

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **62**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2005**

Artículo:

Series en medicina bucal

XI. Embarazo en odontología

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Series en medicina bucal

XI. Embarazo en odontología

Oscar Gay Zárate,[†] José L
Castellanos,^{*} Laura Díaz
Guzmán^{**}

[†] Finado.

^{*} Práctica privada exclusiva en Medicina Bucal Periodoncia.

^{**} Jefa de Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal. Universidad La Salle Bajío.

Recibido para publicación:
22-Diciembre-2004.

Generalidades

El embarazo es un estado fisiológico modificado que como otros (pubertad, menopausia y anticoncepción oral), no implican una situación patológica, sin embargo bajo dicha condición, el organismo reacciona temporalmente de manera distinta ante situaciones como son su propia biología, el tratamiento médico o dental y la administración de fármacos. El organismo materno sufre una serie de ajustes hormonales, cardiovasculares, respiratorios, urinarios, gastroenterológicos y estomatológicos, todas ellas alteraciones adaptativas temporales, para dar cabida al feto en desarrollo. En el primer trimestre se presentarán algunos trastornos como fatiga, náuseas y vómito; es la época de aparición de granulomas piógenos gingivales (tumor del embarazo) y agravamiento de gingivitis y periodontitis preexistentes (el 50% de las embarazadas padecen de periodontopatías considerables). Durante el segundo trimestre se agranda la parte inferior del abdomen para dar cabida al feto que está creciendo, las glándulas mamarias aumentan de volumen preparándose para la lactancia. En este periodo es importante vigilar de manera estrecha el protocolo de higiene bucal, pues pudiera ser necesario reforzarlo ante los cambios hormonales que tienen repercusión directa en la salud periodontal. El tercer trimestre se caracteriza por la ganancia de talla y peso del feto. Es frecuente observar también cierta depresión y fatiga en la gestante, lo que puede dar lugar a una paciente dental poco cooperadora.

Durante el embarazo se observan aumentos significativos y progresivos del volumen circulatorio materno, hasta en un 50%, y un incremento del gasto cardíaco del 40%; debido a ello es común que pueda apreciarse un soplo funcional secundario a la sobrecarga circulatoria, en cuyo caso se descartaría la necesidad de proporcionar profilaxis antibiótica. Después de la semana 28 la posición supina causa una marcada disminución en el gasto cardíaco originado por la compresión ejercida por el útero sobre la vena cava inferior, pudiendo presentarse hipotensión supina, lo cual ocasiona una importante disminución del retorno venoso que puede provocar signos de choque como taquicardia y hasta pérdida de la conciencia; además de lo anterior, la expansión del útero provoca elevación del diafragma con disnea, con lo que la reserva del oxígeno materno tiende a disminuir, pudiendo existir también un aumento de los requerimientos metabólicos, lo que pone en riesgo de hipoxia tanto a la madre como al feto; estas situaciones de emergencia pueden evitarse, con sólo modificar la posición de la paciente en el sillón dental o trabajar con ella sentada y el respaldo recto.

La presión arterial disminuye al inicio del embarazo en aprox. 10 mmHg, con un incremento gradual hasta alcanzar niveles normales al final del mismo; por el contrario, una elevación marcada de la presión arterial después de la semana 24 debe considerarse como posible indicio de toxemia gravídica (preeclampsia y eclampsia) urgencia médica que amerita valoración médica inmediata y prioritaria a la especialidad dental.

Al incrementarse de manera importante el volumen circulatorio se observa una disminución de los valores de hemoglobina y del hematocrito (hasta 10.5 g/dL y 31% respectivamente) provocando una falsa anemia o anemia relativa. Estos cambios hematológicos generalmente son bien tolerados, sin embargo, algunas mujeres requieren de hierro suplementario. No es infrecuente que el odontólogo requiera de una biometría hemática ante situaciones en las que el proceso de reparación se vea involucrado (procedimientos quirúrgicos). Otra prueba que puede solicitar el dentista en las pacientes que sospechen de este estado es la de embarazo en sangre: *Ac vs Fracción β H.C.G.* (Gonadotropina coriónica humana).

