**Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque**

**I Jornada Científica Virtual de Estomatología y Periodoncia**



**Atención estomatológica en las gestantes y enfermedades periodontales más comunes.**

**Stomatological care in pregnant women and most common periodontal diseases**

**Autores:**

* Aranais de la Caridad Travieso Fernandez de Landa, <https://orcid.org/0000-0002-8059-4165>,\_54436020, aranaisfernandez@gmail.com, FCM Mayabeque.
* Adria Ramos Padrón, <https://orcid.org/0000-0001-9723-4038>, 54106246, arpsms77@nauta.cu, FCM Mayabeque.
* Erika Monteagudo Díaz, https://orcid.org/0000-0001-7744-007X, 58490010, monteagudoe99@gmail.com, FCM Mayabeque.

**Resumen**

Durante el embarazo, deben tenerse en cuenta multitud de aspectos relacionados con la salud de la mujer, es por eso que a menudo la salud bucodental podía quedar en segundo plano. Objetivo general: Argumentar las enfermedades periodontales que pueden afectar a las mujeres embarazadas, se realizó una búsqueda en sitios y revistas digitales de alta confiabilidad. Los cambios en la composición de la saliva durante el final del embarazo y la lactancia pueden predisponer temporalmente a la erosión y a la caries dental. Sin embargo, no hay datos convincentes que demuestren un incremento de la incidencia de caries durante el embarazo o en el período postparto inmediato. Los odontólogos deben tener conocimientos extensos de los cambios fisiológicos durante el embarazo, los efectos de la medicación durante la gestación, y cómo estos pueden influir en la embarazada y en el feto.

**Palabras claves:** embarazo, enfermedad periodontal, caries.

**Introducción**

El embarazo es un proceso fisiológico, que comienza cuando el espermatozoide de un hombre, fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero y finaliza con el parto. La duración del embarazo es de unos 280 días, 40 semanas, 9 meses o 10 meses lunares a partir del 1er día de la última menstruación y finaliza entre las 37 y 42 semanas. Es aquel embarazo deseado, en el que tanto la madre como el feto, tienen una evolución sin riesgos, hasta llegar al su feliz término.

El embarazo se divide en 3 trimestres. En estos ocurren cambios fisiológicos, tanto en el embrión, como en la madre. El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las 10 primeras semanas, después se la denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre.1

En la madre, el cuerpo se prepara para el embarazo y se observa, mes a mes, los cambios que suceden mientras que el bebé se desarrolla. En el 1er trimestre las náuseas y vómitos son frecuentes en l mujer gestante, en especial por las mañanas, sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, su peso comienza a aumentar.

En el 2do trimestre el embarazo en la madre se hace evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardíaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. El feto tiene ya una apariencia humana reconocible y crece con rapidez.

En el tercer trimestre la mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este período, y su sueño, muy importante en ese momento, se puede ver alterado. Los órganos del feto maduran. La mayoría de los recién nacidos maduros, nacidos al comienzo del 3er trimestre, sobreviven y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero.

Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos que ocurren durante la gestación son extensos y pueden ser sistémicos o locales. Mucho de estos van a regresar a su estado pregestacional entre el parto y las 6 semanas del puerperio.

Algunos de estos cambios ocurren en la cavidad oral por ejemplo el pH de la cavidad oral decrece y pueden aparecer caries dentales. Las caries no se deben a la perdida de calcio, ya que este es estable en los dientes.2

Las encías pueden comenzar a ser hipertróficas y con hiperemias y sangran con facilidad: esto es probable debido al aumento de los estrógenos, así como a la deficiencia de Vitamina C. Luego retornan a la normalidad durante el puerperio. Existe un aumento de la salivación, debido a las dificultades de ingestión por el pH disminuido y, a veces, por las náuseas.

