

134  
2 ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PROBLEMAS HORMONALES DE LA MUJER  
EMBARAZADA Y SUS REPERCUSIONES EN  
LA CAVIDAD BUCAL**

**T E S I S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A:

**MARIA DEL CARMEN DUARTE GARCIA**



ASESOR

C.D. M.O. ALEJANDRO GERARDO MARTÍNEZ SALINAS

COORDINADOR DEL SEMINARIO:

C.D. M.O. ALEJANDRO GERARDO MARTÍNEZ SALINAS

México, DF.

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

GRACIAS SEÑOR

POR TODO LO QUE PUEDO EN TI, POR QUE ME FORTALECE,  
ASÍ ES TODO AQUEL NACIDO DEL ESPÍTU.

EN MEMORIA DE MI PADRE

QUE SE HIZO PRESENTE A TRAVÉS DE SUS PENSAMIENTOS Y  
ACCIONES QUE ME SUPIERON ENCAUSAR HACIA LA  
SUPERACIÓN.

A TI MAMÁ

CON TODO EL AMOR Y EL MÁS PROFUNDO RESPETO A TI,  
QUE ME DISTE LA VIDA, CON TU APOYO, BUENOS EJEMPLOS Y  
COMPRESION ME PERMITISTE VISLUMBRAR NUEVOS  
HORIZONTES.

ETERNAMENTE AGRADECIDA, TU HIJA

A MIS HERMANOS:

TOMÁS, MARÍA DE LA LUZ, GRACIELA, FRANCISCO JAVIER,  
ELENA Y MARIO ALBERTO.

GRACIAS POR LA SATISFACCIÓN DE CONTAR CON SU APOYO  
INCONDICIONAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE MI VIDA.

A MI HERMANO JOSÉ DE JESÚS:

POR HABERME BRINDADO SU APOYO CON EL CUAL HE  
LOGRADO MI CARRERA PROFESIONAL.

CON AMOR A MIS SOBRINOS:

ALMA LUZ, VÍCTOR HUGO, ISRAEL ALBERTO, DENISSE  
ELIZABETH, ALEJANDRO. MIGUEL ÁNGEL, FRANCISCO  
JAVIER, LIZBETH, JOSÉ DE JESÚS, MARÍA DE LA LUZ, MARIO  
ALBERTO, DIANA KAREN Y VALERIA MARISOL.

CON LA INTENCIÓN QUE LA LECTURA DE ESTE TRABAJO SEA  
UN VUELO HACIA LA MOTIVACIÓN BUSCADA.

A MI ASESOR:

DR. ALEJANDRO GERARDO MARTÍNEZ SALINAS, POR  
DEDICAR SU ATENCIÓN A LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

GRACIAS

IVONNE, POR DEDICARME SU TIEMPO, PACIENCIA Y  
AGRADECIENDO DE ANTEMANO EL APOYO QUE ME BRINDO  
PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

CON RESPETO Y ADMIRACIÓN A MIS PROFESORES:

POR LA DEDICACIÓN Y EMPEÑO A SU PROFESIÓN  
EXTERIORIZANDO SUS CONOCIMIENTOS.

A MIS AMIGAS LUCY, ELÍ Y FELI.

POR COMPARTIR CONMIGO LA EXPERIENCIA DE ESTUDIANTE  
CULMINANDO CON UNA AMISTAD SINCERA

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAP. I. Cambios hormonales de la mujer embarazada .....	2
CAP. II. Necesidades Clínicas .....	8
CAP. III Trastornos bucales ocasionados por cambios hormonales en la mujer embarazada .....	11
CAP. IV Repercusiones bucales por la mala higiene en la mujer embarazada .....	16
CAP. V Aportes nutricionales en la mujer embarazada .....	20
CAP. VI Tratamiento y Prevención .....	24
CONCLUSIONES .....	26
BIBLIOGRAFÍA .....	27

## ***INTRODUCCION***

El complicado y delicado mecanismo endocrino femenino pone a prueba a la mujer durante algunos periodos de la vida, uno de esos momentos es el embarazo, al que son atribuidos algunas afecciones de la cavidad bucal.

Durante el embarazo pueden ocurrir manifestaciones de diferentes naturaleza en la mucosa bucal, que van desde marcado edema bucal hasta estomatitis hemorrágica, las alteraciones son más evidentes cuando hay mala higiene bucal.

El embarazo representa una condición sistémica particular, capaz de inducir o provocar a causa de un metabolismo carencialmente alterado, una acentuada repuesta de tejidos gingivales agregado por la presencia de placa y sarro que son factores etiopatogénicos locales muy importantes.

## **CAPITULO I**

### **CAMBIOS HORMONALES DE LA MUJER EMBARAZADA**

Embarazo: Es el proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno que abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento. Pasando por dos periodos, el primero es embrionario y el segundo el periodo fetal.

