

Directriz para el cuidado oral durante el embarazo.

Guideline for oral care during pregnancy.

Héctor R. Martínez Menchaca M.C.D., M.C.

Departamento de Odontología y Estomatología.
Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa.
Universidad de Monterrey.
San Pedro Garza García, Nuevo León.

César E. Escamilla Ocañas M.C.

Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa.
Universidad de Monterrey.
San Pedro Garza García, Nuevo León.

Alfredo Salinas Noyola M.C.D., M.C.

Director de la Clínica de Prevención Dental CESADE.
Universidad de Monterrey.
San Pedro Garza García, Nuevo León.

Ma. Guadalupe Treviño Alanís Ph.D.

Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa.
Universidad de Monterrey.
San Pedro Garza García, Nuevo León.

Recibido en Agosto de 2011.

Aceptado para publicación en Octubre de 2011.

Resumen

El embarazo es una etapa en la cual se debe poner atención especial en el cuidado de la higiene oral. Los cambios fisiológicos y anatómicos que experimenta el organismo de la mujer durante la gestación aumentan el riesgo de que se desarrollen caries y enfermedad periodontal, entre otras enfermedades. Por lo que se requiere de recomendaciones y lineamientos que conduzcan al profesional de la salud oral, para utilizar e implementar medidas adecuadas tanto de prevención como de tratamiento durante el embarazo.

Palabras clave: Directriz, Higiene Oral, Embarazo, Salud Oral, Caries, Gingivitis.

Abstract

Pregnancy is a period during which special attention should be paid on oral hygiene. The anatomical and physiological changes experienced by the woman's body during pregnancy increases the risk of her developing caries and periodontal disease, as well as a number of other conditions.

The present guideline makes several recommendations for dentists to enable them to employ and implement suitable prevention and treatment measures during pregnancy.

Keywords: Guideline, Oral hygiene, Pregnancy, Oral health, Caries, Gingivitis.
Introducción

El odontólogo debe de abordar los problemas de salud bucodental desde la perspectiva de una interacción permanente entre lo biológico y lo social. El embarazo es una de las etapas más trascendentales en la vida de la mujer. Desde el momento de la fecundación, se preceden una serie de cambios fisiológicos y anatómicos, por lo que la cavidad oral no está exenta de estas alteraciones. Los padecimientos orales más frecuentes durante el embarazo son la caries y las peridontopatías.^{1,2}

Las medidas preventivas que tienden a mantener la salud oral en las embarazadas han formado

parte de las políticas de salud en México. Sin embargo, en nuestra cultura existen creencias y prácticas que no aceptan el tratamiento dental debido a las molestias y temores, lo que ha hecho que la solicitud de atención dental sea baja, a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario.³

Embarazo y condición oral

El cuerpo de una mujer pasa por muchos cambios cuando está embarazada. En consecuencia, a nivel de la cavidad oral, las embarazadas pueden verse afectadas por cambios específicos.⁴ Sin embargo, estas alteraciones tienen en

común los factores que las originan como son los hormonales, dietéticos, inmunológicos y microbiológicos.⁵ Aunque algunas mujeres no están conscientes de que, como resultado del embarazo, los dientes y las encías también sufren cambios que pueden tener consecuencias para la salud. Como la salud oral es parte de la salud en general, el mantener una boca saludable durante el embarazo, da como resultado a una madre saludable y un bebé sano.⁶

El odontólogo en su práctica habitual debe incluir el manejo de situaciones fisiológicas como es el caso de las embarazadas. La presente es una recopilación de la información para establecer un plan de prevención, con la finalidad que se eviten las enfermedades bucodentales y sus posibles complicaciones en el embarazo y periodo de lactancia, antes, durante y después del tratamiento dental.

