

Lesiones bucales vistas en la embarazada

Dras. Leira Lárez, Yndira Benavides, Yeniz Henríquez, Shulanye Moreno.

Servicio de Odontología - Maternidad "Concepción Palacios", Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Estudiar los problemas bucales y los factores individuales, ambientales y sociales que influyen en la salud bucal durante el embarazo.

Método: Se estudiaron 251 embarazadas vistas en el Servicio de Odontología de la Maternidad "Concepción Palacios" de Caracas, que presentaban una o más lesiones bucales.

Ambiente: Servicio de Odontología de la Maternidad "Concepción Palacios" de Caracas, Distrito Capital.

Resultados: De las 251 pacientes estudiadas, 153 (60,96%) presentaron gingivitis como la lesión bucal más frecuente vista en la embarazada, seguida por 15 casos (5,98%) de úlceras inespecíficas y en tercer lugar 14 casos (5,58%) de agrandamientos gingivales y estomatitis subprotésicas respectivamente.

Conclusiones: Debido a que las embarazadas presentan alteraciones en su sistema inmunológico y un desequilibrio hormonal, son propensas a padecer lesiones bucales durante su condición de gestantes.

Palabras clave: Lesiones bucales. Embarazo. Gestante.

SUMMARY

Objective: To study the oral problems, as well as the individual, environmental, and social factors, that may have an impact on oral health during pregnancy.

Method: 251 pregnant women were studied, who were treated at the Odontology Service of the "Concepción Palacios" Maternity Hospital in Caracas and presented one or more oral injuries.

Setting: Odontology Service of the "Concepción Palacios" Maternity Hospital, Caracas, Capital District.

Results: Of the 251 patients studied, 153 (60,96%) presented gingivitis, which was the most frequently found oral injury, followed by 15 cases (5,98%) of unspecified ulcers and in third place 14 cases (5,58%) of gingival enlargement and 14 other cases (5,58%) of subprothetic stomatitis.

Conclusions: Since pregnant women have alterations in their immunological systems and hormonal imbalances, they are prone to suffer from buccal lesions during their pregnancies.

Key words: Oral injuries. Pregnancy. Gestation.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una de las etapas más importantes en la vida de una mujer. Desde el momento en que ocurre la fecundación, muchos cambios se producen en su cuerpo, cambios fisiológicos, hematológicos, anatómicos, entre otros (1). Aunado a esos cambios fisiológicos se originan también alteraciones en la boca de la embarazada; que si bien es cierto no ponen en riesgo aparente el producto de su concepción, sí alteran la salud bucal de la gestante (2).

En consecuencia, a nivel de la cavidad bucal, las gestantes pueden verse afectadas por alteraciones específicas y muy

características, tales como: la gingivitis, las úlceras inespecíficas y otras de menor prevalencia. Todas ellas muy variadas; sin embargo, tienen en común los factores que las originan, los cuales guardan una estrecha relación con los diferentes cambios hormonales, dietéticos, microbiológicos y la respuesta inmune que se suscita en la embarazada (1). Es importante destacar que estas lesiones deben ser tratadas exclusivamente por el odontólogo ya que existen algunas recomendaciones especiales para su tratamiento.

Por lo anteriormente señalado, en esta investigación se persigue como objetivo fundamental, conocer las lesiones bucales que pueden presentarse en las embarazadas; evaluar los diversos factores, tanto internos como externos que influyen en la salud bucal.

Recibido: 16-08-04

Aceptado para publicación: 31-01-05

POBLACIÓN Y MÉTODO

La muestra analizada se tomó de la población de mujeres embarazadas que acudió a la consulta del Servicio de Odontología de la Maternidad “Concepción Palacios” durante el período comprendido entre marzo / julio de 2001; obteniéndose datos de 251 pacientes.