Otros cambios que se observan en el plasma durante la gravidez son un incremento de los factores VII, VIII y X, así como de fibrinógeno, con una disminución de la actividad fibrinolítica y de la velocidad del flujo venoso, por lo que la paciente muestra un riesgo mayor que el resto de la población sana para desarrollar trastornos tromboembólicos. Algunas de estas pacientes pudieran ser sometidas a terapia anticoagulante oral, en cuyo caso es de esperarse episodios de sangrado que deben ser valorados antes de someter a la paciente a procedimientos quirúrgicos.

La compresión uterina sobre los uréteres produce frecuencia urinaria que puede ocasionar posponer o en su defecto abstenerse prolongadamente de la micción, lo cual hace susceptible a desarrollar infecciones de las vías urinarias, sobre todo durante el periodo final del embarazo, situación que pudiera eventualmente impedir o limitar el llevar a cabo procedimientos dentales largos y complicados. También se observa un incremento del flujo plasmático renal y de la tasa de filtración glomerular, por lo que pudieran requerirse dosis mayores de las usuales de antibióticos y otros fármacos, para mantener concentraciones séricas óptimas.

Son frecuentes las náuseas y vómitos durante la primera etapa del embarazo, atribuibles a hipoglicemias pasajeras y al incremento en la producción de HCG (gonadotropina coriónica humana). La madre sufre además un aumento en la secreción de ácido gástrico, incompetencia del esfínter gastroesofágico y disminución de los movimientos peristálticos. El reflujo gástrico puede obligar a limitar la prescripción de medicamentos analgésicos y otros irritantes gástricos y preferir el uso de una vía parenteral.

El embarazo también predispone a un incremento en el apetito o a un deseo inusual de ingerir alimentos poco comunes, lo que la motiva a comer con frecuencia pocas cantidades de alimento, y que puede dar lugar a una dieta mal balanceada. Las recomendaciones dietéticas deben enfatizarse en las adolescentes embarazadas, puesto que sus necesidades metabólicas son mayores también; se

requieren nutrientes que sean adecuados para el crecimiento en esta etapa de la vida y para el crecimiento del feto. Las variaciones en la dieta y los desbalances alimenticios, aunados a la apatía e incluso negligencia en los hábitos de higiene bucal promueven la formación y maduración de placa dentobacteriana, que puede provocar caries y periodontopatías, las últimas agravadas por la presencia hormonal aumentada que favorece estados inflamatorios.

Durante la gestación pudiera presentarse un aumento en las necesidades de insulina; algunas mujeres desarrollan intolerancia a la glucosa durante esta etapa de su vida o bien diabetes gestacional, con todas las características clínicas y complicaciones propias de este trastorno del metabolismo de los carbohidratos. Este es un dato importante en la historia clínica, ya que esta etapa aunque transitoria puede generar un deterioro muy importante en la salud periodontal de la futura madre.

El primer trimestre es el periodo más susceptible al desarrollo de malformaciones, debido a que en esta etapa se desarrollan los órganos y sistemas del feto, por lo que es recomendable que el dentista limite en lo que pueda el empleo de radiografías. Posterior al mismo, el desarrollo fetal consiste en crecimiento y maduración exclusivamente, ampliándose las posibilidades tanto en la prescripción farmacológica como en la solicitud de exámenes radiográficos rutinarios, sin que exista riesgo de daño para la madre, ni para el feto.

Manejo odontológico de paciente embarazada y en lactancia

Aun cuando la mayoría de los procedimientos dentales pueden llevarse a cabo con seguridad durante el embarazo, el diseño del plan de tratamiento debe contemplarse desde dos principales aspectos:

1. Para el feto: debe encaminarse a evitar:

- hipoxia fetal,
- el desarrollo de alteraciones teratogénicas,
- un trabajo de parto prematuro o
- un aborto.