Enfermedades orales durante el embarazo

Las mujeres embarazadas puede tener una mayor probabilidad de desarrollo de caries dental y gingivitis, esta última es una forma leve y reversible de la enfermedad periodontal. La gingivitis es especialmente común desde el segundo al octavo mes del embarazo, se caracteriza por enrojecimiento, inflamación y dolor de las encías que pueden o no sangrar al cepillado. Esta alteración patológica de las encías es una respuesta exagerada a la placa dentobacteriana, que es la acumulación de un grupo heterogéneo de bacterias rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen celular y microbiano. Existen diferentes factores predisponentes en la mujer embarazada como el aumento del nivel de progesterona,⁷ el incremento del flujo sanguíneo entre 30% al 50%, lo que produce inflamación y dolor de las encías; las náuseas matinales que generan un rechazo al uso de pasta dental, debido al olor o el sabor de la misma; y finalmente los vómitos durante el embarazo, ya que contiene ácidos estomacales que producen daño directo en los dientes, paladar, lengua y labios. La limpieza dental profesional en cada trimestre puede ayudar a las mujeres embarazadas a evitar la gingivitis. Este padecimiento no tratado puede dar lugar a una forma más grave y destructiva de la enfermedad periodontal que se caracteriza por inflamación crónica, que inicia como una gingivitis y termina con la destrucción del hueso que da soporte al diente, la periodontitis.⁸

Según la Asociación Dental Americana, otra enfermedad oral que puede presentarse durante el embarazo son “los tumores del embarazo”, que son agrandamientos localizados o hinchazones de las encías que aparecen entre los dientes durante el segundo trimestre.⁹ Se cree que está relacionado con el exceso de placa dental, estas tumoraciones son de color rojo con una superficie de aspecto de “moras” y con tendencia a sangrar. El tratamiento es la extirpación quirúrgica después del nacimiento del bebé.¹⁰ Finalmente y de acuerdo a la Academia Americana de Periodoncia, las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal pueden tener siete veces más probabilidades de tener un parto prematuro o con peso bajo al nacimiento.¹¹ Los recién nacidos prematuros tienen una mayor incidencia de problemas respiratorios, anemia, ictericia, retraso mental, parálisis cerebral, insuficiencia cardiaca congestiva, desnutrición y tienen mayor riesgo de tener debilidad en el esmalte, entre otras. Se han determinado niveles séricos elevados de prostaglandinas en mujeres con casos severos de enfermedad periodontal y ésta elevación podría ser la causa del parto prematuro. La enfermedad periodontal puede ser tratada de forma segura durante el embarazo con un procedimiento llamado raspado y alisado radicular, que realiza la limpieza de la bolsa entre el diente y la encía.

Recomendaciones de higiene oral durante el embarazo

Es recomendable que se realice una exploración de la cavidad oral como parte del cuidado prenatal. En caso de contar con una alteración, se sugiere que se elimine la enfermedad oral previo al embarazo.

Se ha comprobado que la madre que cuenta con niveles altos de unidades formadoras de colonias bacterianas en la cavidad oral, contagiará de las mismas a su hijo.¹² A la madre se le atribuye el 70% del contagio de los microorganismos que se transmiten a los hijos, por lo que de perderse el equilibrio del ecosistema oral se provocará enfermedad a edades tempranas.¹³ Por lo mencionado con antelación es recomendable conservar una buena salud oral, mediante los siguientes lineamientos:

- Cepillado dental con cerdas suave o extra-suave, de dos a tres veces al día utilizando una crema dental con fluoruro.¹⁴
- Utilizar el hilo dental diariamente, una vez al día.¹⁵

- Emplear enjuagues con fluoruro, clorhexidina o chicle que contenga xilitol.¹⁶
- Seguir una dieta no cariogénica equilibrada, rica en calcio y nutrientes.
- Comunicar al dentista sobre el embarazo y cambio de medicamentos.
- Además de todas las citas con su obstetra, se debe programar visitas periódicas cada tres meses con el odontólogo.¹⁷
- Debe existir una coordinación entre el obstetra y el odontólogo para obtener un mejor tratamiento, para garantizar la salud oral tanto de la madre como del bebé.¹⁷

