

Manejo odontológico en mujeres embarazadas: Revisión de la literatura

Dental management in pregnant women: Literature review

Manejo odontológico em gestantes: Revisão de literatura

Recibido: 04/01/2023 | Revisado: 16/01/2023 | Aceptado: 17/01/2023 | Publicado: 20/01/2023

Jorge Antonio Reinoso Ortiz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1052-4193>

Universidad de Cuenca, Ecuador

E-mail: parkingjorge@gmail.com

Fernando Mauricio Villalta Mendoza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5819-0092>

Universidad de Cuenca, Ecuador

E-mail: fernandovillalta4@gmail.com

Bryan Steven Robalino Luzuriaga

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4243-5374>

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador

E-mail: bryanrobalu@hotmail.com

María de los Ángeles Reinoso Ortiz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5618-3422>

Universidad de las Américas, Ecuador

E-mail: reinosoangeles8@gmail.com

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio es describir distintas pautas sobre la atención odontológica en mujeres en estado de embarazo. **Metodología:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en las bases de datos "PUBMED", "Science Direct" y "Scopus" utilizando las palabras clave: por medio de las palabras clave "Pregnant Woman", "Pregnancy" y "Dental Care" con el conector booleano AND, donde se obtuvo un total de 21 artículos científicos según los criterios inclusión y exclusión. **Resultados:** Existen varias consideraciones que se deben tomar en cuenta al momento de atender a una paciente en estado de embarazo donde se debe tener cuidado con el tipo de fármacos empleados, uso de radiaciones ionizantes entre otras. **Conclusión:** El embarazo conlleva a un conjunto de cambios fisiológicos donde existe una mayor susceptibilidad al desarrollo de morbilidades orales como caries y enfermedad periodontal. La enseñanza de una adecuada higiene en conjunto con controles periódicos dentales a las embarazadas son factores clave para evitar cuadros patológicos graves.

Palabras clave: Embarazo; Mujeres embarazadas; Cuidado dental.

Abstract

Objective: The objective of the study is to describe different guidelines on dental care in pregnant women. **Methodology:** An exhaustive search of the literature was carried out in the "PUBMED", "Science Direct" and "Scopus" databases using the keywords: through the keywords "Pregnant Woman", "Pregnancy" and "Dental Care" with the boolean AND connector, where a total of 21 scientific articles were obtained according to the inclusion and exclusion criteria. **Results:** There are several considerations that must be taken into account when caring for a pregnant patient where care should be taken. Be careful with the type of drugs used, use of ionizing radiation, among others. **Conclusion:** Pregnancy leads to a set of physiological changes where there is a greater susceptibility to the development of oral morbidities such as caries and periodontal disease. The teaching of adequate hygiene as a whole with periodic dental check-ups for pregnant women are key factors in avoiding serious pathological conditions.

Keywords: Pregnancy; Pregnant women; Dental care.

Resumo

Objetivo: O objetivo do estudo é descrever diferentes orientações sobre atendimento odontológico em gestantes. **Metodologia:** Foi realizada uma busca exaustiva da literatura nas bases de dados "PUBMED", "Science Direct" e "Scopus" utilizando as palavras-chave: através das palavras-chave "Pregnant Woman", "Pregnancy" e "Dental Care" com o booleano AND conector, onde foram obtidos um total de 21 artigos científicos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Existem várias considerações que devem ser feitas ao cuidar de uma paciente grávida onde os cuidados devem ser tomados. Cuidado com o tipo de medicamentos utilizado, uso de radiação ionizante, entre outros. **Conclusão:** A gravidez leva a um conjunto de alterações fisiológicas onde existe uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de morbilidades orais como a cárie e a doença periodontal. o check-up da gestante é um fator chave para evitar quadros patológicos graves.

Palavras-chave: Gravidez; Mulheres grávidas; Cuidado dental.

1. Introducción

Durante la etapa de embarazo existen muchos cambios fisiológicos en vario órganos y tejidos, los cuales incluyen la cavidad oral y sus estructuras asociadas (Yousefi et al., 2020). Según Vamos CA et al., existe una prevalencia de un 40% de mujeres embarazadas con enfermedad periodontal (EP), en donde también se demuestra una relación positiva entre la EP y resultados adversos del embarazo, tales como: bajo peso al nacer, parto prematuro, preeclampsia y abortos espontáneos, además la enfermedad oral materna aumenta el riesgo de caries en la primera infancia, la cual es la enfermedad crónica más común en la niñez (Vamos et al., 2015). Buerlein JK et al., describe una relación causal y bidireccional entre el desarrollo de enfermedad periodontal, embarazo y alteraciones en el feto (Buerlein et al., 2011). Dellinger Tm et al., habla acerca de un recelo por parte del odontólogo de brindar atención dental a pacientes gestantes, debido al temor de causar daño al feto, sin embargo, pocos procedimientos dentales están contraindicados durante el embarazo (Dellinger & Livingston, 2006). Razón por la cual, el objetivo de la presente investigación es brindar información actual sobre el manejo odontológico en mujeres en estado de gestación.

