

La paciente embarazada: repercusión en la cavidad bucal y consideraciones respecto al tratamiento odontológico

S. Bueno Lafuente*, L. Berini Aytés**, C. Gay Escoda***

RESUMEN

El embarazo conlleva una serie de cambios orgánicos, fisiológicos (del sistema cardiovascular y gastrointestinal, de la función pulmonar, hematológicos...) y de conducta que pueden repercutir en la cavidad bucal. El granuloma gravídico se considera una entidad patológica propia del embarazo. Podremos observar también en las pacientes gestantes un aumento en la incidencia de caries, asociado fundamentalmente a un incremento de los factores locales cariogénicos (descuido de la higiene bucal, cambio de los hábitos dietéticos y horarios...), y un posible empeoramiento de la patología gingival y periodontal asociado a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo y a factores locales irritativos. El segundo trimestre de gestación será el momento ideal para llevar a cabo cualquier tratamiento dental rutinario. Debemos ir con sumo cuidado en lo que se refiere a la administración de fármacos (penicilina, eritromicina, cefalosporinas de primera generación, paracetamol y lidocaína con vasoconstrictor se consideran fármacos de prescripción segura durante el embarazo) y la realización de radiografías dentales (es imprescindible colocar un delantal plomado a la paciente).

Palabras clave: Embarazo. Granuloma gravídico.

SUMMARY

Pregnancy bears succession of organic and physiologic changes (cardiovascular, gastrointestinal and respiratory systems, hematologic alterations...) and also behaviour changes which can have repercussions in the oral cavity. The pregnancy tumor is considered a characteristic pathological entity of pregnancy. We can also notice in pregnant patients a rise in caries incidence, basically associated to an increase of cariogenic local factors (lack of oral hygiene, change of dietetic habits, time-eating alterations...) and a possible deterioration of the gingival and periodontal pathology in association with the hormonal variations that bear pregnancy and local irritative factors. The second trimester will be the best moment for any ordinary dental treatment. We must be careful with drugs administration (penicillin, erythromycin, first generation cephalosporins, paracetamol and lidocaine with vasoconstrictor, are considered safe drugs for prescription during pregnancy) and dental X-Ray (it's indispensable the use of a lead apron).

Key words: Pregnancy. Pregnancy tumor.

Introducción

El embarazo representa una situación fisiológica especial que involucra a dos organismos: la madre y el feto. Por lo tanto, en la práctica diaria y ante una paciente embarazada deberemos actuar teniendo en cuenta a ambos individuos y muy especialmente al feto.

*Licenciada en Odontología. Alumna del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

**Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

***Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Cirujano Maxilofacial del Centro Médico Teknon, Barcelona.

Es frecuente observar cierto miedo hacia el tratamiento odontológico, tanto por parte de la paciente embarazada que sufre por la salud de su hijo, como por el odontólogo que puede temer las posibles influencias que el tratamiento puede tener sobre el feto y sus correspondientes repercusiones legales. A pesar de todo, el embarazo no deberá constituir nunca una contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente cuando exista una urgencia, ya que parece ser que podría existir una relación entre la diseminación sistémica de un proceso infeccioso y la aparición de un parto prematuro o un aborto espontáneo.

De hecho, la mujer embarazada requiere unos cuidados bucodentales mayores que los de la población general, sobre todo en lo referente a la odontología preventiva. Es por ello que realizamos esta revisión para recordar al profesional:

- Aquellas modificaciones fisiológicas, propias del embarazo, que pueden repercutir en el ámbito odontológico.
- Las manifestaciones bucales presentes durante el embarazo.
- Y las consideraciones a tener en cuenta durante el tratamiento odontológico de forma que éste sea seguro tanto para la madre como para el feto.

Cambios fisiológicos durante la gestación

Es muy importante realizar una correcta historia clínica y una completa exploración de la paciente embarazada que acude a la clínica dental, por dos motivos fundamentalmente:

- Podremos detectar posibles alteraciones en el transcurso del embarazo, remitiendo inmediatamente a la paciente a su obstetra. Será el caso por ejemplo de la apreciación de un cuadro de preeclampsia-eclampsia o estado hipertensivo asociado al embarazo. Suele afectar a primigrávidas de poca estatura y de bajo nivel socioeconómico. Los principales signos de preeclampsia son: hipertensión arterial persistente o elevación súbita de la presión, proteinuria y edema generalizado, que aparecerá por encima de la cintura observándose clínicamente un hinchazón facial y de los miembros (si se localiza sólo en pies y piernas no tiene significación patológica).