La duración del periodo de gestación es aproximadamente de 280 días, tomando en cuenta la última menstruación abarcando 40 semanas 9 meses y 10 días.

Este proceso comienza desde el momento en que se lleva a cabo la fecundación que es la secuencia de acontecimientos que van de la unión de un espermatozoide y un ovocito y termina con la fusión de los núcleos del espermatozoide y del óvulo, e integración de los cromosomas maternos y paternos.

La gestación origina en todo el organismo cambios fisiológicos de interés para el cirujano dentista, ya que se establecen alteraciones de la concentración sanguínea de hormonas sexuales femeninas las cuales modifican la respuesta de los tejidos blandos bucales y tejidos periodontales a irritaciones locales<sup>1</sup>.

Señalando que hay múltiples manifestaciones de la boca que tienen su origen en el aparato genital femenino, por ejemplo, ha aumentado en la concentración de estrógenos de origen fetoplacentario, progesterona, gonadotropina corionica y relaxina<sup>2</sup> (fig. 1). Así como desde el punto de vista general, se considera un aumento en cantidad de las hormonas tirotrópicas (TSH), Adenocorticotropina (ACTH) y estimulante de la tiroides (STH) que actúan sobre la tiroides, glándulas suprarrenales y crecimiento respectivamente<sup>3</sup>.



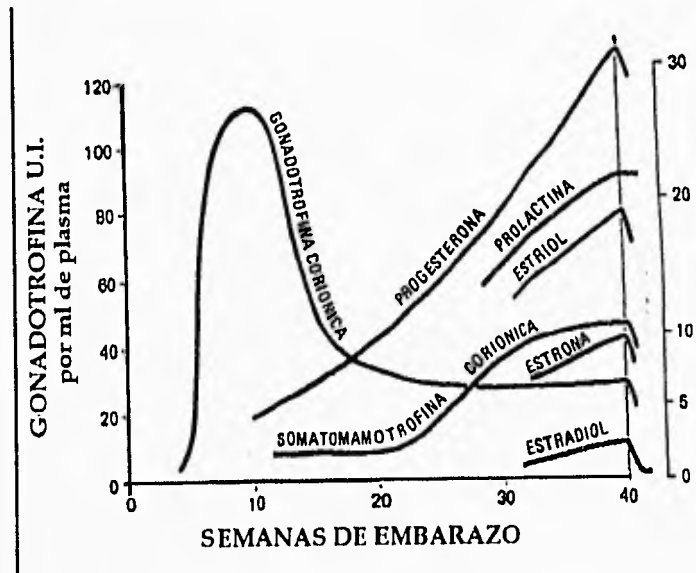


Fig 1. Concentración en el plasma de la mujer de las hormonas producidas por la placenta y el feto.

Las hormonas ejercen una significativa influencia en la fisiología del cuerpo durante toda la vida.

Los estrógenos y progesterona son hormonas de producción cíclica y controladas únicamente por ovario.

Los estrógenos son responsables de los cambios psicológicos que se dan en la pubertad en la mujer y junto con la progesterona juegan un papel vital en la preparación del tracto reproductivo femenino para implantación del óvulo fecundado. La influencia hormonal en el cuerpo de la mujer reflejado en el periodonto, es una variación que afecta la fisiología de la interacción huésped - parásito en la cavidad bucal<sup>4</sup>.

### ***PROGESTERONA***

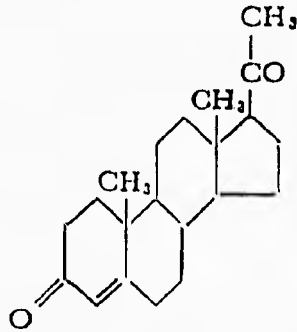
La progesterona a sido aislada de tejido ovárico placentario suprarrenal y testicular; la cantidad de progesterona se puede medir en el primer día del ciclo ovulatorio. Esta se incrementa al máximo en el día 16 del ciclo y permanece elevada hasta el día 24, también se encuentran cantidades importantes durante la menstruación<sup>1</sup>.

La progesterona es transportada a la sangre al igual que otros esteroides por medio de una proteína específica de enlace, siendo metabolizada y conjugada en el hígado en forma de glucorónido sódico de pgnadiol. la progesterona representa un producto metabólico de menor importancia, el pregnadiol que se excreta en la bilis es hidrolizado enzimáticamente por el intestino , por tanto es recuperado en las heces en forma libre. Es producido constantemente en pequeñas cantidades por las glándulas suprarrenales y los testículos, y probablemente sirve como precursor para corticoides y andrógenos<sup>5</sup>.

## Funciones

Las principales funciones de la progesterona son preparar el endometrio para la implantación y conservar el producto, por tanto sus efectos se limitan casi por completo al útero, a diferencia del estrógeno que tienen amplias acciones fisiológicas.