2. Para la madre: debe enfatizar en:

- actividades preventivas sistémicas y bucales,
- seleccionar el momento apropiado para realizar tratamientos electivos,
- planear bien los alcances del tratamiento y evitar situaciones que alteren el curso del embarazo.

El trabajo en equipo entre el médico tratante de la paciente y el cirujano dentista adquiere gran relevancia, un buen protocolo ginecológico debiera incluir la consulta dental para la preservación de la salud bucal, la

paciente embarazada debe ser motivada para que asista a la consulta odontológica por lo menos una vez durante esta etapa. Los problemas agudos, como pulpitis y abscesos que causan dolor intenso y fiebre, deben solucionarse en cualquier etapa de la gestación para no agregar una carga extra de estrés y ansiedad en la paciente y en el feto, lo cual puede perturbar el desarrollo fetal, contrario a lo que por tradición se maneja, y más grave aun cuando existe disuasión del ginecólogo a la madre referente a la consulta dental; baste recordar que la fiebre pudiera ser causa de hipoplasia del esmalte, que en ocasiones puede ser severa.

Para llevar a cabo procedimientos electivos la mejor época será el segundo trimestre del embarazo, ya que durante los primeros tres meses son frecuentes las náuseas y el vómito, y en las últimas etapas de la gestación la madre no se siente cómoda en casi ninguna posición, le cuesta trabajo desplazarse o manejar, por lo que debieran realizarse en esta época sólo actividades operatorias sencillas. Durante el segundo trimestre pueden llevarse a cabo procedimientos periodontales, restauraciones, extracciones, tratamientos de endodoncia o rehabilitaciones sencillas. Las actividades quirúrgicas o protésicas complejas es preferible realizarlas después del parto.

En especial durante el último trimestre debe evitarse en la paciente la posición supina, por el riesgo de que sufra hipoxia pasajera o bien el síndrome de hipotensión supina. Para ello será conveniente tratarla sentada o ligeramente reclinada en el sillón, y en caso de presentarse síntomas de compresión sobre la vena cava, hacerla girar sobre su costado izquierdo para liberar la circulación y mejorar también la ventilación. Se recomienda hacerle "moverse" en el sillón eventualmente, como medida descompresiva.

En la medida de lo posible debemos procurar no mantener a la paciente mucho tiempo en la sala de espera junto a pacientes pediátricos; esto es debido a que pudieran presentarse en los infantes enfermedades infecciosas tales como sarampión, rubéola, varicela, citomegalovirus o herpes simple, y contagiar a la gestante. Los virus causantes de estas enfermedades son responsables también de alteraciones congénitas en el feto, si la madre se infecta en el primer trimestre del embarazo. Otros microorganismos señalados como teratogénicos son el virus causante de la mononucleosis infecciosa, y al parecer el causante del resfriado común.

Toma de radiografías

Especialmente en el primer trimestre, periodo en el cual los órganos del feto están en plena formación y por lo tanto son más sensibles a los daños que causan las radiaciones, la toma de radiografías debe realizarse con caute-