Durante el embarazo, deben tenerse en cuenta multitud de aspectos relacionados con la salud de la mujer, es por eso que a menudo la salud bucodental podía quedar en segundo plano. No obstante, los cambios en la boca durante este período están cada vez mejor documentados, y es por eso que tanto los higienistas como el resto de profesionales que atienden a las mujeres embarazadas prestan cada vez mayor atención a la salud oral.2

Se realizó una búsqueda de información actualizada sobre el tema de análisis en sitios y revistas digitales de alta confiabilidad, revisando un total de , tanto de idioma español e inglés

**Objetivo general:**

* **Argumentar los beneficios de la atención estomatológica en las gestantes y ejemplificar las enfermedades periodontales más comunes.**

**Desarrollo**

Los dientes, los tejidos de soporte-sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental en la mujer embarazada. Entre las alteraciones más frecuentes que se producen en la cavidad oral en la mujer embarazada cabe destacar:

* Gingivitis gravídica: Más frecuente en el segundo trimestre del embarazo, relacionada con mala higiene oral, dieta, respuesta inmune y alteraciones hormonales y vasculares. El aumento de estrógeno y progesterona produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival. Puede aparecer una respuesta inflamatoria exagerada. La placa bacteriana es el factor etiológico fundamental para la aparición de la gingivitis, asociada al incremento de la microvascularización y del metabolismo tisular. La alteración de la flora microbiana está estrechamente relacionada con el inicio de la enfermedad periodontal.3
* Granuloma del embarazo: También llamado “épulis gravídico” o “tumor del embarazo”. Es una tumoración benigna (1-5%) localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior que suele remitir después del parto. Es habitual en los primeros embarazos, durante el primer y segundo trimestre.4
* Enfermedad periodontal: Durante el embarazo se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que tiende a desparecer tras el parto. Es inusual encontrarnos con un cuadro grave de reabsorción ósea y pérdida dentaria por movilidad. Si existe una enfermedad periodontal previa, esta se verá agravada por los mismos factores antes mencionados. Estudios recientes relacionan la presencia y gravedad de periodontitis y otros factores ya conocidos en relación con la prematuridad, como son el consumo de tabaco y alcohol en el segundo trimestre del embarazo, con el aumento de riesgo de parto prematuro y niños de bajo peso. Se atribuye como causa de dicha prematuridad a las endotoxinas bacterianas y al aumento de los niveles de prostaglandinas, todo lo cual favorecería las contracciones uterinas tempranas.5
* Caries dental: El embarazo no debe de ser considerado per se como una causa de la caries. Existe la creencia de que se produce una desmineralización debida a la pérdida del calcio para “el nuevo ser”, pero el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida. Sin embargo, la mujer embarazada está sometida a unas situaciones que la hacen sensible a padecer esta enfermedad. Se ve alterada la composición salival y la flora oral produciéndose xerostomía fisiológica que facilita la aparición de caries.6,16

Al embarazo suelen acompañarle alteraciones en el estilo de vida: disminución del cepillado ligado o no a la presencia de náuseas y vómitos (debido al aumento de gonadotropina en el primer trimestre), incrementándose los depósitos de placa en la superficie dentaria. Los ácidos gástricos que están presentes en la emesis erosionan la superficie del esmalte de los dientes, siendo más comúnmente afectados los dientes anteriores. Se recomienda entonces a las pacientes enjuagar su boca a fondo después de vomitar, con una solución que contenga bicarbonato de sodio.7,18

Hay estudios que demuestran que las bacterias cariogénicas (*Streptococcus mutans*) son transmitidas verticalmente de la madre al hijo a través de la saliva: probando-soplando la comida, chupando el biberón o el chupete. A pesar de que estos cambios fisiológicos ocurren en todas las embarazadas no todas presentan las alteraciones descritas. Existe una predisposición genética individual de padecer o no ciertas enfermedades, que se ve influenciada por el nivel sociocultural; así, un mayor nivel educativo-económico se vinculará a una menor presencia de las patologías descritas.

Se dice que la madre "pierde un diente por cada bebé". No hay ningún estudio en la literatura médica para apoyar esta afirmación. La pérdida de dientes en una mujer embarazada es probable que refleje su estado habitual de salud oral.

El nivel elevado de estrógenos salivales ha sido elegido como prueba para detectar el riesgo potencial de parto prematuro.8,20

Los cambios en la composición de la saliva durante el final del embarazo y la lactancia pueden predisponer temporalmente a la erosión y a la caries dental. Sin embargo, no hay datos convincentes que demuestren un incremento de la incidencia de caries durante el embarazo o en el período postparto inmediato.9,17

La xerostomía fisiológica es muy común durante el embarazo, siendo su principal causa los cambios hormonales, así como determinada medicación (antiespasmódicos, antidepresivos o antihistamínicos.