Una peculiaridad de la actividad de la progesterona es que suele necesitarse una estimulación estrógena inicial antes de la progesterona. Esta dependencia de los estrógenos puede deberse a la necesidad de que induzca a la proteína receptora específica<sup>5</sup>.



**PROGESTERONA**

## ***ESTROGENOS***

Contenido tisular y metabólico se han obtenido cantidades apreciables de estrógenos tanto del líquido folicular y de la placenta humana, así como de orina, sangre heces y bilis de mujeres embarazadas o en menstruación ya que los receptores de estrógenos se encuentran en concentraciones relativamente altas en el ovario, la hipófisis y también en las mamas. Cabría suponer que éstos tejidos contienen cantidades determinables de éstas sustancias<sup>1</sup>.

Los estrógenos circulantes están ligados a una proteína específica para su transporte y conjugados en el hígado para su excreción en la orina con las heces como glucuronicos o sulfatos.

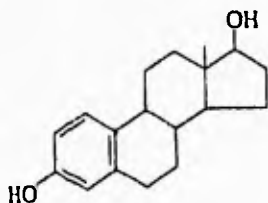
El estrógeno se considera comúnmente como la hormona sexual femenina y tal vez correctamente, debido a que de él dependen mucho los caracteres femeninos típicos, depósitos de grasas, el desarrollo y crecimiento de las mamas y de los genitales femeninos. Los estrógenos también tienen un efecto selectivo de crecimiento sobre todo los tejidos derivados de los conductos de Müller. Además de éstas acciones específicas relacionadas con el sexo, el estrógeno ejerce un efecto sobre la fisiología en general, ya que controla las proteínas y los lípidos en la sangre e influyen en los tejidos de sostén, especialmente los sistemas vascular y esquelético.

Los diversos tejidos muestran distinta sensibilidad a dosis semejantes de estrógeno, por lo tanto es importante especificar las respuestas a la dosis en términos de tejido específico<sup>2</sup>.

### ***Efectos generales***

Los estrógenos tienen efectos notables en el crecimiento esquelético, ya que la estimulación causada por el estrógeno se asocia con el cierre de la epífisis en la pubertad.

Los estrógenos con la osteoporosis Nordin, concluye que la sensibilidad ósea en la hormona paratidea aumenta en ausencia de estrógenos, esto provoca un aumento en la resorción ósea e hipercalcemia. Así el efecto de los estrógenos que producen mayor densidad ósea pueden interferir con el efecto inhibidor de la parahormona y disminución de la concentración de calcio<sup>4</sup>.



**ESTRADIOL**

## *CAPITULO II*

### *NECESIDADES CLINICAS*

La caries y el embarazo no están asociados. La antigua creencia de que durante el embarazo hay descalcificación de los dientes, con el fin de suministrar minerales al feto en crecimiento, a caído por tierra, porque sea demostrado que los dientes no sufren desmineralización, a diferencia de lo que ocurre con los huesos; además clínicamente, el último trimestre del embarazo es el que podría mostrar un aumento de la caries en la madre si los dientes perdieran calcio, ya que en esta etapa el feto presenta la mayor demanda sobre la fijación de calcio y fósforo en su organismo.

En cuanto al pH salival, esto no disminuye significativamente durante el embarazo, ya que es de 6.5 en comparación a un valor promedio de 6.9 en la mujer embarazada, sabiendo que el pH igual o menor a 5.5 es en el que opera realmente la desmineralización de las piezas dentales<sup>6</sup>.

La mayoría de los médicos prenatales, privados y comunitarios, simplemente mencionan la necesidad de hacerse controlar periódicamente por el odontólogo durante el embarazo. El componente odontológico del consejo médico prenatal suele consistir en una recomendación a la madre para que vea a un odontólogo. Sin embargo en un estudio de una población prenatal se encontró que sólo el 8% de las futuras madres interrogadas fueron aconsejadas por sus médicos para que buscaran atención odontológica.

El programa de la profesión médica sobre la atención pre y posnatal puede influir en la salud dental del niño ventajosamente, pero la profesión médica no puede, ni debe, cargar el peso de resolver las necesidades de la educación odontológica de la mujer embarazada. Así como la profesión médica reconoce y responde a esta educación de los futuros padres, así puede la profesión odontológica aprovechar lo positivo haciendo salud dental<sup>7</sup>.

El consejo odontológico prenatal puede ser eficaz durante el embarazo porque puede ser eficaz durante el embarazo, puede ser la primera ocasión para que ambos padres se enteren de los programas preventivos.

Hay razones adicionales de por qué los odontólogos deben intervenir en el consejo prenatal y no dejar la enfermedad dental prevenible a la casualidad. Aunque la mayoría de las embarazadas son receptivas a la información nueva, se resignan frecuentemente a la inevitabilidad de los problemas dentarios durante el embarazo<sup>7</sup>.