La información arrojada a través de la anamnesis y de la observación directa de cada uno de los casos observados, se recolectó en un instrumento que se diseñó para transcribir datos referentes a: tipo de lesión, edad, tiempo de gestación, hábitos, grado de instrucción y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (C.P.O/D), de Klein y col, 1938, citado por Chávez (3).

La metodología utilizada para este estudio consistió en el empleo de un conjunto de técnicas, procedimientos y herramientas que intervinieron en la investigación, observación, instrumento de recolección de datos, técnicas de análisis lógico y estadísticos entre otros.

Previamente, se realizó un estudio de tipo descriptivo en donde se identificaron en términos cuantitativos y cualitativos, las variables del problema planteado, subdividiéndose además en un estudio descriptivo de prevalencia en el que se determinó las características del proceso de estudio en un período de tiempo.

Las pacientes embarazadas fueron evaluadas y a cada una se le realizó un examen clínico bucal, utilizando para ello, el equipo básico de diagnóstico (espejo bucal # 5, explorador # 23 y una pinza algodонера), guantes, tapa boca, gasas estériles y servilletas.

Los diagnósticos de las lesiones de la mucosa bucal fueron realizados sobre la base de la historia y características clínicas de acuerdo a la Guía de Epidemiología y Diagnóstico de Enfermedades de la Mucosa Bucal, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1980 (4). El diagnóstico de leucoplasia fue realizado usando el criterio de Axell, 1984 (5). El herpes recurrente labial y las aftas recurrentes, fueron evaluadas a través del interrogatorio de las pacientes y del examen clínico en sí.

Se aplicó el índice C.P.O/D de Klein y col, 1938 citado por Chávez (3):

- D = Diente permanente como unidad de medida
- C = Diente cariado
- P = Dientes perdidos. Este componente se divide en:
 - E = Dientes extraídos por la acción de la caries
 - EI = Dientes con extracción indicada
- O = Diente obturado como consecuencia de la caries.

Las variables estudiadas de la población fueron:

- Lesiones bucales
- Edad de las pacientes

- Tiempo de gestación
- Hábitos
- Grado de instrucción
- Índice C.P.O/D: Indicador del daño causado por la caries dental.

RESULTADOS

De las cifras obtenidas, en la revisión de un total de 251 pacientes embarazadas con lesiones bucales, se observó que la lesión más frecuente en este tipo de pacientes fue la gingivitis, representada por 153 casos (60,96%), en forma exclusiva y en 251 casos (100%), asociada a otras lesiones como son: ulceraciones inespecíficas 15 casos (5,98%), agrandamientos gingivales y estomatitis subprotésicas con 14 casos cada uno (5,58%), leucoplasias 12 casos (4,78%), lenguas despapiladas 11 casos (4,38%), glositis migratoria benigna 8 casos (3,19%), lenguas fisuradas 7 casos (2,78%), herpes labial 6 casos (2,39%), queilitis angular 3 casos (1,19%), fibromas 3 casos (1,19%), hiperplasia fibrosa 2 casos (0,80%), leucoplasia pilosa 2 casos (0,80%), que coincidieron con mujeres embarazadas HIV positivo y 1 caso (0,40%) de úlcera aftosa (**Cuadro 1**).

Cuadro 1
LESIONES BUCALES VISTAS EN LA EMBARAZADA

Lesiones Bucles	Pacientes	Porcentaje (%)
G	153	60,96%
(A) SUB-TOTAL (Gingivitis)	153	60,96%
G/UI	15	15,30%
G/AG	14	14,28%
G/ES	14	14,28%
G/L	12	12,24%
G/LD	11	11,22%
G/GMB	8	8,16%
G/LF	7	7,14%
G/HL	6	6,12%
G/QA	3	3,06%
G/F	3	3,06%
G/HF	2	2,04%
G/LP	2	2,04%
G/UA	1	1,02%
(B) SUB-TOTAL (Gingivitis asociada con otras lesiones)	98	39,04%
TOTAL (A+B)	251	100,00%

