeabilidad y exudación gingival. Los estrógenos, por su parte, modifican la queratinización del epitelio gingival, provocan hiperplasia del estrato germinativo, alteran las elongaciones del tejido conectivo, provocan degeneración nuclear en las células epiteliales y discreta inflamación de la lámina propia. Todo lo anterior, unido a los cambios vasculares, predispone a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa.¹⁵

Se ha observado también que la alteración metabólica del tejido que produce la progesterona podría favorecer la colonización del surco gingival por bacterias anaerobias. Se piensa incluso, que la circulación de esta hormona en el torrente sanguíneo de la madre es, probablemente, suficiente para que disminuya la respuesta inmune y como resultado general se observa una exacerbación de la gingivitis.¹⁶

Enfermedades bucales más frecuentes durante el embarazo

Es importante identificar las enfermedades bucales más frecuentes de la gestante a los efectos de tratar de prevenir las mismas mediante la promoción de una adecuada salud bucal. Entre las enfermedades más frecuentes durante el embarazo se pueden citar las siguientes:

- **Alteraciones gingivoperiodontales:**

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta afección debe ser realizado para evitar complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. ¹¹.

Los cambios gingivales iniciales, edema, hiperemia y tendencia al sangrado fueron descritos en la segunda mitad del siglo pasado por Cole. Estas alteraciones, denominadas gingivitis del embarazo, aparecen durante el segundo mes y alcanzan su punto máximo en el octavo mes, a partir del cual se observa una disminución hasta el final del embarazo.

¹⁷ Esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, lo que unido a otros factores, predispone a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa dentobacteriana considera el factor local más importante. ¹⁸

En estudios in vitro se demostró que durante el embarazo, gracias a la influencia hormonal, se produce una alteración del equilibrio del sistema fibrinolítico, que influye en la aparición de la gingivitis del embarazo. El sistema fibrinolítico regula la proteólisis pericelular, por lo que juega un papel importante en las reacciones inflamatorias. Esto puede facilitar el fracaso del tejido conectivo y propagar las lesiones inflamatorias. A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de la gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia. ¹¹

- **Alteraciones de la mucosa bucal**

El granuloma de la embarazada aparece en un 0 - 5 % de las mujeres gestantes, básicamente a nivel anterior de la zona vestibular superior. ^{30, 32} Es asintomático, y suele aparecer en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y presencia de placa. La base de implantación puede ser pediculada o sésil, es típica su aparición su aparición en las papilas interdientarias. Se manifiesta en el segundo trimestre y va creciendo puede llegar a un tamaño máximo de 2 cm. Tras el parto el granuloma disminuye espontáneamente y hasta puede desaparecer.

Se presenta como tumoración blanda, de origen interdental. El color varía de rojo púrpura a azul oscuro, según la vascularidad de la lesión y el grado de éstasis venoso. Con frecuencia sangran al tocarlos y tienden a recidivar. Además puede presentar

ulceraciones en la superficie recubiertas por un exudado amarillento. Parece ser que en su aparición interviene el aumento de estrógenos y progesterona, así, sigue un curso paralelo al aumento o disminución de éstas.^{19,20}

Durante el embarazo se tienden a adoptar medidas preventivas para mejorar la higiene bucal sin eliminar los granulomas, ya que presentan un alto grado de recidiva. Sólo los casos que presentan una excesiva hemorragia, ulceración o impedimento importante de las funciones bucales pueden ser abordados quirúrgicamente, preferentemente durante el segundo trimestre.²¹

Se ha comparado que las aftas bucales en algunas mujeres desaparecen durante la gestación, mientras que otras presentan, en esta etapa, una clínica más florida.¹¹

- **Lesiones cariosas**

La relación entre el embarazo y las caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos.^{22,23}

Uno de los efectos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas.²

No se observan otras afecciones asociadas directamente al embarazo, aunque diferentes estudios afirman un aumento de la afección de la ATM, posiblemente debido a pérdidas dentarias y presencia de maloclusiones o de obturaciones mal terminadas. Se aconseja realizar el tratamiento dental durante el segundo trimestre, cuando ya se ha completado la osteogénesis fetal, y los riesgos de malformación disminuyen.¹¹

Las gestantes son pacientes muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la de su propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene bucal, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía.²⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jané E. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico en la embarazada. *Rev Oper Dent Endod* 1998; 2 (3): 11.
2. Sanchis IM. Manifestaciones bucales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas. *Medicina Bucal* 1995; 59: 23- 5.
3. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. *Rev Dental* 2000; 27 (8): 380- 83.
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Actualización Carpeta Metodológica. La Habana: MINSAP; 1997.
5. Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Análisis de la situación de salud en las comunidades. Componente bucal: Una guía para su ejecución. La Habana: MINSAP; 1998. p. 1-3.
6. Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. *Rev Fed Odontol Colombia* 1999; (195): 57- 68.
7. Little JM, Falace DA. Odontología en pacientes con afección previa. De *Medicin*, Barcelona, 1992.
8. Casamassimo Paul S. Maternal Oral Health. *Rev Dental Clinics* 2001;45(3): 469-7.
9. Gaffield Lyn M, Colley D. Oral health during pregnancy. *JADA* 2001;132 (3): 9.
10. Olivar Bonilla A. Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. *Rev Fed Odontol Colombia* 1999; (195): 57- 68.
11. Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestación y lactancia. Madrid: Editorial Norman; 1996. p. 18- 23.
12. Filho Gómez A, Oliveira L. Odontología na gravidez. *Pagin Costo* 2001; (1): 117- 32.
13. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. *Rev Dental Update* 2000; 27 (8): 380- 83.
14. Fonseca Scavuzzi AL, Siquara MC, Pereira Vaina MI. Influencia da gestacao na prevalencia da carie dentaria e da doenca periodontal. *Rev facul odontol FUBA* 1999; 18 (3): 15-21.
15. Rose LF, Kaye D. Medicina interna en odontología. Barcelona: Salvat; 1992.

16. Zanchet Gómez AC, Mendocan da Paiva: Inflammatory changes in the gingiva is there a difference between pregnant- and non-pregnant?. Rev Robrac 2000; 9 (27): 4.
17. Carranza FA, Sznajde NG. Compendio de periodoncia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 26-7, 49, 98, 12.
18. Jeffcoat Marjonek, Geurs Nico C, Reddy Michael S. Periodontal infection and preterm birth. Rev JADA 2001;132 (7): 875- 88.
19. Lascala NT, Moussalli NH. Compendio terapéutico periodontal. 3ª ed. Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 1999.p .31-5,190,211.
20. Prichard JF .Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984.p.20,143-5,149.
21. Nuamah Y. Periodontal Status and oral hygiene practices of pregnant and Non-pregnant women. East Afr Med J 1998;75(12): 712- 4.
22. Villgran E. Count of salivary Streptococci Mutans in pregnant women of the metropolitan region of Chile. Rev Med Chile 1999;127(2):165-70.
23. Salvolini E. Biochemical modifications of human whole saliva introduced by pregnancy. Br J Obstet. Gynecol 1998;105(6):656- 60.
24. Díaz Romero RM. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. Ginecol Obstet Mex 1998; (11):507-11.

Recibido: 12 de noviembre de 2002

Aprobado: 5 de abril de 2003

Dra. Ana Marrero Fente Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor asistente Universidad de ciencias Médicas Carlos J Finlay Facultad de Estomatología.