2. Metodología

La metodología empleada en las revisiones narrativas de la literatura es un tema fundamental para poder desarrollar una correcta investigación. En esta se debe describir información sobre las bases de datos empleadas, criterios de inclusión, exclusión y la estrategia de búsqueda empleada para recolectar la información científica relacionada al tema central (Gasparyan et al., 2011).

En la presente investigación se realizó una búsqueda de los últimos años de la literatura (2001-2021) por medio de las bases digitales "Pubmed", "ScienceDirect" y "Scopus" por medio de las palabras clave "Pregnant Woman", "Pregnancy" y "Dental Care" con el conector booleano AND, donde se obtuvo un total de 21 artículos científicos.

Los criterios de inclusión se basaron en estudios secundarios relacionadas con el tema de investigación realizados en el idioma inglés entre los años 2002-2021. En cambio, los criterios de exclusión fueron estudios de reportes de casos, protocolos, cartas, opiniones o comunicaciones cortas los cuales no presentaban una metodología clara y específica. A continuación, se adjunta la Tabla 1 y Figura 1 donde se puede resumir de manera ordenada el esquema empleado para la selección de los artículos empleados en la presente investigación. A continuación, se adjunta un diagrama de flujo y tabla donde se escriben los artículos empleados:

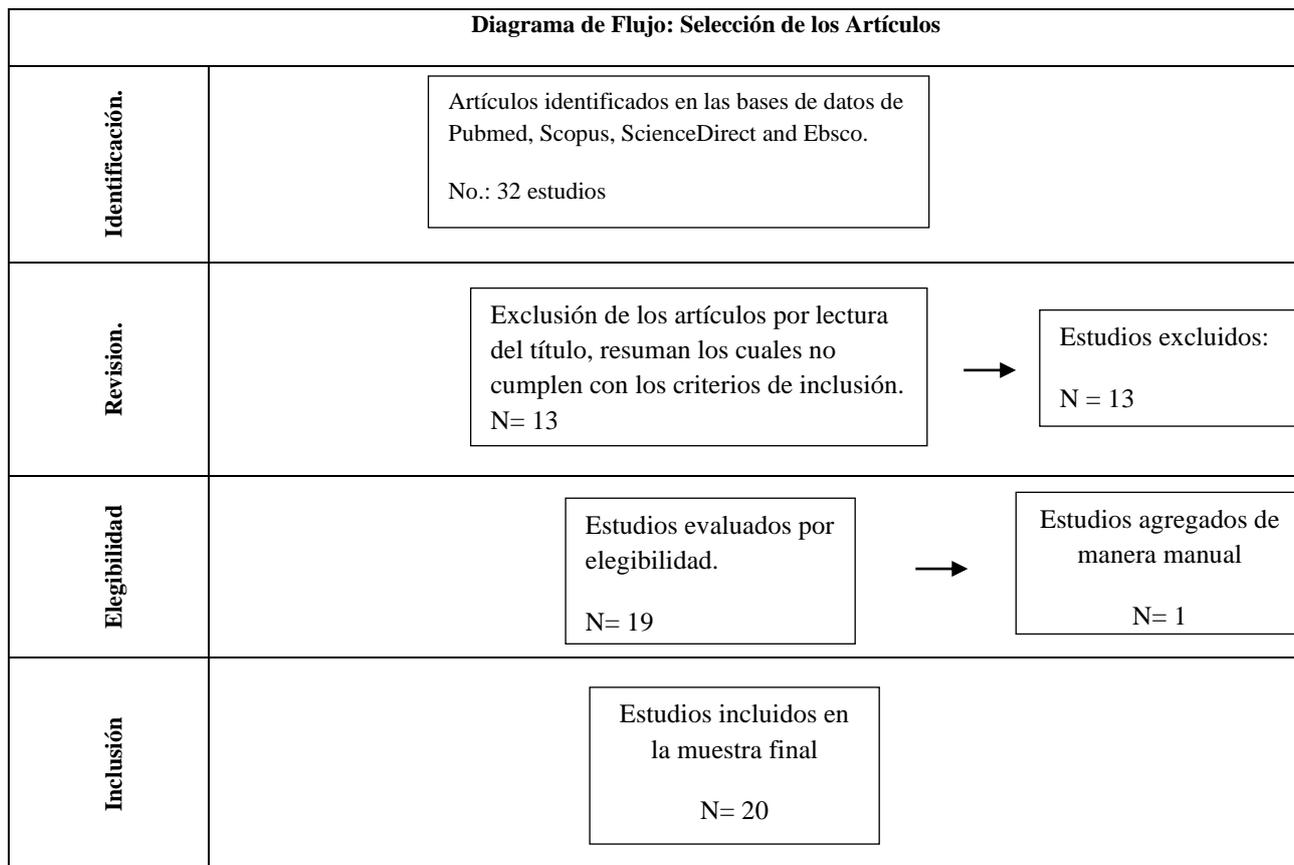
Tabla 1 - Artículos seleccionados en la investigación.