G (Gingivitis); G/UI (Gingivitis-Ulceras Inespecíficas), G/AG (Gingivitis-Agrandamiento Gingival), G/ES (Gingivitis-Estomatitis Sub-protésica), G/L (Gingivitis-Leucoplasia), G/LD (Gingivitis-Lengua Despapilada), G/GMB (Gingivitis-Glositis Migratoria Benigna), G/LF (Gingivitis-Lengua Fisurada), G/HL (Gingivitis-Herpes Labial), G/QA (Gingivitis-Queilitis Angular), G/F (Gingivitis-Fibroma), G/HF (Gingivitis-Hiperplasia Fibrosa), G/LP (Gingivitis-Leucoplasia Pilosa) y G/UA (Gingivitis-Ulceras Aftosas).

LESIONES BUCALES

Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LESIONES BUCALES VISTAS EN LA EMBARAZADA DE ACUERDO A LA EDAD

Lesiones Bucales	10-19 años	%	20-29 años	%	30-39 años	%	40-49 años	%	TOTAL
G	41	16,33%	64	25,49%	37	14,74%	11	4,38%	153
G/UI	6	2,39%	2	0,80%	6	2,39%	1	0,40%	15
G/AG	2	0,80%	8	3,19%	2	0,80%	2	0,80%	14
G/ES	1	0,40%	3	1,20%	8	3,19%	2	0,80%	14
G/L	2	0,79%	6	2,39%	4	1,59%	0	0,00%	12
G/LD	5	1,99%	4	1,59%	2	0,80%	0	0,00%	11
G/GMB	4	1,59%	3	1,20%	0	0,00%	1	0,40%	8
G/LF	0	0,00%	3	1,20%	4	1,59%	0	0,00%	7
G/HL	2	0,80%	1	0,40%	3	1,20%	0	0,00%	6
G/QA	0	0,00%	1	0,40%	1	0,40%	1	0,40%	3
G/F	1	0,40%	1	0,40%	0	0,00%	1	0,40%	3
G/HF	0	0,00%	0	0,00%	2	0,80%	0	0,00%	2
G/LP	0	0,00%	2	0,80%	0	0,00%	0	0,00%	2
G/UA	0	0,00%	0	0,00%	1	0,40%	0	0,00%	1
TOTAL	64	25,47%	98	39,05%	70	27,90%	19	7,58%	251

Con respecto a la distribución de lesiones bucales de acuerdo a la edad, se obtuvo la mayor incidencia de lesiones en mujeres gestantes, cuyas edades se encontraban en el grupo etáreo de 20-29 años con 98 casos (39,04%), seguido por el grupo de 30-39 años con 70 casos (27,89%), y en el tercer lugar el rango de 10-19 años con 64 casos (25,50%). El último lugar lo ocupó el grupo de 40-49 años con 19 casos -7,57%- (*Cuadro 2*).

En cuanto a la distribución porcentual de lesiones bucales de acuerdo al tiempo de gestación, se pudo evidenciar que la mayor cantidad de lesiones diagnosticadas estuvo ubicado en el segundo trimestre de embarazo con 145 casos (57,77%), seguido por el primer trimestre con 60 casos (23,91%) y en último lugar, el tercer trimestre con 46 casos (18,32%).

La distribución de las lesiones bucales en mujeres embarazadas en cuanto a hábitos, demostró que 35 casos (13,94%) estaban relacionados con hábitos de tabaquismo, 1 solo caso (0,40%) con uso de drogas y no se reportaron casos de pacientes con hábitos de alcoholismo.

Finalmente, el mayor índice C.P.O/D fue de 19,92 dientes afectados, representado por las pacientes con grado de instrucción Técnico Superior Universitario (TSU), (*Cuadro 3*).