El edema suele asociarse a un rápido incremento de peso (1 kg o más en una semana), oliguria y anuria ya en casos de gravedad. La eclampsia se caracteriza por la aparición de convulsiones y coma, además de los otros signos de preeclampsia, y puede provocar invalidez permanente y muerte. Por lo tanto, es muy importante el reconocimiento precoz de este cuadro hipertensivo. La eclampsia rara vez se instaurará sin la aparición previa de síntomas prodrómicos, que se harán patentes en fases avanzadas de preeclampsia, como son: cefaleas de predominio frontal persistentes, hemiparesias, alteraciones visuales (escotomas, diplopia, visión borrosa, centelleos e incluso ceguera), alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor epigástrico, hematemesis) y alteraciones renales (oligoanuria, hematuria) (1-3).

- Reconocer aquellos cambios fisiológicos del sistema cardiovascular, del sistema gastrointestinal, de la función respiratoria y hematológicos, vinculados a la gestación y que a la exploración clínica se mostrarán como signos y síntomas susceptibles de patología sistémica (disnea, taquicardia, soplo cardíaco, edema periférico, etc.), cuando no son más que la consecuencia directa de dichas variaciones fisiológicas tal y como se verá a continuación.

Modificaciones en el sistema cardiovascular

Durante el embarazo se produce un aumento del volumen sanguíneo total de un 25% a un 45% (aproximadamente unos 1600 ml) y un aumento del trabajo cardíaco con un incremento de la frecuencia del pulso. Todo ello conlleva la aparición de un soplo y taquicardia fisiológicos (4-7).

La tensión arterial disminuye de forma precoz en el primer trimestre aumentando gradualmente durante la segunda parte del embarazo para alcanzar de nuevo cifras normales al final de la gestación (4,8).

La presencia del útero grávido produce un aumento de la presión intraabdominal, por lo que el diafragma asciende produciendo la elevación y rotación hacia delante del corazón que se aproximará a la pared costal horizontalizándose. Estos cambios en la posición del corazón pueden producir modificaciones del trazado del electrocardiograma (8).

Tabla I
Valores del hematocrito y de la hemoglobina y número de hematíes en la anemia fisiológica de la gestación

| Anemia fisiológica de la gestación | MUJER SANA | GESTANTE |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | NO GESTANTE EMBARAZADA | |
| HEMATOCRITO | 40-42% | 30-35% |
| HEMOGLOBINA | 13, 7-14 gr/100 ml | 11-12 gr/100 ml |
| Nº HEMATÍES | 4200000-5400000/mm ³ | 3200000 mm ³ |

Modificaciones hematológicas

Los cambios hematológicos que aparecen en la mujer embarazada son consecuencia de las necesidades fetales que se establecen y de algunas de las modificaciones cardiovasculares anteriormente citadas. Así, en la paciente embarazada podemos encontrarnos con una anemia aparente y/o con una anemia real.

— El aumento del volumen sanguíneo lleva a una anemia fisiológica de la gestación, debido a que el incremento del volumen plasmático que se produce es proporcionalmente mayor al aumento en el volumen celular, por lo que se apreciará una disminución del valor del hematocrito, del número de eritrocitos y de la hemoglobina (4-8), tal y como se observa en la tabla I.

— En el 20% de las embarazadas aparecerá una anemia real debido a la demanda fetal de hierro (4,7).

Durante el embarazo existe también un aumento de los niveles en plasma de diversos factores participantes en la coagulación: plaquetas, tromboplastina, factores VII-VIII-IX-X de la coagulación, fibrinógeno y plasminógeno, que en combinación con una disminución de la actividad fibrinolítica llevará a que la sangre de la mujer embarazada sea hipercoagulable (4,6,7). Este estado está presente hacia el final del embarazo, y es particularmente marcado en el puerperio, ya que de esta forma se garantiza una rápida hemostasia de la superficie cruenta que quedará en la pared uterina tras el desprendimiento de la placenta (9). Ahora bien, esta hipercoagulabilidad, añadida al enlentecimiento en la velocidad del flujo sanguíneo que se da en las extremidades inferiores (se reduce a la mitad hacia el final del embarazo), predispone a la paciente gestante a un riesgo de tromboembolismo, especialmente du-

rante el tercer trimestre, en el que el riesgo es de cinco a seis veces mayor al que pudiera tener una mujer no embarazada.

Modificaciones del sistema gastrointestinal

Se produce un incremento en la producción de jugo gástrico, una disminución de la motilidad gástrica e incompetencia del esfínter gastroesofágico. Estos cambios explican la mayor incidencia de reflujo esofágico, aumentando el riesgo neumónico por aspiración durante el peroperatorio de pacientes embarazadas tratadas bajo anestesia general o sedación (6,8).