Visitas al odontólogo

Durante el primer trimestre del embarazo es aconsejable no llevarse a cabo tratamiento electivo alguno, excepto el control de placa dentobacteriana; esto es debido a que durante este tiempo ocurre la organogénesis. Durante la etapa inicial del primer trimestre es buen tiempo para proveer cuidados dentales habituales pero después de la mitad de este trimestre, ningún procedimiento es aconsejable esto es debido a las náuseas matutinas de la madre, se debe evitar tratamientos prolongados para prevenir la complicación más común que es el síndrome de hipotensión supina. El segundo trimestre es el más seguro para realizar el tratamiento dental cotidiano. Durante la última mitad del tercer trimestre, la paciente puede estar incómoda por sus mismos cambios fisiológico-anatómicos, se recomienda limitar la atención dental a cuidados de emergencia situando a la paciente en una posición lateral izquierda o semiesentada con las rodillas flexionadas, evitando la posición supina debido a que puede disminuirse drásticamente la presión sanguínea (Tabla 1).¹⁸

Tabla 1. Manejo odontológico recomendado por trimestre del embarazo.

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Control de la placa dentobacteriana	Control de la placa dentobacteriana	Control de la placa dentobacteriana
Higiene oral	Higiene oral	Higiene oral
Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y curetajes simples
Manejo de emergencia	Tratamiento dental habitual	Manejo de emergencia

Las radiografías dentales se pueden tomar sin riesgo durante el embarazo (Tabla 2), pero se

debe de usar el protector de plomo sobre el cuerpo y la glándula tiroides.¹⁹

Tabla 2. Recomendaciones para el uso de rayos X durante embarazo.

El uso de los rayos X debe ser sólo cuando sean necesarios.
Se podrán obtener radiografías periapicales, de aleta de mordida y panorámica, según sea el caso.

Como la exposición se limita a la zona de cabeza y cuello y la dosis de radiación recibida en este tipo de radiografías es pequeña; se deberán tomar las placas, protegiendo la zona abdominal con un mandil de plomo, utilizando una película radiográfica de alta velocidad, para conseguir que la dosis recibida sea lo más baja posible.

Prescripción de medicamentos

Una de las principales preocupaciones es la selección de un medicamento ya que varios de éstos pueden atravesar la barrera placentaria y con la consecuencia de provocar algún efecto teratogénico. Por lo que se deben evitar en la medida de lo posible la ingesta de medicamentos durante el primer trimestre a menos que sean necesarios y conocer las diferentes categorías de riesgo de los medicamentos que se van a utilizar durante el embarazo (Tabla 3). Afortunadamente los antimicrobianos usados de manera frecuente en medicina oral pueden utilizarse con relativa seguridad (Tabla 4). En cuanto a fármacos utilizados como analgésicos, antipiréticos o antiinflamatorios se pueden catalogar también por su categoría de riesgo (Tabla 5). En general, no se recomienda utilizar analgésicos del tipo antiinflamatorios no esteroideos, narcóticos, antidepresivos, entre otros. Sin embargo, existen otras posibilidades terapéuticas que no producen daño durante la gestación, por ejemplo, el acetaminofén o acetaminofén con codeína, pero se recomienda usarlos por un período de 2 a 3 días.²⁰

Tabla 3. Diferentes categorías de riesgo de los medicamentos utilizados durante el embarazo.