Título	Autor	Año	DOI
Maternal and child oral health interventions in Middle East and North Africa regions: a rapid review. <i>International Dental Journal</i> , 69(6), 409-418.	Abuhaloob, L., MacGillivray, S., Mossey, P., & Freeman, R.	2019	10.1111/idj.12506
Dental care throughout pregnancy: what a dentist must know. <i>Oral Health Dent Manag</i> , 11(4), 169-176.	Achtari, M. D., Georgakopoulou, E. A., & Afentoulide, N.	2012	23208593
Pharmacotherapy during Pregnancy: An Endodontic Perspective. <i>J Endod</i> , 46(9), 1185-1194.	B Ather, A., Zhong, S., Rosenbaum, A. J., Quinonez, R. B., & Khan, A. A.	2020	10.1016/j.joen.2020.05.024
Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. <i>J Oral Pathol Med</i> , 48(4), 270-277.	Bett, J. V. S., Batistella, E., Melo, G., Munhoz, E. A., Silva, C. A. B., Guerra, E., . . . De Luca Canto, G.	2019	10.1111/jop.12831
Perspectives of Maryland women regarding oral health during pregnancy and early childhood. 71(2), 131-135.	Buerlein, J. K., Horowitz, A. M., & Child, W. L.	2011	doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00211.x
Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. <i>J Clin Periodontol</i> , 30(11), 949-953.	Christensen, L. B., Jeppe-Jensen, D., & Petersen, P. E.	2003	10.1034/j.1600-051x.2003.00404.x

Pregnancy: physiologic changes and considerations for dental patients. <i>Dent Clin North Am</i> , 50(4), 677-697, ix.	Dellinger, T. M., & Livingston, H. M.	2006	10.1016/j.cden.2006.06.001
Pregnancy and Dentistry: A Literature Review on Risk Management during Dental Surgical Procedures. <i>Dent J (Basel)</i> , 9(4)	Favero, V., Bacci, C., Volpato, A., Bandiera, M., Favero, L., & Zanette, G.	2021	10.3390/dj9040046
Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. <i>J Am Dent Assoc</i> , 132(7), 1009-1016.	Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvitz, D. M., & Romaguera, R.	2001	10.14219/jada.archive.2001.0306
Associations between dental care approachability and dental attendance among women pregnant with an Indigenous child: a cross-sectional study. <i>BMC Oral Health</i> , 21(1), 451.	Gao, Y., Ju, X., & Jamieson, L.	2021	10.1186/s12903-021-01816-5
Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. <i>Rheumatol Int</i> , 31(11), 1409-1417.	Gasparyan, A. Y., Ayvazyan, L., Blackmore, H., & Kitas, G. D.	2011	10.1007/s00296-011-1999-3
Dental awareness and oral health of pregnant women in Poland. 28(3), 603-611.	Gaszyńska, E., Klepacz-Szewczyk, J., Trafalska, E., Garus-Pakowska, A., & Szatko, F.	2015	10.13075/ijomeh.1896.00183
Poor oral health-related quality of life among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. <i>Int J Dent Hyg</i> , 19(1), 39-49.	Gharehghani, M. A. M., Bayani, A., Bayat, A. H., Hemmat, M., Karimy, M., Ahounbar, E., . . . Schroth, R. J.	2021	10.1111/idh.12465
Oral Status in Pregnant Women from Post-Industrial Areas of Upper Silesia in Reference to Occurrence of: Preterm Labors, Low Birth Weight and Type of Labor. <i>Healthcare</i> , 8, 528.	Katarzyńska-Konwa, M., Obersztyn, I., Trzcionka, A., Mocny-Pachonska, K., Mosler, B., & Tanasiewicz, M.	2020	10.3390/healthcare8040528
Pregnancy, parity and periodontal disease. <i>Aust Dent J</i> .	Morelli, E. L., Broadbent, J. M., Leichter, J. W., & Thomson, W. M.	2018	10.1111/adj.12623
Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. <i>The Saudi Journal for Dental Research</i> , 7(2), 138-146.	Naseem, M., Khurshid, Z., Khan, H. A., Niazi, F., Zohaib, S., & Zafar, M. S.	2016	doi.org/10.1016/j.sjdr.2015.11.002
Oral healthcare considerations for the pregnant woman. <i>Dent Update</i> , 39(1), 51-54.	Nayak, A. G., Denny, C., & Veena, K. M.	2012	10.12968/denu.2012.39.1.51
Oral health during pregnancy. <i>Am Fam Physician</i> , 77(8), 1139-1144.	Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M., & Silk, L.	2008	18481562
Oral health and dental care during pregnancy. <i>Dent Clin North Am</i> , 57(2), 195-210.	Steinberg, B. J., Hilton, I. V., Iida, H., & Samelson, R.	2013	10.1016/j.cden.2013.01.002
Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> , 43(5), 385-396.	Vamos, C. A., Thompson, E. L., Avendano, M., Daley, E. M., Quinonez, R. B., & Boggess, K.	2015	10.1111/cdoe.12167
Salivary factors related to caries in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. <i>J Am Dent Assoc</i> , 151(8), 576-588.e574.	Yousefi, M., Parvaie, P., & Riahi, S. M.	2020	10.1016/j.aime.2020.04.021

Fuente: Autores (2022).

Figura 1 - Diagrama de flujo Prisma de los registros recopilados para este estudio.



Fuente: Autores (2022).