Modificaciones de la función pulmonar

Durante el embarazo la reserva de oxígeno disminuye significativamente, por lo que tanto la madre como el feto quedan expuestos a un riesgo de hipoxia. Esta disminución de la reserva de oxígeno es debida fundamentalmente a dos factores (6,8,10):

1. Se produce un incremento del consumo de oxígeno, de un 15% a un 20% aproximadamente debido al aumento del ritmo respiratorio (hiperventilación fisiológica).
2. El diafragma se desplaza coronalmente unos 3-5 cm., lo cual llevará a una reducción de la capacidad funcional residual.

Manifestaciones bucales durante el embarazo

El embarazo comporta una serie de cambios orgánicos, fisiológicos y de conducta, que pueden repercutir en la cavidad bucal provocando una mayor incidencia de caries, gingivitis y enfermedad periodontal y la aparición del granuloma gravídico.

Caries

Es muy frecuente oír durante la práctica diaria el comentario «cada hijo me costó un diente» entre nuestras pacientes. Los estudios clínicos más completos han demostrado que el embarazo no contribuye directamente al proceso de la caries. El calcio presente en los dientes maternos permanece estable en forma de hidroxipatita, careciendo de estructuras vasculares y, por lo tanto, no es accesible a la circulación

sistémica no pudiendo ser removido en atención a la demanda fetal (4,5,7).

Cuando observamos un aumento de la actividad de caries en una mujer embarazada hemos de pensar que está ocasionado por un incremento de los factores locales cariogénicos, tales como (4,11,12):

1. Descuido del hábito higiénico.
2. Cambio de los hábitos dietéticos y horarios. La mujer embarazada presenta una menor capacidad gástrica, como ya hemos citado anteriormente, por lo que toma pequeñas cantidades de comida pero más frecuentemente. Esta comida a deshoras puede llegar a ser un hábito constante, generalmente con tendencia a ingerir alimentos que tienen un exceso de hidratos de carbono.
3. Erosión ácida del esmalte dentario, debido a los vómitos de repetición y al reflujo del contenido gástrico.

Gingivitis y enfermedad periodontal

La gingivitis gravídica aparece en un 50- 100% de las mujeres gestantes (4,5). Ésta es debida a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo asociadas a una serie de factores locales. Los estrógenos y progestágenos producen un aumento de la vascularización de la encía, una proliferación capilar y un aumento de la permeabilidad que se traduce en una mayor susceptibilidad de los tejidos frente a los irritantes locales. Entenderemos como irritantes locales: la placa bacteriana, sarro, caries no tratadas, ausencia de puntos de contacto, mala higiene bucal, etc., a los que sumáramos los cambios dietéticos y horarios que suele hacer la embarazada (4, 5, 6, 12, 13).

Las alteraciones gingivales aparecen a menudo en el segundo mes de gestación y suelen ser máximos al octavo mes, tras el cual empiezan a decrecer para disminuir bruscamente con el parto (4,5,7,12,13). Suelen afectarse más frecuentemente los grupos dentarios anteriores (12). Clínicamente se caracteriza por un color «rojo encendido» de la encía marginal y de las papilas interdentes. El tejido está edematoso, con una textura superficial lisa y brillante, y con tendencia a sangrar fácilmente (4,12,13). También podremos apreciar alteraciones periodontales, que serán más marcadas si previo al embarazo existía ya una enfermedad periodontal. Detectaremos en muchos casos una mo-

vilidad dentaria generalizada que suele remitir tras el parto. Esta movilidad probablemente esté asociada al grado de enfermedad periodontal y de desmineralización de los procesos alveolares (el calcio puede ser extraído del hueso materno para cubrir las necesidades fetales). En raras ocasiones se producirá un cuadro grave de reabsorción alveolar con intensa movilidad y pérdida dentaria (4,5,12).

Granuloma gravídico

Una entidad patológica propia del embarazo es el granuloma gravídico, que aparecerá en el 0'5-5% de las gestantes, siendo histológicamente similar a un granuloma piógeno y de ahí su nombre (4,5,12-15).

El granuloma del embarazo aparece alrededor del segundo trimestre, creciendo durante todo el embarazo y regresando generalmente después del parto. Se observa con mayor frecuencia en las papilas interdentes de la región anterior del maxilar superior. Clínicamente se caracteriza por la presencia de tumores, generalmente únicos, pedunculados o sésiles, de un color rojo púrpura o azulado y asintomáticos. Presenta una gran facilidad para la hemorragia, debido a la friabilidad de su superficie, y rara vez se asocia a reabsorción del hueso subyacente (4,5,9,12-14).