DISCUSIÓN

Las lesiones que se presentan a nivel bucal, son muy variadas y ocurren como resultado de las alteraciones hormonales que acontecen en el transcurso del embarazo,

Cuadro 3
RELACION INDICE C.P.O/D EN MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Pacientes	Porcentaje (%)	Índice C.P.O/D General
Analfabeto	6	2,39%	14,16
Primaria	33	13,15%	18,21
Secundaria	188	74,90%	15,05
T.S.U	13	5,18%	19,92
Universitario	11	4,38%	14,00
TOTAL	251	100,00%	81,34

estas desaparecen al finalizar dicha etapa o al aplicarles tratamiento (1). Debido a esto, se encontró que la lesión bucal más frecuentemente relacionada con el embarazo fue la gingivitis, que se presentó en forma exclusiva en el 60,96% y en un 100%, conjuntamente con otras lesiones, como lo reporta el presente artículo. Este hecho coincide con Pindborg (6), quien asevera que la frecuencia de la gingivitis durante el embarazo, varía entre el 30 y el 100%. Mariotti (7) describe esta entidad como la más importante de las alteraciones bucales relacionadas con el embarazo, y explica que se debe al incremento en los niveles hormonales (progesterona y estrógeno), presentes en el plasma sanguíneo. Estos cambios hormonales inducen modificaciones en la permeabilidad vascular, causando edema y una mayor respuesta inflamatoria de la encía. La microbiota subgingival, también experimenta cambios, los cuales provocan aumento de la *Prevotella intermedia* (7,8).

Tilakaratne y col. (9) en una investigación realizada recientemente en el año 2000, estudiaron los efectos que produce el embarazo sobre el periodonto de las mujeres de una población rural de Sri-Lanka obteniendo como resultado de sus estudios que el embarazo no sólo producía efectos en las encías, sino también sobre el periodonto de estas mujeres; puesto que los efectos que producen el estrógeno y la progesterona dieron una respuesta más florida que los efectos irritativos de la placa resultante de varias gingivitis.

Igualmente, es importante destacar que la variedad de aspectos diferenciales de las encías de las gestantes, además de ser producto de la respuesta hormonal, está asociada a la presencia de irritantes locales (7,9).

El mayor número de casos de gingivitis estuvo localizado en el segundo trimestre del embarazo lo que obedece a una producción elevada de gonadotropinas séricas (9). Igualmente, López y col (10), aseveran que la gingivitis se incrementa en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Sin embargo, un estudio realizado en el Municipio de San Felipe, Estado Yaracuy por Martínez y col (11), en 150 mujeres embarazadas se identificaron 78 (52 %) y 79 (52,67%) casos con gingivitis en el tercero y octavo mes de gestación, respectivamente; predominando la gingivitis leve en el tercer mes y la moderada en el octavo mes del embarazo.

En cuanto a las úlceras inespecíficas representadas por 15 casos (5,98%), no se encontró relación directa de estas lesiones con el embarazo, de acuerdo a Shafer y col. (12), quienes presumen como etiología, múltiples factores que ocasionan estas lesiones en forma accidental y no por causa del embarazo.

En referencia a los agrandamientos gingivales reportados en este estudio, se encontró que ocuparon el tercer lugar dentro de las lesiones más frecuentes en las embarazadas, con 14 casos (5,58%), lo cual coincide con los reportes de Carranza y col. (8), en donde los agrandamientos gingivales tienen una incidencia del 10 al 70% y se agravan con la presencia de factores locales como la placa y el cálculo.

De igual manera, ocuparon también el tercer lugar las estomatitis subprotésica con 14 casos (5,58%) todas asociadas a traumas por prótesis mal adaptadas y deficiente higiene bucal. Por lo tanto, no se encontró relación alguna entre esta lesión y el embarazo.