3. Resultados y Discusión

3.1 Importancia de salud oral en el embarazo

El embarazo es un estado donde el cuerpo femenino se adapta a los cambios anatómicos y fisiológicos generados por los cambios hormonales. A nivel de la cavidad oral, las morbilidades más frecuentes son caries dental y enfermedad periodontal (Gaffield et al., 2001; Yousefi et al., 2020). Para Gao Y et al., gracias a las alteraciones endocrinas e inmunológicas, la salud oral de las embarazadas se afecta a tal punto que existe una gran predisposición al desarrollo de EP y caries dental, donde las primeras se correlacionan en alteraciones inflamatorias sistémicas y preeclampsia (Gao et al., 2021). El inicio y la progresión de la enfermedad periodontal en embarazadas se asocia a la presencia de un factor etiológico (placa dental) y debido a la presencia de estos cambios hormonales y pacientes susceptibles (poca higiene y condiciones socio culturales precarias) se puede llevar al inicio de formas graves de EP como lo es la periodontitis (Christensen et al., 2003).

Es el estudio Katarzyńska K et al., determina que la gingivitis es común en mujeres embarazadas, pero no encuentra una relación entre un parto prematuro e higiene dental deficiente durante el embarazo. Pese a eso, las gestantes mejoraron de manera considerable su higiene oral posterior a instrucciones dadas por los profesionales de la salud oral, lo cual nos indica la importancia de realizar atenciones interdisciplinarias para permitir un embarazo óptimo. (Katarzyńska-Konwa et al., 2020).

3.2 Enfermedades orales en el embarazo

3.2.1 Lesiones orales y Caries dental

Durante el embarazo la cavidad oral se ve expuesta al ácido gástrico que erosiona el esmalte. Las náuseas matutinas son muy comunes en los primeros meses del embarazo. En meses más avanzados un esfínter esofágico laxo en conjunto a una

presión gravídica uterina provoca una exacerbación de reflujo ácido. La mejor solución a lo expuesto anteriormente, va a ser un cambio en la dieta, antieméticos, antiácidos o ambos. Además, se recomienda el uso de agua con bicarbonato posterior a este reflujo. Una acotación importante es lavarse los dientes posteriores a vomitar en conjunto con un cepillo de cerdas suaves para proteger el esmalte, además se recomienda el uso de enjuague bucal con flúor para los dientes erosionados. Todo esto debe realizar unos minutos posteriores al vomito para evitar potenciar el efecto ácido con el abrasivo del dentífrico oral y generar erosiones en las superficies linguales de los dientes (Silk et al., 2008). Gaszyńska E et al., mencionan que un 40 % de mujeres embarazadas no tiene conocimientos básicos acerca de cuidados dentales tanto en su etapa gestacional como en la etapa de desarrollo del bebé (Gaszyńska et al., 2015). Según Gao Y et al., se señala que la experiencia materna de caries dental en el periodo del embarazo es un factor que contribuye a la aparición de caries de la primera infancia en los niños (Gao et al., 2021). Debido a estas razones comunes del embarazo mas una higiene dental deficiente, se puede establecer un ambiente con un pH ácido propicio para el desarrollo de caries dental la cual al no ser tratada oportunamente puede conllevar al desarrollo de enfermedades pulpares y periapicales (Naseem et al., 2016).

3.2.2 Tumor oral del embarazo.

También conocido como “Granuloma Piógeno del Embarazo” ocurre en el 5% de los embarazos. Es una lesión vascular causada por el aumento de progesterona en conjunción de irritantes locales y bacterias. La lesión se describe como eritematosa, lobulada, lisa y se localiza principalmente en: lengua, paladar y mucosa. Este tumor es común en el primer trimestre de embarazo, y desaparece posterior al parto, es probable su recurrencia si se extirpa durante el embarazo. (Dellinger & Livingston, 2006; Silk et al., 2008).

Sin embargo, Dellinger et al., hablan de que esta lesión es de carácter benigno y que se puede extirpar durante el embarazo o en el periodo posparto reciente (Dellinger & Livingston, 2006). Bett et al., hablan de una prevalencia importante en mujeres gestantes de hiperplasia gingival, granuloma piógeno del embarazo, morsicatio buccarum y la candidiasis oral (Bett et al., 2019).

3.2.3 Movilidad Dentaria.

Esta se genera debido al aumento de estrógenos y progesterona que afectan al ligamento periodontal y al hueso alveolar, los dientes pueden tener movilidad durante el embarazo incluso con ausencia de EP. Lo cual implica que cuando no hay EP, la condición de movilidad dentaria es naturalmente temporal (Silk et al., 2008). Esta se puede revertir retirando los irritantes locales como la placa y cálculos dentales con el uso de vitamina C (Naseem et al., 2016).

3.2.4 Enfermedad periodontal (EP)

Según Vamos et al., la gingivitis, es definida como un proceso de inflamación del tejido blando que rodea al diente (Vamos et al., 2015). La gingivitis inducida por placa es producto de la acumulación de biofilm bacteriano, la cual es la condición más frecuente en las mujeres embarazadas. Sin embargo, la exacerbación de la enfermedad periodontal en la época del embarazo no es dada por la placa debido a que su composición cuantitativa y cualitativa no es un factor determinante. Las características clínicas e histológicas del cuadro de gingivitis en una gestante en comparación con una no gestantes, son exactamente similares, donde la encía se presenta con una textura suave, brillante, que sangran ante el más leve contacto, márgenes eritematosos, edematosos y engrosados. Sin embargo en pacientes susceptibles y con una escasa motivación, higiene y control por parte de odontólogos, este cuadro inicial puede conllevar a una pérdida del tejido de unión del periodonto, pérdida de hueso alveolar, desarrollo de bolsas periodontales de mas de 4 mm de profundidad e inclusive en casos graves se puede dar distintos grados de movilidad dental (Morelli et al., 2018).