SÍMBOLO	CATEGORÍA	SIGNIFICANCIA
A	Fármaco seguro, pueden emplearse sin riesgo.	Estudios controlados no han demostrado un riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no hay evidencia científica de riesgo en trimestres ulteriores.
B	Fármaco puede emplearse, probablemente seguro.	Estudios de reproducción en animales, no han confirmado un riesgo para el feto. No se han reportado estudios controlados en mujeres embarazadas.
C	Tratar de evitarlos, utilizar otro fármaco si existe alternativa.	Estudios de reproducción en animales, han indicado un efecto contraproducente en el feto. No existen estudios controlados en humanos, pero los beneficios potenciales pueden justificar el uso del medicamento en mujeres embarazadas a pesar de los riesgos potenciales.
D	Tratar de evitarlos, utilizar otro fármaco si existe alternativa.	Existe evidencia positiva de riesgo fetal humano basado en datos sobre reacciones adversas de la experiencia en investigación o estudios en humanos. Los beneficios potenciales pudiesen justificar el uso del medicamento en mujeres embarazadas a pesar de los riesgos potenciales.
X	Contraindicados	Estudios en animales o en humanos han expuesto anomalías fetales y/o existe evidencia positiva de riesgo fetal humano sobre reacciones adversas de la experiencia en investigación. Los riesgos involucrados en el uso del medicamento en mujeres embarazadas superan claramente los beneficios potenciales.

Tabla 4. Clasificación de los antibióticos usados durante el embarazo según su categoría de riesgo.

Medicamento	A	B	C	D	X
Antibióticos	Penicilinas y derivados	Eritromicina	Ciprofloxacino	Amikacina	Cloramfenicol
		Cefalosporinas	Ofloxacino	Gentamicina	
		Clindamicina	Levofloxacino	Neomicina	
		Espectinomicina	Norfloxacino	Estreptomicina	
		Polimixina B	Azitromicina	Kanamicina	
		Aztreonam	Lincomicina	Tobramicina	
		Ácido nalidíxico	Claritromicina	Tetraciclinas	
		Nitrofurantoina	Roxitromicina	Estreptomicina	
		Isoniazida,	Vancomicina	Sulfamidas	
		Rifampicina	Teicoplanina	Metronidazol	
		Etambutol	Cotrimoxazol (TMP-SMX)		
			Imipenem		
			Novobiocina		

Tabla 5. Clasificación de los analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, usados durante el embarazo según su categoría de riesgo.

Medicamento	A	B	C	D	X
Analgésico Antipiréticos Antiinflamatorios		Paracetamol	Metamizol	Ácido Acetil Salicílico (AS)	
			Buprenorfina	Diclofenaco	
			Morfina	Piroxicam	
			Fenilbutazona	Ibuprofeno	
			Metadona	Naproxeno	
			Pentazocina	Tramadol	
				Nabumetona	
				Indometacina	
				Ketorolaco	
				Diflunisal	

En cuanto al uso de anestésicos, mientras la presión sanguínea se mantenga controlada, se puede usar de forma segura dos cartuchos de 1.8 mL de lidocaína con epinefrina. Se debe evitar mepivacaína y bupivacaína (agentes de categoría C) en todas las embarazadas. Evitar epinefrina si la paciente embarazada se vuelve hipertensa durante el embarazo, en su lugar se recomienda utilizar prilocaina.²¹

Consideraciones durante la odontogénesis.

Durante la sexta semana de gestación inicia la formación de los dientes primarios. Es a partir de esta etapa cuando el cuidado de la salud oral de la madre debe de aumentar. La administración de fármacos o bien la deficiencia de vitaminas durante este periodo puede provocar alteraciones en la formación y estructura del diente.^{22, 23}. Los suplementos esenciales para la formación de los dientes son la vitamina A, C, D, el calcio y el fósforo. Es importante mencionar que la vitamina A cuando se administra por encima de 25000 U/d se vuelve categoría de riesgo X.^{24, 25}.