Ante su presencia deberá mantenerse una conducta expectante, posponiendo el tratamiento para después del parto debido a que (4,5,9,12, 14,16):

1. La mayoría remiten tras el parto o disminuyen de tamaño, con lo cual se evita o facilita su excisión quirúrgica.
2. Presentan una elevada tendencia a la recidiva.

Sólo en los casos en los que se observe un sangrado persistente de la lesión, ulceración o impedimento de las funciones bucales estará indicada su exéresis quirúrgica. Teniendo en cuenta que existe un riesgo de hemorragia, el abordaje quirúrgico deberá ser con bisturí convencional y electrocoagulación, electrobisturí o láser de CO₂ para conseguir una adecuada hemostasia (4,11, 17) (Fig. 1).

El tratamiento odontológico en la paciente embarazada

Al tratar a una paciente embarazada hemos de ser conscientes en todo momento de que

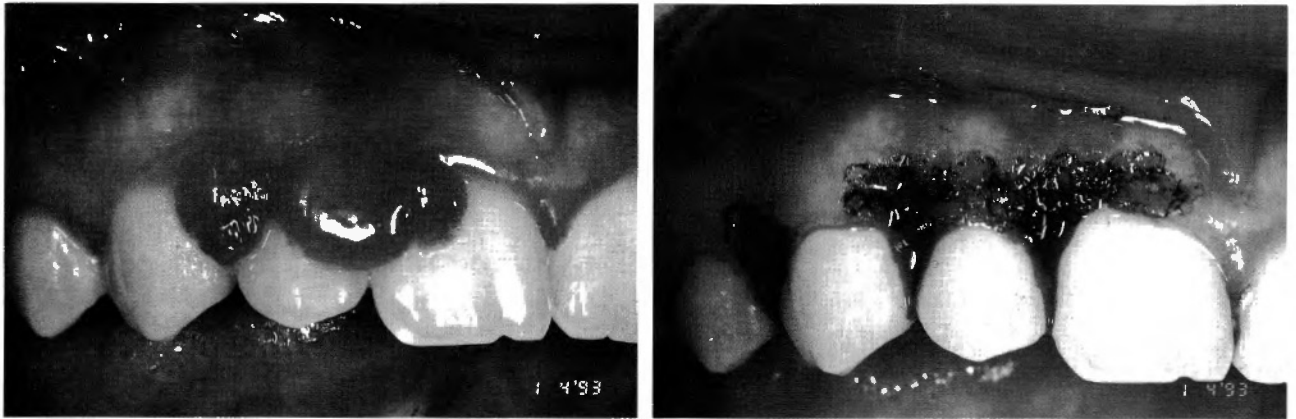


Fig. 1.- Granuloma gravídico. a) Granuloma gravídico que afecta a las papilas interdentes entre 11-12 y 12-13, respectivamente. La paciente se encontraba en el sexto mes de gestación. b) Postoperatorio inmediato tras exéresis quirúrgica del granuloma gravídico con láser de CO₂

estamos ante dos individuos, la madre y el feto, lo cual conllevará una serie de restricciones en nuestra actitud terapéutica, sobre todo en lo referente a la administración de fármacos y la exposición a las radiaciones ionizantes. Ahora bien, un embarazo no debe constituir para el profesional una contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente en los casos de urgencia.

El principal objetivo en el plan de tratamiento de una gestante es la prevención. Es muy importante concienciar a la paciente de los cambios bucales asociados a su estado de gestación y educarla en cuanto a (11,12,18,19):

1. Higiene bucal: deberá realizarse una profilaxis, si es necesaria, y enseñar una correcta higiene bucal, advirtiéndole a la paciente de que deberá cepillarse los dientes después de cada ingesta de comida y después de los posibles vómitos y regurgitaciones que pueda presentar (o al menos enjuagarse la boca). De esta manera conseguiremos establecer un control adecuado de la placa bacteriana, disminuyendo la exagerada respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales a los irritantes locales, y minimizar la erosión del esmalte por los ácidos gástricos, reduciendo consecuentemente la susceptibilidad a la caries.

2. Nutrición: aconsejaremos a la paciente que evite los alimentos con exceso de azúcares y comer entre horas para no crear un ambiente cariogénico.