Al hablar del tratamiento de la EP durante el embarazo se puede abarcar dos caminos: el quirúrgico y el no quirúrgico. Pero la principal forma de tratamiento para EP en la etapa de gestación es netamente motivacional, es decir educarle a la paciente acerca de una buena higiene oral, para así prevenir la acumulación de placa y la formación de cálculo supra o subgingival. Las intervenciones conductuales y educativas no sólo se las debe realizar antes, durante y después de la época gestacional y son de mucha importancia para prevenir cualquier eventualidad tanto en la salud de la mujer como la del feto (Abuhaloob et al., 2019; Favero et al., 2021; Gharehghani et al., 2021).

3.3 Farmacoterapia en el embarazo

La FDA a dividido a los medicamentos en diferentes categorías, enfocándose en la confiabilidad de evidencia científica y en el costo/ beneficio, estos son: (Favero et al., 2021). Existen sustancias con un potencial teratógeno que pueden afectar el correcto desarrollo del feto en los primeros meses de embarazo y entre estos encontramos el: alcohol, tabaco, cocaína, talidomina, warfarina, tetraciclinas, fenitoína y ácido valproico. A continuación se adjunta una tabla con la categoría de medicamentos según el riesgo que presenta para las mujeres en embarazo (Naseem et al., 2016).

Tabla 2 – Categorías y confiabilidad de los medicamentos.

CATEGORIA A	No hay riesgo para el feto en el primer trimestre ni tampoco en trimestres posteriores, por ejemplo, ácido fólico.
CATEGORIA B	Estudios en animales no han demostrado daño para el feto, no existe estudios adecuados en mujeres embarazadas, son consideradas seguras para el embarazo: Amoxicilina, paracetamol.
CATEGORIA C	Estudios en la reproducción de animales han mostrado un efecto adverso en el feto, no hay estudios bien controlados en humanos, sin embargo, los beneficios potenciales pueden justificar el uso del medicamento en mujeres en etapa gestacional. Por ejemplo, aspirina.
CATEGORIA D	Existe evidencia de riesgo para el feto basados en datos de reacciones adversas en investigaciones, pero los beneficios potenciales pueden justificar su uso en mujeres embarazadas, como las tetraciclinas.
CATEGORIA X	Los riesgos involucrados en mujeres embarazadas superan a los beneficios potenciales del medicamento.

Fuente: Achartari, Georgakopoulou, & Afentoulide, (2012); Favero et al., (2021).

3.3.1 Antibióticos

Los antibacterianos de elección son: betalactámicos como la ampicilina, amoxicilina (no asociada con el ácido clavulánico, algunas cefalosporinas, macrólidos como la claritromicina y eritromicina. Por otro lado, las tetraciclinas como la doxiciclina y minociclina puede causar daño hepático en la mujer gestante y discromía en el esmalte dental del bebé, la gentamicina causa ototoxicidad fetal (Favero et al., 2021). Steinberg B et al., apoyan el uso de metronidazol, clindamicina, y penicilina (Steinberg et al., 2013).

3.3.2 Analgésicos

Según Vittorio F et al., el uso del ácido acetilsalicílico es contraindicado en la etapa de gestación debido al riesgo de hemorragia posparto que este involucra. Además es aquí donde se menciona que en el primer trimestre del embarazo no es recomendable el uso de naproxeno, ketoprofeno e ibuprofeno debido a que pueden generar defectos en el tabique cardiaco de los recién nacidos (Favero et al., 2021) y Dellinger T et al., nombra a estos medicamentos como de categoría D en la clasificación de la FDA, además se destaca que el uso de COX 2 (inhibidores de la ciclooxigenasa tipo 2) están en categoría de tipo C. También el uso de aspirina no es recomendable en el embarazo, ni tampoco el uso de diflusal ya que están asociados al trabajo de parto prolongado, anemia, aumento de potencial de hemorragia y cierre prematuro del conducto

arterioso del corazón (Favero et al., 2021). El analgésico de elección en la etapa del embarazo es el Acetaminofén. Sin embargo, en los últimos años se lo ha relacionado con efectos secundarios como: sibilancias, asma, trastornos neuroconductuales y trastornos reproductivos. Sin embargo, existe una controversia acerca de los efectos secundarios del acetaminofén, que existe evidencia de que el asma y las sibilancias pueden ser causadas por factores intrínsecos a la madre como el dolor crónico o la ansiedad. Se habla de otros efectos secundarios del uso prenatal del paracetamol como: TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), autismo, trastorno del espectro autista, bajo coeficiente intelectual también es imprescindible mencionar que tanto la FDA como la Sociedad de Medicina Materno Fetal declaran que es insuficiente la información de los estudios como para establecer una relación causal. Similarmente, el uso de paracetamol en la etapa prenatal puede causar efectos intergeneracionales a través de cambios epigenéticos en las células germinales fetales, afectar las gónadas de desarrollo y la reducción de la fecundidad, así como también criptorquidia, reducción de distancia anogenital y reducción de fecundidad, se recalca que todos los estudios mencionados anteriormente son evaluados en un periodo de largo plazo; es decir mayores a 28 días (Ather, Zhong, Rosenbaum, Quinonez, & Khan, 2020). El paracetamol está en categoría B en la calcificación de la FDA y es necesario de más estudios para poder establecer una relación directa entre los efectos del paracetamol durante la etapa gestacional (Silk et al., 2008).