Casi todas se cepillan por razones estéticas y tenían poca conciencia de los propósitos de la higiene bucal, descubriéndose una similar falta de conocimiento en la población prenatal, con respecto a las necesidades y motivación sobre salud bucal personal. Encontrándose que 30% de las mujeres comunicaron problemas dentarios, mientras que más del 60% fueron consideradas como necesitando atención profesional.

El temor de que por cada bebé, se pierde un diente es una preocupación común. La razón principal dada por el mayor porcentaje de dientes perdidos entre mujeres fue la gestación. Muchas mujeres creen que pierden sus dientes debido a las cavidades causadas por el embarazo. Piensan que cambia su medio y se hace más ácido y por eso se producen las caries. Sin embargo, se ha sabido por años que la susceptibilidad a la caries virtualmente no es afectada por el embarazo. El apetito aumentado durante el embarazo puede llevar a dietas saturadas con dulces, lo que puede producir una mayor cantidad de caries especialmente cuando existe mala higiene

Nuevamente las madres piensan que el feto en desarrollo absorbe calcio de los dientes maternos, lo que hace que se volvieran más frágiles. También fue demostrado que si durante el embarazo, la fuente dietética de calcio es

inadecuada, para mantener el nivel en la sangre de la madre, los depósitos de calcio pueden ser utilizados del esqueleto materno, pero no de los dientes.

Para lograr una salud óptima para ella, la paciente necesita un examen bucal minucioso y una limpieza, así como tomar conciencia de las manifestaciones bucales del embarazo y hacerse responsable de controlar la placa.

Corresponde al equipo odontológico brindar un programa dirigido a resolver las necesidades psicológicas, educacionales y clínicas de la paciente embarazada<sup>7</sup>.



**CAPITULO III**  
**TRASTORNOS BUCALES OCASIONADOS POR CAMBIOS**  
**HORMONALES EN LA MUJER EMBARAZADA**

La modificación del parodonto durante el embarazo se ha analizado extensamente. Estudios epidemiológicos informan sobre la distribución y cambios en la patología gingival, que se relaciona con niveles altos de estrógeno y progesterona, así como en el estado de inmunosupresión de la gestante<sup>6</sup>.

La gingivitis del embarazo puede ser causada por los cambios en las hormonas reproductivas. Marcándose ligeramente inflamación gingival en el segundo mes de gestación, y mostrándose un aumento general de ésta en el octavo mes de gestación<sup>7</sup>. Está es debido posiblemente a la acción de la progesterona, la cual disminuye su concentración hemática en el noveno mes de la gestación, cosa que también coincide con una mejoría de los síntomas gingivales, que en este momento inician, por regla general su regresión a la normalidad<sup>8</sup>.

Durante el primer trimestre del embarazo, la placenta fetal elabora cantidades crecientes de gonadotropina coriónica (gluco-proteína) en este periodo de la preñez no son ostensibles manifestaciones patológicas bucales. A partir del cuarto mes se inician modificaciones en boca, de origen patológica

La patología bucal más frecuente observada durante el embarazo, según estadísticas proporcionadas por la Investigaciones de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.<sup>8</sup> es la siguiente:

- 35 a 38 % gingivitis eritematosa
- 14-a 16.5 % gingivitis hiperplásica
- 1 a 3 % epulis gravidica

1) Gingivitis eritematosa. Se caracteriza por el estado congestivo y enrojecimiento de la mucosa (Fig 2).

2) Gingivitis eritemo hiperplásica Pueden acompañarse de parodontitis con inicio degenerativo en huesos maxilares (hallazgos radiográficos), la hiperplasia de mucosa, se inicia a nivel de linguetas interdentarias edematosas y sangrantes en mayor o menor grado (Fig 2).

3) Epulis o granuloma. Es una hiperplasia gingival observable en un sólo espacio interdentario. (Fig 3).

4) Herpes de origen viral y aftas. Cuya probable etiología es viral, son procesos infecciosos que pueden coincidir con los tres síndromes anteriores. (Fig 3).

La sintomatología relativa a todos los cuadros antes mencionados habitualmente desaparecen aún sin tratamiento, durante el puerperio<sup>3</sup>.

Durante el embarazo son muy frecuentes las hemorragias gingivales, con la particularidad que varían de un día a otro y van cambiando su localización. Son casi constantes durante todo el curso de la gestación.

Otro tipo de gingivitis del tipo marginal aframbuesada, suele aparecer en el segundo trimestre de la gestación: Se caracteriza por que el borde libre de la encía está ligeramente edematosa, es indolora y presenta un color rojo oscuro. Esta gingivitis puede localizarse en un grupo de dientes o por el contrario en una forma difusa. La papila suele ser de un color rojo, edematosa lisa o finamente granulosa. Un estadio más avanzado de la forma anterior sería la hiperplasia gingival difusa<sup>9</sup>.