La mayoría de los autores revisados aconsejan seguir unas pautas de tratamiento en función de lo avanzado que esté el embarazo:

- En el PRIMER TRIMESTRE sólo se realizarán tratamientos de urgencia, no debiéndose proceder a tratamientos electivos. Ésto es debido a que, durante este período, tiene lugar la organogénesis y podríamos influir en ella provocando malformaciones o la interrupción de la gestación (7,12-14,19,20).
- Para algunos autores el SEGUNDO TRIMESTRE sería un período seguro para llevar a cabo el tratamiento odontológico, limitándonos tan sólo a realizar aquellos procedimientos más simples y dejando las grandes reconstrucciones y cirugía significativa para después del parto. A pesar de estas opiniones, si el embarazo ha transcurrido con normalidad y la paciente no refiere haber sufrido ningún aborto espontáneo en embarazos anteriores, el segundo trimestre será el momento ideal para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento dental, ya que el desarrollo de los órganos fetales está completado y la paciente todavía está cómoda pudiendo ser recibida en el sillón dental a conveniencia del odontólogo (5,11,19,20).
- Durante el TERCER TRIMESTRE aconsejan limitarnos de nuevo a realizar tan sólo tratamientos de urgencia. Ahora bien, en algunas pacientes, del sexto al noveno mes del em-

Tabla II
Normas generales para la prescripción y administración de fármacos en la paciente gestante

1. NO ADMINISTRAR NINGÚN MEDICAMENTO SIN INDICACIÓN PRECISA O NECESIDAD.
2. ADMINISTRAR SÓLO LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS Y CON LA PAUTA QUE PERMITA UTILIZAR LA DOSIS MÍNIMA EFICAZ DURANTE EL MENOR TIEMPO POSIBLE.
3. EVITAR AQUELLOS MEDICAMENTOS QUE SEAN DE BUENA PROMOCIÓN, UTILIZANDO ÚNICAMENTE LOS DE INOCUIDAD RECONOCIDA.
4. PRESCRIBIR PREFERENTEMENTE FÁRMACOS CON UN ÚNICO PREPARADO ACTIVO, EVITANDO LOS MULTIPREPARADOS FARMACÉUTICOS.
5. DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE (MAYOR RIESGO TERATOGÉNICO), RESTRINGIR AL MÁXIMO LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.
6. NO OLVIDAR QUE TODA MUJER EN EDAD FÉRTIL ES UNA GESTANTE POTENCIAL.

barazo sería todavía un buen momento para realizar un tratamiento dental rutinario, aunque a partir de la segunda mitad del tercer trimestre el aumento del volumen abdominal provocará una incomodidad notable de la madre. Si fuera necesario realizar algún tratamiento en este momento, deberemos llevar a cabo citas cortas y con la paciente en posición semisentada, para evitar complicaciones como el síndrome de hipotensión supina y disnea. Durante el último mes existe un mayor riesgo de provocar un parto prematuro (12,19). Por lo tanto, deberemos tomar las máximas precauciones durante el noveno mes de gestación y especialmente en las dos últimas semanas del embarazo.

Consideraciones respecto a la administración de fármacos

Todo proceso infeccioso debe ser tratado farmacológicamente para evitar una posible bacteriemia o septicemia, ya que una diseminación sistémica de la infección podría provocar un parto prematuro o incluso un aborto espontáneo (11,19,21,22). El abanico de posibilidades terapéuticas a utilizar ante una paciente embarazada queda fuertemente limitado debido a que el fármaco puede atravesar la barrera placentaria

y ser tóxico o teratogénico para el feto (5,19,21). Afortunadamente, un gran número de los fármacos prescritos con mayor frecuencia en odontología pueden ser utilizados con relativa seguridad, siguiendo siempre unas precauciones generales (tabla II) (4,17).

A. Antibióticos

La penicilina, la eritromicina (a excepción de la sal de estolato) y las cefalosporinas de primera generación se consideran antibióticos de uso seguro en el embarazo (6,8,10,21,22). Comentaremos brevemente las indicaciones y contraindicaciones de los antibióticos más utilizados.

Penicilina. No existen contraindicaciones para la prescripción de penicilina durante todo el embarazo, dado que está plenamente demostrado que carece de efectos teratogénicos y tóxicos (21).

Cefalosporinas. No hay estudios suficientes que permitan suponer una completa inocuidad y seguridad de las cefalosporinas de segunda y tercera generación, por lo que en caso de necesitar la administración de una cefalosporina, sería preferible la utilización de las de primera generación (21).

Eritromicina. Los macrólidos en general tienen un alto peso molecular por lo que difícilmente pasarán la barrera placentaria pudiendo ser administrados durante el embarazo.

Como se ha comentado anteriormente, estará contraindicada la administración de la sal de estolato de eritromicina puesto que podría provocar hepatotoxicidad materna (6,8,21-24).