3.3.3 Anestésicos

Ather A et al., hablan de que la anestesia local efectiva es parte integral del tratamiento dental intervencionista, durante el embarazo existen cambios fisiológicos que deben tomarse en cuenta antes de la administración de anestésicos locales, los cuales se resumen en los siguientes literales (Ather et al., 2020):

- a) El embarazo puede afectar la sensibilidad de los nervios a los anestésicos locales (estudios preclínicos habla de una aparición más rápida en el bloqueo del nervio vago en nervios extraídos de animales preñados) (Yousefi et al., 2020).
- b) Cambios hormonales como el aumento de la progesterona, probablemente contribuyan a la susceptibilidad hormonal del anestésico (Ather et al., 2020).
- c) El feto es más vulnerable a la susceptibilidad anestésica, debido a los siguientes factores: volumen sanguíneo materno diluido, aumento de la vascularización de la cabeza y cuello, capacidad de los anestésicos de cruzar la barrera placentaria y disminución de la unión de proteínas (Yousefi et al., 2020).

Este estudio concluye que el anestésico de mejor elección es la lidocaína en mujeres embarazadas, sin embargo, también habla de la anestesia tópica en donde nombra a una mezcla de anestésicos locales (lidocaína al 2.5 % y prilocaína al 2.5%) es una mejor alternativa al uso de benzocaína debido a que se encuentra en categoría C de medicamentos para mujeres embarazadas (clasificación de FDA) (Ather et al., 2020).

Los anestésicos de primera opción son aquellos que tiene un historial sólido de efectos adversos de baja incidencia (Steinberg et al., 2013). Según Favero V et al., describen que el uso de lidocaína al 2 % con epinefrina 1:100000, su uso es seguro en hasta 5 tubos de anestésico y 10 cartuchos de anestésicos en concentraciones de 1:200000. Se describe el desarrollo de bradicardia fetal en el uso de articaína, bupivacaína y mepivacaína, situándolos en la Categoría C al hablar de fármacos para el uso en mujeres gestantes. Por lo cual se justifica el uso de lidocaína al 2% en concentraciones 1:200000 (Favero et al., 2021).

3.3.4 Opioides

En el estudio de Sil H et al., describen que el uso de opioides como la oxycodona en una manera limitada como tratamiento para aliviar el dolor dependiendo de la edad gestacional, ya que la FDA clasifica a este fármaco en la categoría B tanto en el primer como en el segundo trimestre de embarazo, y lo clasifica como categoría D en el tercer trimestre del embarazo (Silk et al., 2008). Sin embargo, Ather A et al., habla sobre La exposición a largo plazo a los opioides durante el embarazo puede causar un crecimiento fetal deficiente, parto prematuro, muerte fetal, síndrome de abstinencia neonatal y defectos de nacimiento (Ather et al., 2020)

3.3.5 Antifúngicos

Según Favero V et al., apoyan el uso de nistatina o clotrimazol, calificándolos como seguros para el feto sin embargo mencionan que tanto el fluconazol como el ketoconazol son tóxicos para el feto (Favero et al., 2021). En cambio Nayak A et al., describen que el uso tópico de nistatina y clotrimazol son seguros en el embarazo por lo que su uso debería restringirse lo más estrictamente necesarios (Nayak et al., 2012).

3.3.6 Corticoesteroides

El uso de esteroides durante el embarazo ha sido objeto de debate debido a informes contradictorios sobre la relación entre su uso prenatal y los resultados adversos del embarazo. Los estudios han demostrado que el uso de esteroides prenatales se ha asociado con paladar hendido, bajo peso al nacer, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal. Sin embargo, muchos de estos estudios no consideraron el efecto de la enfermedad materna preexistente como un factor que influye en el resultado. Además, gran parte de los datos provienen de la literatura de reumatología y neumología donde la exposición a esteroides es crónica. Esto difiere de la administración de esteroides en endodoncia, que es a corto plazo (Ather et al., 2020).

3.3.7 Ansiolíticos

Se describe que se deben evitar los sedantes como las benzodiazepina: midazolam (categoría D) lorazepam (categoría D), triazolam (categoría X) (Favero et al., 2021)

3.3.8 Óxido nitroso

El óxido nitroso es muy eficaz para controlar la ansiedad, se ha debatido su uso en mujeres embarazadas. Esta controversia surge de las preocupaciones sobre los resultados adversos del embarazo en mujeres con exposición prolongada al óxido nitroso y su capacidad para inactivar la metionina sintasa, una enzima involucrada en la formación de metionina y tetrahidrofolato. Aunque no se ha documentado claramente un nivel seguro recomendado de exposición del paciente para prevenir la teratogenicidad o los resultados adversos del parto, se deben tomar medidas para reducir los riesgos potenciales. La evacuación es una práctica dental estándar, y el óxido nitroso solo debe usarse en ciertas situaciones en pacientes con elevado índice de ansiedad (Ather et al., 2020).