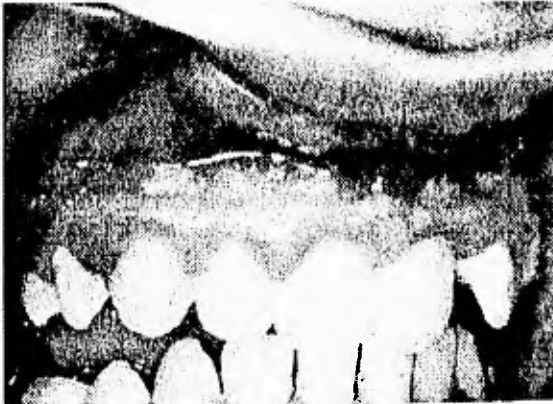
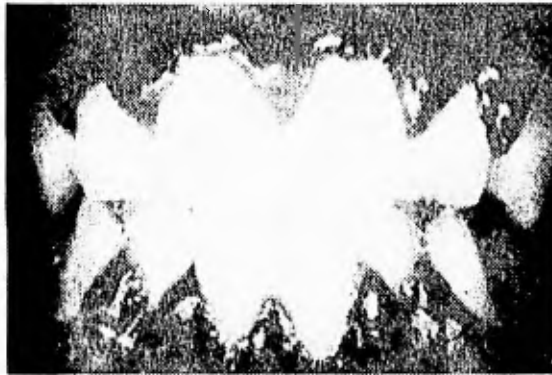


Figura 3. *Superior:* Gingivitis eritematosa, se muestra enrojecimiento principalmente en las papilas. *Inferior:* Gingivitis eritemo hiperplásica leve de la región anterior superior.



**Figura 4. *Superior:* Epulis o granuloma, presencia de tejido de granulación que prolifera alrededor de las encías marginales. *Inferior:* Aftas, aparición en ocasiones como racimos, que recidivan a intervalos regulares.**

La hiperplasia gingival localizada es el epulis, este suele hacer su aparición en el tercer y quinto mes de embarazo otro tipo de lesiones de la mucosa bucal en el curso del embarazo puede ser aftas, liquen plano, pequeñas úlceras, glositis y boqueras.

Hay otro fenómeno muy típico de la gravidez que consiste en una cierta movilidad dentaria y que es totalmente independiente del estado inflamatorio de la mucosa. Podemos pensar que además de la mucosa de la boca los elementos de sostén del diente están influenciados por factores hormonales.

Esta parece encontrar explicación en la acción hidratante que tiene lugar sobre el tejido conjuntivo y que es necesaria para permitir una cierta relajación de la articulación de la sínfisis del pubis durante el parto, al eliminarse la placenta desaparece esta acción sobre el tejido conjuntivo, y ello nos daría la explicación del por qué los dientes se reafirman en su alvéolo. Una vez afectado el alumbramiento, todas estas alteraciones son tenaces y resistentes al tratamiento, caracterizándose por desaparecer espontáneamente al finalizar el embarazo<sup>9</sup>.

**CAPITULO IV**  
**REPERCUSIONES BUCALES POR LA MALA HIGIENE**  
**DE LA MADRE EMBARAZADA**

La boca provee variados nichos debido a sus respectivas características físicas y biológicas, tales superficies influyen las encías, labios, dorso de la lengua, los carillos, palada y la placa depositada sobre las piezas dentales.

Las fluctuaciones bacterianas en la placa dental de la embarazada y experimentos que determinan la dinámica de los parametros inmunológicos locales y sistemáticos que operan en la boca sean los que hagan falta para demostrar, que durante el embarazo no hay un aumento de caries. Las irritaciones locales sólo tienen importancia secundaria como por ejemplo las bocas desaseadas<sup>10</sup>

Las incomodidades de náuseas, vómitos y malestar general, pueden hacer que la mujer quiera descuidar la higiene bucal, uno de los pasos que contribuyen a crear gingivitis.

Algunos de los trastornos bucales que se presentan durante el embarazo no son provocados propiamente por los cambios mencionados en el capítulo III, sino por una mala higiene por parte del paciente.

Las modificaciones bucales que se encuentran con más frecuencia son:

a) *Problemas parodontales.*

Es habitual que se considere a la inflamación gingival como un proceso que se presenta y se agrava durante el periodo de embarazo. La modificación del parodonto durante esta etapa no ha sido analizada extensamente y se ha relacionado con cambios irritativos locales, y cambios de la placa subgingival (especialmente en el porcentaje de la fuso bacterium y bacteroides)<sup>10</sup>

También existen cambios salivales tanto en cantidad (aumento) como en composición, ya que por ella se elimina la hormona gravídica (relaxina), esto último determina un cambio en la placa favoreciendo el crecimiento de algunos microorganismos gram negativo, lo que lleva a una modificación cualitativa de la forma de la encía.

b) *Caries.*

La caries dental, como procesos patológico consiste en una destrucción localizada del diente, por la actividad metabólica microbiana, básicamente la producción de ácidos orgánicos a partir de los carbohidratos ingeridos por el huésped.