Clindamicina. Se utilizará sólo ante una necesidad estricta y con mucha precaución en las pacientes embarazadas, consultando siempre a su obstetra debido a que (11,21,22):

— La administración de clindamicina está asociada al desarrollo de colitis pseudomembranosa aguda.

— Existe escasa literatura en cuanto a su teratogenicidad y toxicidad, pero dado que atraviesa fácilmente la barrera placentaria es preferible evitar su uso a pesar de no estar relacionada con ningún defecto congénito.

Aminoglucósidos. Presentan potencial de nefrotoxicidad y ototoxicidad fetal (6,8,21). Existen casos descritos de daño coclear en el neonato por la administración de estreptomina y kanamicina a la madre (8).

Tetraciclinas. Están absolutamente contra-

indicadas en embarazadas. Si se administran durante el segundo o tercer trimestre de gestación se producirá la quelación de la tetraciclina por el calcio provocando (6,8,21,22,24):

- Tinciones marrones o amarillentas de los dientes del niño e hipoplasia del esmalte y, por lo tanto, un mayor riesgo de caries.
- Inhibición del crecimiento óseo longitudinal, pudiendo provocar anomalías congénitas de miembros superiores e inferiores.

Metronidazol. Aunque no se ha descrito ninguna malformación ni deficiencia congénita asociada al tratamiento con metronidazol, no se recomienda su uso durante el embarazo debido a que se sabe que es un fármaco mutagénico para ciertas bacterias y cancerígeno en roedores si se administra a altas dosis (21,22,24).

Ácido clavulánico. Los fármacos con asociación de ácido clavulánico se utilizarán sólo en casos de absoluta necesidad ya que su seguridad no está establecida (21,22).

B. Analgésicos y antiinflamatorios

El analgésico de elección durante el embarazo es el paracetamol.

Ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Existe una gran controversia en cuanto a la seguridad del ácido acetilsalicílico (AAS) durante el embarazo. Hay estudios retrospectivos que asocian el consumo de AAS con malformaciones congénitas, en contraposición a otros estudios que no encuentran ningún tipo de relación entre la administración de AAS y un aumento de defectos en el nacimiento (6,8).

Lo que sí está comprobado es que:

- La ingesta de AAS alargará el tiempo de gestación y prolongará el trabajo de parto (21,22).
- La administración de AAS la semana antes del parto alterará la agregabilidad plaquetar, afectando la hemostasia tanto de la madre como del neonato, por lo que habrá un mayor riesgo de hemorragia excesiva durante el parto y una mayor incidencia de hemorragia intracraneal en el neonato (8,21-23).

Los AINES son potentes inhibidores de la síntesis de prostaglandinas encargadas de conservar la permeabilidad del conducto arterioso fetal. Se ha comprobado que la administración de AINES, especialmente en los últimos meses del embarazo, puede llevar a una constricción del «ductus arteriosus» provocando una hipertensión pul-

monar con aumento de la mortalidad fetal (6,8,21,22).

Codeína. La administración de codeína en embarazadas está contraindicada debido a que está asociada a la aparición de anomalías congénitas severas (6,8,10,22):

- Fisura labial y palatina.
- Defectos cardíacos y circulatorios.
- Deformidad de la pared torácica.
- Hernia inguinal.

Corticosteroides. Diversos estudios han demostrado la relación entre la administración de corticoides en ratas embarazadas y la aparición de fisura palatina, por lo que se aconseja reservar su uso para casos de absoluta necesidad (6).

C. Anestésicos locales y sedación

Anestésicos locales. La anestesia local es el método de elección, siempre que sea posible, para el tratamiento dental de una paciente embarazada. Todos los anestésicos locales atraviesan fácilmente la placenta. Ahora bien, el hígado fetal no metabolizará con tanta facilidad la mepivacaína a diferencia de la lidocaína y la bupivacaína que sí consiguen ser metabolizadas (5,6). Así pues, el anestésico local de elección a utilizar en pacientes embarazadas será la lidocaína ya que diversos estudios animales han demostrado que no hay peligro teratogénico. No estará contraindicado el uso de vasoconstrictores (6,21,25).

Óxido nítrico. La aparición de anomalías congénitas o abortos espontáneos está asociada a la exposición crónica al óxido nítrico, por lo que afectará a aquellas personas que estén expuestas a él de forma crónica, es decir, odontóloga y personal laboral. Ahora bien, aunque parece improbable que una única administración de óxido nítrico pueda ser teratogénica, sería prudente evitar su uso durante el primer trimestre o período de organogénesis (5,6,8,19).