3.4 Rayos X en el embarazo

Según el American College of Radiology, ningún diagnóstico por rayos X por sí solo representa una dosis de radiación lo suficientemente significativa como para poner en peligro la salud normal y el desarrollo del feto. Evidencia reciente muestra que la radiación ionizante en dosis inferiores a 5 rad no aumenta el riesgo de malformaciones, retraso del crecimiento o aborto espontáneo. Por lo tanto, se considera seguro obtener una radiografía dental en cualquier momento

necesario durante el embarazo, siempre que el dentista siga todas las prácticas radiológicas apropiadas, es decir. uso de un escudo de radiación y un collar de tiroides (Steinberg et al., 2013).

3.5 Materiales de Restauración

Después de la revisión de 200 estudios la FDA concluye que tanto la amalgama como los composites son un material seguro y eficaz en las restauraciones dentales clasificándolos como dispositivos médicos de tipo 2 (Favero et al., 2021). La colocación de resinas compuestas no implica ningún riesgo para la salud, de igual forma al hablar de amalgamas no existe ninguna evidencia en estudios y revisiones basadas en la población (Steinberg et al., 2013).

3.6 Manejo de la paciente embarazada:

Se recomienda realizar atenciones frecuentes a la mujer en estado de embarazo donde se haga hincapié en medidas preventivas y educación sobre higiene oral. La examinación odontológica no es dañina para el feto durante el segundo y tercer trimestre. Como se conoce la prevalencia de caries y enfermedad periodontal es un tema a tomarse en mucha consideración para evitar la progresión y la realización de tratamientos más invasivos. Sin embargo, tanto la realización de restauraciones como exodoncias no están contraindicadas en pacientes con un control médico correcto y se recomienda realizar durante el segundo trimestre cuando la organogénesis esta completa (Naseem et al., 2016).

3.6.1 Primer trimestre:

En esta etapa no se recomienda realizar procedimientos clínicos debido a la ya menciona organogénesis que se da durante estos tres primeros meses y que supone el riesgo de actuar como factor teratógeno y aumentar el riesgo de abortos espontáneos. Las siguientes recomendaciones se deberían realizar durante este trimestre (Naseem et al., 2016):

-Se debe instruir a la embarazada sobre los cambios que se van a dar a nivel oral, donde se debe enfatizar en el uso de medidas higiénicas como dietéticas sobre el riesgo de consumir una gran cantidad de hidratos de carbono (Naseem et al., 2016).

- Evitar radiografías.
- Realizar únicamente profilaxis y tratamientos de urgencia.

3.6.2 Segundo trimestre:

Se puede realizar:

- Mantenimiento de higiene oral y control de placa bacteriana
- Detartraje y raspaje radicular
- Tratamiento de conducto, exodoncias, restauraciones
- Únicamente radiografías periapicales selectivas (Casos de suma necesidad) (Naseem et al., 2016).

3.6.3 Tercer trimestre:

Se recomienda realizar procedimientos dentales cortos durante este periodo, es importante considerar la posición del paciente en el sillón dental para evitar cualquier complicación, se puede realizar las siguientes actividades (Naseem et al., 2016):

- Mantenimiento de la higiene oral y control de placa
- Curetaje y raspaje radicular
- Toma de radiografías periapicales únicamente las necesarias.
- No se recomienda procedimientos clínicos después de la mitad del tercer trimestre (Naseem et al., 2016).

3.7 Posición de la paciente en la consulta

Se recomienda que, al momento de brindar atención, cuando la embarazada se siente en el sillón dental, su cabeza debe estar mas alta que sus pies, con el objetivo de evitar una posición de decúbito supino donde el útero puede presionar sobre la vena cava inferior y evitar el retorno venoso al corazón generando así un síndrome hipotensor con la consecuente pérdida de la conciencia. Se puede colocar una almohada bajo la cadera derecha de modo que el útero se aleje de la vena cava (Achtari et al., 2012).

4. Conclusión

El embarazo conlleva un conjunto de cambios fisiológicos en las mujeres, por lo cual, debido a la existencia de cierta susceptibilidad al desarrollo de distintas patologías orales, la instauración de medidas profilácticas basadas principalmente en la enseñanza de higiene oral y controles periódicos por parte de odontólogos son importantes para evitar cuadros de mayor gravedad que requieran tratamientos mucho mas invasivos.

Se recomienda realizar mas estudios similares a este, para poder establecer pautas y protocolos de atención específicos donde se contemple tanto actividades clínicas, terapéuticas y farmacológicas que se puedan emplear sin ningún riesgo para las mujeres en estado de embarazo.

Dedicatoria

“Cuando el momento llegue, seremos consientes de nuestros errores y entenderemos lo trivial que es el ego y orgullo. Mientras tanto seguiremos nuestros caminos en busca de lo que creemos que es la felicidad, vivos en este plano terrenal pero perdidos en el espiritual”.