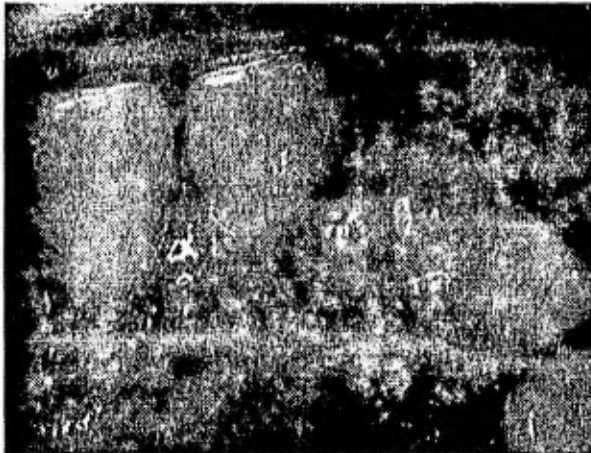
Popularmente se ha considerado que la mujer embarazada esta más propensa a la adquisición de caries. Entre las hipótesis empleadas para apoyar este punto se argumenta que el feto por demandar gran cantidad de calcio propicia que los dientes maternos sufran de una desmineralización: Por otra parte, también se habla de una mayor acidez en la saliva de la mujer embarazada influida quizá por los vómitos matutinos y un estado inmunológico menoscavado durante el embarazo, conocido de una manera general.

Sin embargo, investigaciones recientes, han demostrado sin duda alguna, que la caries y el embarazo no están asociados<sup>9</sup>.

### *Granuloma piogeno*

Puede presentarse durante esta etapa, un agrandamiento gingival localizado, marginal, de aspecto tumoral, a lo que se conoce también como "tumor gingival del embarazo" este término es mal empleado, ya que no es una neoplasia, sino una respuesta a la irritación crónica dada por la presencia de la placa dentobacteriana y sarro en la cavidad bucal.

La imagen clínica es variable y tiende a presentarse en la zona interproximal con mayor frecuencia, generalmente desaparece después del parto, habiendo sido tratada adecuadamente sin reincidencia (Fig.4)<sup>9</sup>



**Fig.4. Granuloma piogeno del margen gingival, a menudo se denomina "tumor del embarazo": notese la gingivitis , bastante florida, con pocos vasos radiales en el margen gingival, típica de la gingivitis hormonal<sup>13</sup>.**



### *Ulceras traumáticas*

En lo que se refiere a este punto, a pesar de haberse encontrado pacientes embarazadas con este tipo de lesión, no existe literatura al respecto.

Al revisar diferentes estudios se pudo contrastar que realmente es poca la atención que se le presta a la mujer embarazada en lo que a cavidad oral se refiere.

Algunos de estos trastornos serán originados por la misma situación del embarazo pero en la gran mayoría de los casos, se deberan a procesos irritativos secundarios<sup>3</sup>.

## ***CAPITULO V***

### ***APORTES NUTRICIONALES EN LA MUJER EMBARAZADA***

Esta se incluye generalmente como parte de la evaluación nutricional, el estado de salud dental es un índice de suficiencia nutricional durante el desarrollo dental.

La extracción puede hacerse por un dentista pero, donde existan riesgos humanos o materiales limitados, se hace por un médico o por otro trabajador de la salud entrenado.

Las radiografías aumentan considerablemente la precisión y lo completo del estudio. La exploración debe incluir caries dental obvia, enfermedad periodontal manifestada por hiperemia, edema, facilidad de sangrado o retracción, depósitos de cálculos y materia alba blanda.

El desarrollo de la caries depende de la susceptibilidad de los dientes, así como de la disponibilidad de carbohidratos fermentables y la presencia de bacterias que fermentan dichos carbohidratos. Así mismo, la susceptibilidad está relacionada con la integridad de la estructura dentaria<sup>11</sup>.

Es improbable que la ingesta reciente a corto plazo afecta la estructura del diente, pero el consumo de carbohidratos fermentables principalmente los que se adhieran al diente, pueden estar relacionados con la salud dental<sup>12</sup>.

La buena nutrición está basada en el consumo diario de una variedad de nutrientes necesarios, que han sido ubicados en categorías denominadas grupos alimentarios.

La ingestión diaria de alimentos de estos grupos ayuda a cumplir con las necesidades nutricias y es la base de la dieta equilibrada necesaria para el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales. Al comparar cualitativamente el registro alimentario complementado del paciente, se puede dar información respecto a las fallas nutricionales<sup>12</sup>.