Benzodiazepinas. Están totalmente contraindicadas. Estudios en animales y humanos han demostrado una estrecha relación entre la administración de benzodiazepinas durante el embarazo y la aparición de fisuras labiales y palatinas, defectos cardíacos y hernia inguinal (6,23).

Consideraciones respecto a la realización de radiografías

La dosis de radiación absorbida en el abdomen por la práctica de radiografías dentales parece despreciable y similar a la dosis de radia-

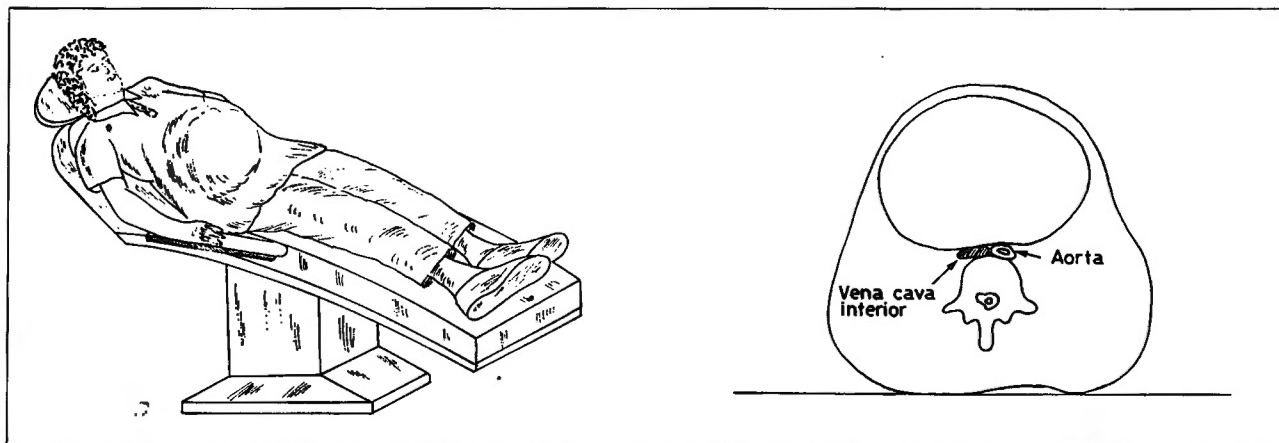


Fig. 2.- Síndrome de hipotensión supina. a) posicionar a la paciente en decúbito supino puede desencadenar un síndrome de hipotensión supina, especialmente durante el tercer trimestre de gestación. b) sección transversal que muestra como el útero grávido comprime los grandes vasos cuando la paciente gestante se encuentra en decúbito supino

ción natural que emana del medio ambiente (4, 19). Diversos estudios soportan que no hay un aumento de efectos adversos fetales como resultado de exposiciones a dosis de 5-10 radiografías (5, 19). Por lo tanto, podremos realizar exploraciones radiográficas en nuestras pacientes embarazadas, pero siempre tomando una serie de medidas de protección que minimicen la radiación difusa que pueda llegar al área abdominal, como son (4,7,11-14,19):

- A) Realizar únicamente aquellas radiografías que sean estrictamente necesarias.
- B) Es imprescindible la utilización de un delantal plomado para proteger el abdomen de la paciente. De hecho, es la medida más importante ya que se ha demostrado que, cuando se coloca el delantal de plomo durante la realización de radiografías dentales, la radiación fetal es virtualmente inmesurable.
- C) Utilizar películas de alta velocidad para disminuir al máximo el tiempo de exposición.
- D) Evitar la dispersión excesiva y la radiación secundaria con una colimación y filtración adecuada del rayo.

Complicaciones en el sillón dental durante el tratamiento de la paciente embarazada

Durante el embarazo el peso del útero aumenta desde los 70 gr iniciales a más de 1000 gr

para acomodar el crecimiento del feto, y el volumen pasa a ser de unos 10 ml a unos 5000 ml al final del embarazo (5). Por lo tanto, deberemos ir con sumo cuidado al posicionar una paciente embarazada en el sillón dental tras el primer trimestre, y en especial hacia el final del embarazo, debido a que el aumento del útero grávido podría llevar a dos complicaciones importantes: síndrome de hipotensión supina y disnea.