Hay un aumento de la pigmentación facial de etiología desconocida, que se denomina “melasma o máscara del embarazo", que aparece como parches bilaterales marrones en el tercio medio de la cara.

**Directrices de salud bucal durante el embarazo:**

Los objetivos de un programa de salud bucodental en embarazadas son: motivar a las pacientes sobre la importancia del cuidado de su salud oral y la de su familia; fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables; aplicar medidas preventivas específicas; detectar signos o síntomas indicativos de patología oral actual o futura; efectuar el tratamiento, al menos, de aquellos procesos que puedan ocasionar patología oral aguda durante el embarazo; y facilitar la información adecuada a los padres en cuanto a cuidados orales de su futuro hijo.10,19

Las mujeres gestantes se captan a través de la consulta de la matrona, la enfermera o el médico de familia, quienes tras la primera visita remiten a la gestante a la consulta odontológica. Allí, se le proporcionarán los cuidados preventivos, así como el tratamiento de la infección aguda, tan pronto como sea posible en el embarazo, con el fin de conseguir una boca sana.

Se deberá hacer especial énfasis en quitarle a la paciente los miedos y tabúes existentes sobre el embarazo y los tratamientos orales; también se le debe advertir de la necesidad de consultar con el dentista si detecta alguna alteración en su boca.

Es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral de su boca. Se le explicará qué puede observar en su boca y qué medidas debe tomar para mejorar la gingivitis y evitar que ésta se vea agravada por una reducción en los hábitos higiénicos. Se le informará en cuanto a sus posibles cambios en hábitos dietéticos y el papel que estos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirle en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación. Por otra parte, la madre tiene que conocer que, si consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, eso implicará un menor riesgo de caries de su hijo.11,22

El dentista y la higienista dental se encargarán de instruir en aquellos consejos o medidas terapéuticas que pudiera precisar para el cuidado de la gestante y del recién nacido.

A las pacientes, en el momento de la captación para consulta odontológica, se les realiza anamnesis y exploración de la cavidad oral, con el fin de detectar posibles lesiones en la mucosa oral, los dientes y el periodonto.12,21

**Durante el primer trimestre (1-12 semanas):** No se recomienda llevar a cabo procedimientos dentales en este periodo de tiempo. Primero, el niño tiene mayor riesgo de teratogénesis durante la organogénesis; y segundo, durante el primer trimestre, se sabe que uno de cada cinco embarazos son abortos espontáneos. Si los procedimientos dentales se realizan cerca de un aborto espontáneo pueden ser asumidos como la causa y generar preocupaciones tanto para la paciente como para el médico, en cuanto a si esto podría haber sido evitado.13,24

**Para el segundo trimestre (13-24 semanas):** La organogénesis ya se ha completado y el riesgo para el feto es menor. La madre también ha tenido tiempo para adaptarse a su embarazo, y el feto no ha crecido aún a un gran tamaño que haga difícil para la madre permanecer sentada durante períodos largos.

Como el útero y la placenta se agrandan con el crecimiento del feto, éste descansa directamente sobre la vena cava inferior, los vasos femorales y la aorta. Si la madre se sienta en posición supina para los procedimientos, el peso del útero gravídico podría hacer bastante presión para impedir un flujo de sangre por estos vasos principales y causar una situación que se denomina “hipotensión supina”; de este modo, la presión arterial cae secundariamente al flujo de sangre obstruido, pudiendo causar un síncope. La hipotensión supina se puede solventar fácilmente girando a la paciente sobre su lado izquierdo y elevando el cabezal del sillón, evitando así la compresión de los vasos sanguíneos principales.

El dentista debe consultar al tocólogo de la paciente si duda sobre la seguridad de un procedimiento en particular o si hay circunstancias especiales asociadas a ese embarazo.14,23

**Para el tercer trimestre (25-40 semanas):** El crecimiento fetal progresa y la preocupación es el riesgo de parto prematuro y la seguridad y la comodidad-confort de la mujer embarazada (por ejemplo, la posición ergonómica en el sillón dental y evitar fármacos que aumenten el tiempo de sangrado). La posición de las embarazadas en el sillón dental es importante, sobre todo durante el tercer trimestre, variando la angulación del respaldo-asiento de 165º en primer trimestre a 150º en el segundo y 135º en el tercero. Es seguro realizar procedimientos dentales en el comienzo del tercer trimestre.