la, sin embargo, si el empleo de rayos X es indispensable, éstas no se contraindican pudiéndose tomar el menor número de radiografías posibles. Las tomas recomendadas son las panorámicas, ya que el ortopantomógrafo concentra menor radiación por área que otros aparatos y la radiografía proporciona gran información de los tejidos duros bucales, incluyendo los dientes. Para mayor definición se pueden emplear interproximales o periapicales seleccionadas, protegiendo siempre a la madre con un chaleco de plomo, particularmente el área ventral. De preferencia se deben utilizar películas extra rápidas, empleando un colimador que evite radiaciones secundarias y haciendo uso de aparatos de cono largo. Utilizar radiografías periapicales es casi inocuo si se compara la cantidad de radiaciones producidas para tomar una serie de radiografías periapicales, 0.0001 rads (rad es la dosis de radiación o energía absorbida por un medio), con una radiografía de cráneo, 0.004 rads, (400 veces más) o una de tórax 0.001 a 0.010 rads, (100 a 1,000 veces más). Los efectos nocivos de las radiaciones sobre el feto pueden presentarse si se emplean cantidades que van de 5 a 10 rads, cifra difícil de alcanzar en la producción de radiografías médicas y bucales. Es importante destacar que debe valorarse la necesidad y el verdadero beneficio que se puede obtener al tomar radiografías bucales durante el embarazo, sin embargo, mientras se lleven a cabo las medidas de seguridad mencionadas no existe contraindicación en su empleo durante la gestación, particularmente después del segundo trimestre.

Empleo de fármacos

La administración de medicamentos es necesaria y benéfica como coadyuvante para evitar el estrés físico y mental de la paciente, sin embargo, ésta debe limitarse, y aunque la mayoría de los empleados en odontología son seguros existen algunas restricciones. En el primer trimestre la prescripción debe evitarse, especialmente de aquellas que atraviesan la barrera placentaria y que puedan ser tóxicas o teratogénicas para el producto. En lo que se refiere a la prescripción de analgésicos, acetaminofén es la droga de elección, siempre y cuando se emplee a dosis terapéuticas; aun cuando puede emplearse aspirina debe evitarse su uso prolongado, especialmente al final del embarazo, dadas las complicaciones hemorrágicas que pueda generar durante y después del parto, no es prudente su empleo tampoco en razón a que son frecuentes las "agruras" y reflujos gástricos presentes aun sin el estímulo de este tipo de irritantes. Tanto esta droga como el ibuprofeno o naproxeno inhiben la producción de prostaglandinas, necesarias para la inducción de la labor de parto, por lo que su empleo puede prolongar el embarazo, así como provocar el cierre prematuro del con-

ducto arterioso, lo que produciría hipertensión pulmonar en el niño. La codeína y el propoxifeno se han asociado con labio y paladar hendido, sobre todo cuando se han empleado durante el primer trimestre del embarazo. Entre los *antibióticos* de elección por su seguridad están la penicilina, amoxicilina y cefalosporinas. Son de riesgo menor y de utilidad en odontología la clindamicina, el metronidazol y la eritromicina. No se han hecho estudios para conocer el efecto de los *antisépticos* (fenoles, alcoholes, yoduros, clorhexidina) sobre la absorción mucosa y su posible efecto fetal, por lo que su empleo debe ser discrecional. Los *anestésicos locales*, así como la epinefrina, son fármacos de uso seguro durante el embarazo, pues carecen de efectos teratogénicos y abortivos. Durante la lactancia deben evitarse fármacos que son eliminados por la leche, por los efectos nocivos que pudieran tener sobre el niño, sin embargo se calcula que sólo se excreta por la leche materna entre el 1 y 2% de la dosis de medicamentos empleados por la madre. De lo anterior se deduce que por esta vía es difícil que los medicamen-

tos conserven el potencial farmacológico suficiente como para alterar al recién nacido. Sin embargo, es importante destacar que existen en el mercado algunos medicamentos que no deben prescribirse durante la lactancia, como son el litio, medicamentos anticancerosos y radiactivos, cloramfenicol, tetraciclinas, fenindiona e isonicacida.

Bibliografía

- Castellanos JL, Díaz LM, Gay ZO. *Medicina en Odontología, Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas*. 2^a Ed. El Manual Moderno. México 2002: 291-303.

Reimpresos:
José L. Castellanos
Blvd. Campestre 506-301
Jardines del Moral
37160 León, Gto
castellanosjose@hotmail.com
Este documento puede ser visto en:
www.medicgraphic.com/adm