En cuanto a la leucoplasia se reportaron 12 casos (4,78%), destacándose que no se encontró una relación directa entre esta lesión y el embarazo, porque todas estaban asociadas a traumas en zonas edéntulas y mucosa de carrillos, generadas por mordeduras constantes sobre ambas zonas, con prótesis mal adaptadas y dientes fracturados con filos irritantes; de igual manera aseveran tanto García (13) como Gorlin y Goldman (14), que la mayor

parte de las leucoplasias se basan en situaciones clínicas de una relación causa-efecto.

En relación a las lenguas despapiladas se reportaron 11 casos (4,38%), coincidiendo con García y Marquez (15), quienes argumentan que esta patología está asociada a procesos anémicos propios del embarazo, además asociada a vómitos frecuentes y deficiencia de higiene bucal.

Con referencia a la glositis migratoria benigna, no se encontró relación directa entre esta lesión y el embarazo, y la misma es de etiología desconocida; aunque Shafer y col. (12), sugieren que puede estar relacionada con la tensión emocional, sin asegurar que este hecho sea característico de las mujeres embarazadas.

Así mismo, las lenguas fisuradas, tampoco guardaron relación con el embarazo, pues se descubrió que dichas lesiones se desarrollan de manera simultánea o como secuela de la glositis migratoria benigna y posiblemente están asociadas con algún factor intrínseco como un traumatismo crónico o deficiencias vitamínicas (12).

Con respecto a las lesiones de herpes labial, se encontró que se asocian con el embarazo, siempre y cuando la gestante haya tenido un contacto primario o secundario con la enfermedad. Así mismo, cabe señalar que las gestantes presentan alteraciones en su sistema inmunológico y un desequilibrio hormonal durante su etapa de gestación y por lo tanto están propensas a la forma recurrente de esta enfermedad. Además entre la lista de factores que los exacerba se suman el estrés y las radiaciones solares; siendo el conjunto de todos ellos, los agravantes en las pacientes portadoras del virus del herpes simple (12).

En referencia a la queilitis angular, García (13), sugiere que la misma aparece durante el embarazo, como consecuencia de anemias y de infecciones micóticas. No obstante los casos reportados en esta investigación no permitieron identificar el agente etiológico, sin embargo, se piensa que sí obedecen a tales procesos anémicos.

Los casos observados de fibromas traumáticos y de hiperplasia fibrosa, no determinaron una relación directa con el embarazo. Algunos autores como Regezi y Sciubba (16), sugieren como factor etiológico de ambas lesiones una reacción causada por traumatismos crónicos sobre la mucosa bucal, ocasionados en el caso de la hiperplasia fibrosa por prótesis mal adaptadas.

Es importante destacar que los 2 (0,80%) casos de leucoplasia pilosa, coincidieron con mujeres embarazadas que presentaban el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo cual explica la etiología de esta lesión, que según Regezi y Sciubba (16), la enfermedad se encuentra casi de manera exclusiva en personas infectadas con el VIH; lo que antecede permite deducir que la leucoplasia pilosa no guarda relación alguna con el embarazo.

Con respecto a las lesiones aftosas, no se ha podido

establecer relación directa con el embarazo, sin embargo se piensa influye como factor etiológico la deficiencia de vitamina B12, hierro y ácido fólico, que se sabe ocurre en ocasiones en las gestantes, como lo asevera García (13) y Shafer y col. (12).

Con referencia a la distribución de lesiones bucales de acuerdo a la edad, se encontró que la mayor incidencia de lesiones estuvo en el grupo etáreo ubicado entre los 20-29 años. No hubo diferencias significativas en cuanto a la aparición de lesiones bucales y la edad.

En cuanto a la distribución porcentual de lesiones bucales de acuerdo al tiempo de gestación, la mayor cantidad de lesiones se ubicó en el segundo trimestre del embarazo coincidiendo con Pindborg (6), quien supone que la acentuación de lesiones en el período de gestación obedece a una sobreproducción de gonadotropinas y a los elevados niveles de estrógeno y progesterona.