Fernando Villalta.

Bibliografía

- Abuhaloob, L., MacGillivray, S., Mossey, P., & Freeman, R. (2019). Maternal and child oral health interventions in Middle East and North Africa regions: a rapid review. *International Dental Journal*, 69(6), 409-418. <https://doi.org/10.1111/idj.12506>
- Achtari, M. D., Georgakopoulou, E. A., & Afentoulide, N. (2012). Dental care throughout pregnancy: what a dentist must know. *Oral Health Dent Manag*, 11(4), 169-176.
- Ather, A., Zhong, S., Rosenbaum, A. J., Quinonez, R. B., & Khan, A. A. (2020). Pharmacotherapy during Pregnancy: An Endodontic Perspective. *J Endod*, 46(9), 1185-1194. [10.1016/j.joen.2020.05.024](https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.05.024)
- Bett, J. V. S., Batistella, E., Melo, G., Munhoz, E. A., Silva, C. A. B., Guerra, E., & De Luca Canto, G. (2019). Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med*, 48(4), 270-277. [10.1111/jop.12831](https://doi.org/10.1111/jop.12831)
- Buerlein, J. K., Horowitz, A. M., & Child, W. L. (2011). Perspectives of Maryland women regarding oral health during pregnancy and early childhood. *J Pediatr*, 119(2), 131-135. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00211.x>
- Christensen, L. B., Jeppe-Jensen, D., & Petersen, P. E. (2003). Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol*, 30(11), 949-953. [10.1034/j.1600-051x.2003.00404.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2003.00404.x)
- Dellinger, T. M., & Livingston, H. M. (2006). Pregnancy: physiologic changes and considerations for dental patients. *Dent Clin North Am*, 50(4), 677-697, ix. [10.1016/j.cden.2006.06.001](https://doi.org/10.1016/j.cden.2006.06.001)
- Favero, V., Bacci, C., Volpato, A., Bandiera, M., Favero, L., & Zanette, G. (2021). Pregnancy and Dentistry: A Literature Review on Risk Management during Dental Surgical Procedures. *Dent J (Basel)*, 9(4). [10.3390/dj9040046](https://doi.org/10.3390/dj9040046)
- Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvitz, D. M., & Romaguera, R. (2001). Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc*, 132(7), 1009-1016. [10.14219/jada.archive.2001.0306](https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0306)
- Gao, Y., Ju, X., & Jamieson, L. (2021). Associations between dental care approachability and dental attendance among women pregnant with an Indigenous child: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1), 451. [10.1186/s12903-021-01816-5](https://doi.org/10.1186/s12903-021-01816-5)
- Gasparyan, A. Y., Ayvazyan, L., Blackmore, H., & Kitas, G. D. (2011). Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. *Rheumatol Int*, 31(11), 1409-1417. [10.1007/s00296-011-1999-3](https://doi.org/10.1007/s00296-011-1999-3)

- Gaszyńska, E., Klepacz-Szewczyk, J., Trafalska, E., Garus-Pakowska, A., & Szatko, F. (2015). Dental awareness and oral health of pregnant women in Poland. *28*(3), 603-611. 10.13075/ijomeh.1896.00183
- Gharehghani, M. A. M., Bayani, A., Bayat, A. H., Hemmat, M., Karimy, M., Ahounbar, E., & Schroth, R. J. (2021). Poor oral health-related quality of life among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg*, *19*(1), 39-49. 10.1111/idh.12465
- Katarzyńska-Konwa, M., Obersztyn, I., Trzcionka, A., Mocny-Pachonska, K., Mosler, B., & Tanasiewicz, M. (2020). Oral Status in Pregnant Women from Post-Industrial Areas of Upper Silesia in Reference to Occurrence of: Preterm Labors, Low Birth Weight and Type of Labor. *Healthcare*, *8*, 528. 10.3390/healthcare8040528
- Morelli, E. L., Broadbent, J. M., Leichter, J. W., & Thomson, W. M. (2018). Pregnancy, parity and periodontal disease. *Aust Dent J*. 10.1111/adj.12623
- Naseem, M., Khurshid, Z., Khan, H. A., Niazi, F., Zohaib, S., & Zafar, M. S. (2016). Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. *The Saudi Journal for Dental Research*, *7*(2), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.sjdr.2015.11.002>
- Nayak, A. G., Denny, C., & Veena, K. M. (2012). Oral healthcare considerations for the pregnant woman. *Dent Update*, *39*(1), 51-54. 10.12968/denu.2012.39.1.51
- Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M., & Silk, L. (2008). Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*, *77*(8), 1139-1144.
- Steinberg, B. J., Hilton, I. V., Iida, H., & Samelson, R. (2013). Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am*, *57*(2), 195-210. 10.1016/j.cden.2013.01.002
- Vamos, C. A., Thompson, E. L., Avendano, M., Daley, E. M., Quinonez, R. B., & Boggess, K. (2015). Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*, *43*(5), 385-396. 10.1111/cdoe.12167
- Yousefi, M., Parvaie, P., & Riahi, S. M. (2020). Salivary factors related to caries in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*, *151*(8), 576-588.e574. 10.1016/j.aime.2020.04.021