Una ayuda para la futura madre puede consistir en sugerencias de menús para las comidas, sencillos pero bien balanceados en cuanto a nutrición. Si la paciente tiene algunos antojos especiales por alimentos que no son nutritivos, se pueden sugerir bocadillos saludables como alternativa<sup>14</sup>.

Si no se establecen buenos hábitos nutriciosos al comienzo del embarazo, puede ocurrir problemas nutricionales.

La malnutrición durante la gestación y la lactancia,; o ambas, pueden afectar seriamente el nacimiento, mortalidad , morbilidad, crecimiento y desarrollo cerebral de la descendencia<sup>14</sup>.

Los dientes y tejidos bucales están sujetos a los mismo cambios de desarrollo que los otros tejidos y órganos. Las deficiencias nutricionales pueden afectar la cavidad bucal; las privaciones o los excesos de nutrientes pueden resultar en dientes mal calcificados, hipoplásia del esmalte, caries en la dentición primaria, patrones de crecimiento ósea inadecuado con el concomitante, mal alineamiento y maloclusión y en algunas circunstancias, labio y paladar hendido.

Durante el desarrollo de un dientes debe presentarse una variedad de nutrientes, incluyendo vitamina D, calcio, fósforo, para asegurar una calcificación óptima.

Los dientes comienzan a desarrollarse a los 6 semanas en el útero. El consumo diario de calcio y fósforo de la paciente debe ser asegurado en el registro alimentario y controlado con la dosis diaria recomendada de 120 mg. El calcio puede obtenerse bebiendo 3 a 4 tazas de leche entera por día durante el embarazo y hasta 6 tazas por día en el período de la lactancia de la paciente. Otros nutrientes importantes para huesos y dientes sanos son<sup>11</sup>:

- 1) Magnesio que se encuentra en granos integrales, espinacas y mariscos.
- 2) Vitamina A, que se encuentra en el hígado, yema de huevo, vegetales, y frutas como zanahoria, brócoli, espárragos, sandía y durazno.
- 3) Vitamina C que se encuentra en las frutas y vegetales cítricos, como espárragos y zapallo

Las modificaciones orgánicas durante la gestación tales como la volemia aumentada, tendencia al edema y alteraciones metabólicas, predisponen a patologías bucodentarias, sin que el embarazo se causa directa determinante de la patología que a continuación se señala:

1) Caries.

El embarazo no produce caries ni descalcificación ósea, pero aportes nutricionales insuficientes de calcio y fósforo hacen metabolismo defectuoso en la madre, que puede redundar en empleo de iones  $Ca^{++}$  a partir de reservas en hueso o en las combinaciones proteínicas fosforadas.

Las modificaciones del parodonto durante el embarazo se relacionan con deficiencias nutricionales, así como al consumo de alimentos que contienen grandes cantidades de hidratos de carbono rápidamente fermentables y que son retenidos sobre la superficie dentarias<sup>12</sup>

La mayoría de galletitas, tortas bizcochos, cereales preendulzados, confituras, pasteles, pan blando y caramelos, caen todos en la categoría indeseable. Cuando un paciente tiene un alto potencial para el desarrollo de carie, esos artículos deben ser eliminados lo más completamente posible de la dieta.

Habitualmente, no se espera que frutas fresas, vegetales y panes duros contribuyan adversamente a la salud bucal, esos alimentos deben recomendarse como sustitutos cuando son necesarios bocadillos entre comidas. Los caramelos y las zanahorias crudas están en los polos opuestos del espectro de salud bucal.

Hay que estimular al paciente para que mantenga en todo momento una higiene bucal óptima, pero especialmente después del consumo de artículos que contengan hidratos de carbono.

Desde un punto de vista odontológico, las recomendaciones para reducir la ingestión de esos tipo de artículos dietéticos que contribuyen a condiciones ambientales indeseables dentro de la boca.

Desde el punto de vista bucal, sin embargo, con toda probabilidad se producirá automáticamente un beneficio nutricional secundario.,

Los alimentos eliminados tienen que ser reemplazados para proveer la necesidades calóricas. Las cuatro calorías de alimentos básicos contribuyen en forme sustancias a los requerimientos de proteínas, vitaminas y minerales.

Habitualmente, el individuo sano con una dieta consistentemente bien balanceada y variada, no tienen necesidad de concentrados proteínicos o de preparados vitamínicos y minerales. Con menús preparados sensatamente, buenos procedimientos culinarios y consumo de comidas variadas.

## ***CAPITULO VI***

### ***TRATAMIENTO Y PREVENCION***

La cavidad bucal es parte del bienestar del organismo, esta constituye el más valioso argumento para la salud<sup>14</sup>.

Por su elevada frecuencia, las enfermedades de la cavidad bucal constituyen un problema de salud, el cual depende en gran parte del comportamiento de los individuos y de la aplicación de medidas preventivas y curativas.

Se ha venido consediendo una creciente importancia la educación para la salud dental como un medio para lograr disminuir la incidencia de estos problemas.