Referencias

- 1.Martínez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Pérez L, Maurandi A. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *Int J Gynecol Obstet* 2011, 114:18-22.
- 2.Dellinger TM, Livingston HM. Pregnancy: Physiologic changes and considerations for dental patients. *Dent Clin N Amer* 2006, 50:677-697.
- 3.Secretaría de Salud. Programas de Acción. Consultado en julio de 2011. Obtenido de: www.salud.gob.mx.
- 4.Zachariasen RD. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. *Women Health* 1993, 20:21-30.
- 5.Jonsson R, Howland BE, Bowden GH. Relationships between periodontal health, salivary steroids, and bacteroides intermedius in males, pregnant and non-pregnant women. *J Dent Res* 1988, 67:1062-1069.
- 6.Raber-Durlacher JE, Van Steenberg TJ, Van der Velden U, De Graaff J, Abraham-Inpijn L. Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and microbiological aspects. *J Clin Periodontol* 1994, 21:549-558.
- 7.Druckmann R, Druckmann MA. Progesterone and the immunology of pregnancy. *J Steroid Bioch Mol Biol* 2005, 97:389-396.
- 8.Wilson II, Skinner RSW. Teeth and gums in pregnancy. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1951, 4:1333.
- 9.Fabe SS. Pregnancy tumor. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1954, 7: 714-719.
- 10.Lawoyin JO, Arotiba JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 1997, 35:185-189.
- 11.Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tzioras S, Tsappi M, Cortinovis I, Casazza G. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Amer J Obstet Gynecol* 2009, 200: 225-232.
- 12.Wan AKL, Seow WK, Purdie DM, Bird PS, Walsh LJ, Tudehope DI. A longitudinal study of Streptococcus mutans colonization in infants after tooth eruption. *J Dent Res* 2003, 82:504-508.
- 13.Mattos-Graner R, Li Y. Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 2001, 39: 2313-2318.
- 14.Volpe AR, Emling RC, Yankel SL. The tooth brush- A new dimension in design, engineering and clinical evaluation. *J Clin Dent* 1992, 3:S29-S32.
- 15.Hujuel PP, Cunha-Cruz J, Banting DW, Loesche WJ. Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. *Dent Res* 2006, 85:298.
- 16.Soldering E, Isokangas P, Pienihakkinen K, Tenovuo J, Alanen P. Influence of maternal xylitol consumption on mother-child transmission of mutans streptococci: 6-year follow- up. *Caries Res* 2001, 35:173-177.
- 17.Vargas CM, Arevalo O. How dental care can preserve and improve oral health. *Dent Clin N Amer* 2009, 53:399-420.
- 18.Nunn ME. Essential dental treatment (EDT) in pregnant women during the second trimester is not associated with an Increased risk of serious adverse pregnancy outcomes or medical events. *J Evid Based Dent Pract* 2009, 9:91-92.
- 19.Wasylyko L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: Implications for patients and dental personnel. *J Can Dent Assoc* 1998; 64:434-9.
- 20.Vroom F, Van den Berg PB, Jong-van den Berg LTW. Prescribing of NSAIDs and ASA during pregnancy; do we need to be more careful? *Br J Clin Pharmacol* 2008, 65:275-276.
- 21.Moore P. Selecting drugs for the pregnant dental patient. *J Am Dent Assoc* 1998, 129:1281-1286.
- 22.Ishida K, Murofushi M, Nakao K, Morita R, Ogawa M, Tsuji T. The regulation of tooth morphogenesis is associated with epithelial cell proliferation and the expression of Sonic hedgehog through epithelial-mesenchymal interactions. *Biochem Biophys Res Commun* 2011, 405: 455-461.
- 23.Lesot H, Brook AH. Epithelial histogenesis during tooth development. *Arch Oral Biol* 2009, 54:S25-S33.
- 24.Holmes VA, Barnes MS, Alexander HD, McFaull P, Wallace JMW. Vitamin D deficiency and insufficiency in pregnant women: a longitudinal study. *Brit J Nutr* 2009; 102, 876-881.
- 25.Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endodont* 2004, 97:672-682.

Correspondencia

Dr. Héctor Martínez Menchaca.
Director de Programa de Médico Cirujano Dentista.
Departamento de Odontología y Estomatología.
Universidad de Monterrey.
Av. Morones Prieto 4500 Pte., 66238,
San Pedro Garza García N.L., México.
Correo electrónico: hector.martinez@udem.edu.mx