En el tercer trimestre se impartirán los conocimientos necesarios para lograr un sano crecimiento y correcto desarrollo de la cavidad oral del niño.15,25

|  |
| --- |
|  |
|  |
| . |

**Conclusiones**

El embarazo es un período único con cambios fisiológicos que permiten la formación y la maduración de una nueva vida. Todas las mujeres embarazadas deben seguir controles no sólo médicos sino también odontológicos durante la gestación, ya que el fracaso o no tratamiento de los procesos dentales puede tener consecuencias no solo para la madre, sino también para el recién nacido. Los odontólogos deben tener conocimientos extensos de los cambios fisiológicos durante el embarazo, los efectos de la medicación durante la gestación, y cómo estos pueden influir en la embarazada y en el feto. Esto ayuda en el desarrollo del plan de tratamiento y los consejos dietéticos y dentales.

**Referencias Bibliográficas**

1. Dellinger TM, Livingston HM. Pregnancy: physiologic changes and considerations for dental patients. Dent Clin North Am. 2016;50 (4):677-97.

2. Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2014;97 (6):672-82.

3. Ojeda-González JJ, Rodríguez-Álvarez M, Estepa-Pérez JL, Piña-Loyola CN, Cabeza-Poblet BL. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. Medisur [revista en Internet]. 2018 [citado 31-03-2018]; 9(5):[aprox.7 páginas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000500011> [ Links ]

4. Purizaca M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2017;56 (1):57-69.

5. Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy - a critical review on the oral care. J ClinDiagn Res. 2016;7(5):948-53.

6. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. Am Fam Physician. 2018;77 (8):1139-44.

7. Blumer S, Peretz B, Costa L. Periodontal health during pregnancy and the dental health of the child. RefuatHapehVehashinayim. 2015;32(2):28-31.

8. Yuan K, Wing LY, Lin MT. Pathogenetic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. J Periodontol. 2016;73 (7):701-8.

9. Cardoso JA, Spanemberg JC, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in SouthernBrazil. J Appl Oral Sci. 2017;21 (3):215-8.

10. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. Dent Update. 2016;27 (8):380-3.

11. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. J Periodontol. 2017;76 (11 Suppl):2144-53.

12. Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnantwomen. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2017;6: CD00529.

13. Pattrapornnan P, DeRouen TA. Associations of periodontitis and oral manifestations with CD4 counts in human immunodeficiency virus-pregnant women in Thailand. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(3):306-12.

14. Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. Women Birth.2018.pii: S1871-5192(17)306000-5.

15. Herrera Morban DA. Preterm delivery and intimacy during pregnancy: interaction between oral, vaginal and intestinal microbiomes. Medwave. 2015; 15 (4): e6144.

16. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani SH. Determinants of dental care attendanceduring pregnancy: a systematic review. Caries res.

17. Cuba. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: MINSAP, 2017.

18. Puig Fajardo ME, Reyes Rodríguez O, Bacallao Rodríguez A. Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal. Medisan, 2017.

19. Méndez de Varona YB, Batista Sánchez T, Peña Marrero Y, Torres Acosta R. Principales enfermedades bucodentales en embarazadas. Ccm, 2016.

20.Lorenzo Pouso AI, Pérez Sáyans M, Suárez Quintanilla JA. Evaluación propia en mujeres gestantes al respecto de opiniones, hábitos y estado de su salud oral. Medicina de Familia. SEMERGEN, 2018.

21. Flores J, Oteo A, Mateos L, Bascones A. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. Av Periodontol, 2017.

22.Piscoya MD, Ximenes RA, Silva GM, Jamelli SR, Coutinho SB. Periodontitis Associated risk factors in pregnant Women. 2016.

23. Rodríguez AM, Hernández Falcón L, Dueso S. Salud bucal en el embarazo. Propuesta preventiva para garantizar la salud del futuro bebé, Matanzas. 2019.

24. Bousa Vera M, Martínez Abreu J, Carmenate Rodríguez Y, Betancourt Gónzales M, García Nicienza M. El embarazo y la salud bucal. 2016.

25. Gónzales M, Montes de Oca L, Jiménez G. Cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes. Perinatol Reprod Hum. 2015.