Es frecuente que las pacientes embarazadas le atribuyan a la etapa de gestación sus problemas dentales, lo cual es una creencia falsa, ya que esto se encuentra bien documentado, aspecto que hace pensar que es necesario estimular a la paciente a un tratamiento oportuno<sup>12</sup>.

En un embarazo normal no está necesariamente contraindicado el tratamiento dental, si se toma en cuenta el estado de gestación y la extensión de los procedimientos dentales.

Por el tratamiento de las mujeres embarazadas, se debe tomar en cuenta que el primer trimestre es el periodo de organogénesis, además de que el 75 a 80% de los abortos espontáneos se presentan antes de la semana 16 de gestación en dicho periodo el feto es muy sensible a influencias del medio ambiente en la última mitad del tercer trimestre de la gestación.

El segundo trimestre es el periodo más seguro y mejor para aplicar el tratamiento dental de rutina. Sin embargo, se recomienda que el tratamiento sea mínimo.<sup>1</sup>

La vigilancia periódica obstétrica y odontológica de la embarazada, así como la prescripción de aportes nutricionales adecuados, evitara o disminuirán favorablemente los casos patológicos<sup>7</sup>.

Es prudente educar a la paciente embarazada con técnicas adecuadas de control de placa, al principio y durante su estado de gravidez. Se tienen que eliminar todos los irritantes locales y tan pronto como sea posible, antes de que se manifiesten los efectos de la gestación en los tejidos gingivales<sup>10</sup>.

La paciente necesita instrucciones sobre higiene bucal y de pasaje del hilo de seda. la mujer debe ser capaz de aplicar esas técnicas en su boca. Por otra parte su conducto en relación a la salud bucal, esta siendo reproducida por sus hijos con los consecuentes resultados positivos o negativos de salud<sup>8</sup>.

La madre y la asistencia al odontólogo, así como la frecuencia de cepillado, estan asociados con la salud bucal de los niños, ya que ellos aprenden la mayor parte de su conducta por imitación. Si los padres educados y motivados consumen dietas equilibradas y practican diariamente higiene bucal, sus hijos frecuentemente los imitaran.

## ***CONCLUSIONES***

En un hecho evidente, por todo lo que hemos visto, que la mucosa de la boca es extraordinariamente sensible a los cambios hormonales. Por lo que es indispensable que el ginecólogo y el odontólogo trabajen en equipo en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria durante todo el embarazo, ya que el dentista es la persona mejor capacitada para tratar los problemas de la cavidad bucal de estas pacientes.

Estableciendo niveles de prevención en cuanto a los problemas bucales, de acuerdo al avance del periodo de gravidez, dado que los problemas orales se van acentuando conforme avanza el embarazo, aplicando medida preventivas y educativas bucales extensas.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Lindhe F.A.M. Periodontología clínica. 2a. Edición Editorial Panamericana; 1992.
2. Canals F.A. Influencia de las variaciones Fisiológicas Femeninas en la Mucosa Bucal y Periodonto; Num 31:197-208; 1972.
3. Vázquez R.L. Ovalle C.J. W. Lesiones Buco-Patológicas más frecuentes en la mujer embarazada. Revista ADM 51(1): 21-28; 1994.
4. Dalev T.P. Tumor an Analysis Oral. Surg Med Oral Patho. Num 72 :196-199; 1991
5. Howard, J., Seegar G. Tratado de ginecología de Navark. 1a. Edición. Editorial Interamericana; 1982.
6. Díaz.R.R.M. Conde G.C.J. Caries dental. Importancia durante el embarazo. Revista ADM 45(3) : 130-132. 1988.
7. Dominich P. Gordon C.H.H. Odontología Preventiva: Prescripción para la paciente embarazada. Editorial Mundí, Buenos Aires Argentina; 1981.
8. Díaz R.M. Avila R.H. Fragoso R.A. Gingivitis gestacional: Un problema de perspectivas. Revista ADM 43(5): 200-203; 1986.
9. Portillo A.M. La Odontología y sus relaciones con la Gineco-Obstetricia. IMSS. México, 1989.

10. Seymour R. HeadSman. *Drugs, Disease and Periodontium*. Oxford University Press, New York; 1992.
11. Virginia A.B. *Nutrición en el ciclo de la Vida*. Editorial Limusa. México. ; 1992
12. Altamirano A.M., Allamirano L.M., Garcia J.C. Estudio sobre el riesgo de caries mediante un índice agregado madre-hijo. *Práctica Odontológica* 11(12):25-28; 1990.
13. Kay. L.W., R.Haskell. *Atlas de Enfermedades Orofaciales*. Editorial Científico Médico; 1972
14. Díaz R.R.M. Lorens G.R. Abordaje Clínico estomatológico de la paciente epiléptica gestante. *Revista ADM* 42(6) 299-304, 1995.