De los grupos de lesiones bucales en mujeres embarazadas en cuanto a hábitos, se reportaron 35 casos (13,94%) con el hábito del tabaquismo, el cual se destacó como un agente agresor. Esto se fundamenta en el hecho de que mucho de los componentes químicos del tabaco, así como sus productos finales: “el alquitrán” y el calor, son factores capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal y ser un factor predisponente para la enfermedad periodontal (15).

En cuanto al índice C.P.O/D en mujeres embarazadas, según el grado de instrucción, se encontró que el mayor promedio estuvo en las pacientes TSU con un C.P.O/D de 19,92 dientes afectados. No se estableció relación directa entre el embarazo y la caries dental, coincidiendo con García y Marquez (15), quienes aseveran que la caries se va originando por ataques de ácidos repetidos sobre el esmalte de los dientes, por el aumento en el consumo de hidratos de carbono, por cambios cualitativos en la saliva (más ácida), vómitos frecuentes y por descuido en la higiene bucal; y no como consecuencia del embarazo como se pensaba anteriormente.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Yuli Moret, por brindarnos asesoría en la revisión crítica de la propuesta del estudio. Al Servicio de Odontología de la Maternidad “Concepción Palacios” por colaborar en prestarnos sus espacios para la recolección de la muestra de estudio.

REFERENCIAS

1. Casamassimo P S. Salud Oral Materna. Clin Odont Nortm 2001; 3: 455-456.
2. González V. Conducta del Odontólogo frente al Embarazo. Gac Odont 1956; 1:151-164.
3. Chávez M. Odontología Sanitaria. Publicaciones Científicas de la OMS 1962; 63: 30-35.
4. World Health Organization. Guide to Epidemiology and Diagnosis of Oral Mucosal Diseases and Conditions. Community Dent Oral Epidemial 1980; 8: 1-26.
5. Axell T. Prevalence Study of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. Odontol Rev 1984; 27: 36-37.
6. Pindborg J J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. 2da edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1974.
7. Mariotti A. Dental Plaque-Induced Gingival Diseases. Ann Periodontol, 1999; 4 (1): 7-14.
8. Carranza F A, Newman M G, Takei H H. Periodontología Clínica. 9º edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
9. Tilakarante A, Soory M, Ranasinghe A W, Corea S L, Ekanayake S L, de Silva M. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lanka women. J Clin Periodontol 2000; 27: 787-792.
10. López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jané E. Consideraciones en el Tratamiento Odontostomatológico de la Mujer Embarazada. Oper Dent Endoc 1998; 2 (3): 11-13.
11. Martínez L, Salazar C, Ramírez G. Estrato Social y Prevalencia de Gingivitis en Gestantes Estado Yaracuy, Municipio San Felipe. Acta Odontol Venez 2001; 39 (1): 19-26.
12. Shafer W G, Levy B M, Hine M K. Tratado de Patología Bucal. 4º edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 1988.
13. García M. Manual de Anatomía Patológica. 1º edición. Caracas: Global press; 2003.
14. Gorlin R I, Goldman H M. Patología Oral 1º edición. Barcelona-España: Salvat Editores, S.A; 1973.
15. García P, Marquez F. Modificaciones Orales en la Paciente Embarazada. Obtenible en: http://www.coem.org/revista/vol2_n9/form1.html
16. Regezi J A, Sciubba J J. Patología Bucal. 3º edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

FUNDASOG DE VENEZUELA



Junta Directiva de FUNDASOG DE VENEZUELA (2004-2006)

Presidenta:	Dra. Judith Toro Merlo
Secretario	Dr. Otto Rodríguez Armas
Tesorero	Dr. Domenico Guariglia
Vocales	Dra. Ofelia Uzcátegui
	Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de los eventos de la Sociedad:

- **XIX Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología**, a celebrarse próximamente, año 2005.
- **XXII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo en marzo de 2006, en Maracaibo - Estado Zulia.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.
Teléfono: +58-212-451.59.55 Fax: +58-212-451.08.95