Síndrome de hipotensión supina. Aparece aproximadamente en el 10% de las pacientes embarazadas en la última fase del embarazo

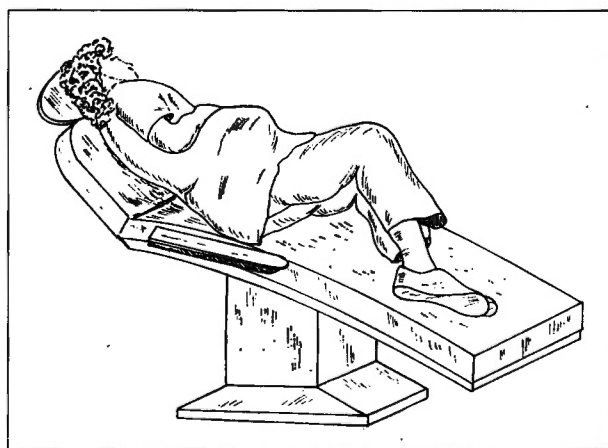


Fig. 3.- Decúbito lateral izquierdo. Posición en la que deberemos colocar a la paciente embarazada ante la aparición de un síndrome de hipotensión supina. Nunca se buscará una posición de Trendelenburg ya que agravaríamos el cuadro

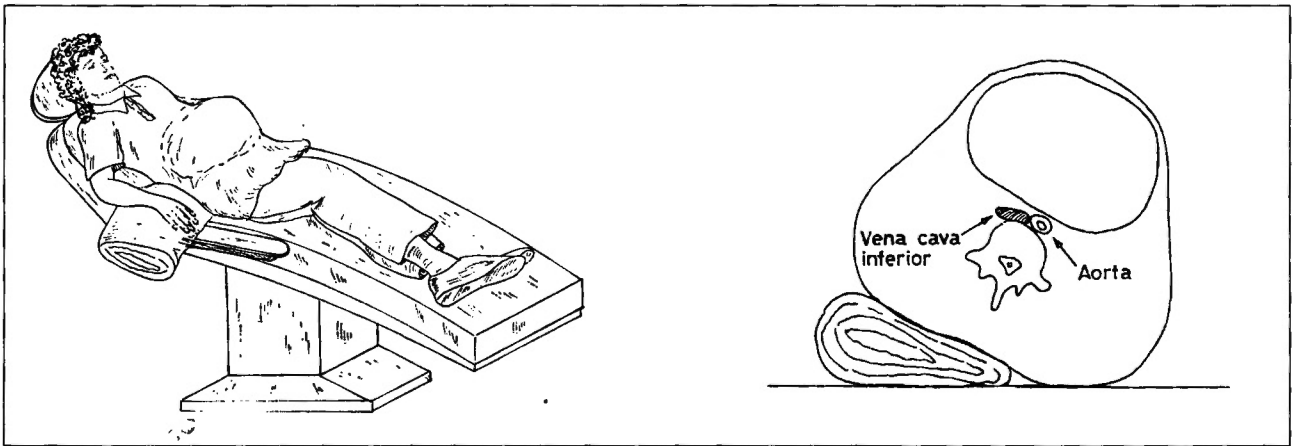


Fig. 4.- Prevención del síndrome de hipotensión supina. a) la elevación del costado derecho de la paciente embarazada unos 10-15 cm con ayuda de una almohada prevendrá la aparición de un síndrome de hipotensión supina. b) sección transversal que muestra como el desplazamiento hacia la izquierda del útero gravido disminuye la presión de éste sobre los grandes vasos

al colocarlas en decúbito supino (4,6,7). En dicha posición, el útero gravido comprimirá los grandes vasos, particularmente la vena cava inferior, reduciendo considerablemente el retorno venoso al corazón y provocando un descenso de la presión sistólica de más del 30% (4-8,12, 19,20) (Fig. 2). Se producirá taquicardia ligera y vasoconstricción periférica con palidez (ambas reactivas), que podrán ir seguidas por una reacción vagal con bradicardia, mareo, náuseas, sudoración fría y pérdida final de conciencia (4,6,9). En caso de aparición de un síndrome de hipotensión supina deberemos colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo (Fig.3), con lo que cesará la compresión de la vena cava inferior restableciéndose la circulación de retorno (4-6,8,12) (Fig.4).

Disnea. Puede aparecer en el 25% de las pacientes gestantes durante las últimas semanas de gestación al colocarlas en decúbito supino, debido a que el útero gravido y los órganos abdominales presionan contra el diafragma.

Por lo tanto, para evitar cualquiera de estas dos complicaciones, deberemos colocar a la paciente embarazada sentada en el sillón y con una inclinación máxima de 45 grados, o en decubito lateral izquierdo elevando el costado derecho con una almohada o cojín, evitando siempre la posición de Trendelenburg.

Conclusiones

Como conclusión aconsejaremos unas normas básicas para el manejo de pacientes embarazadas en la clínica dental:

- El mejor tratamiento es la prevención. Debemos aumentar y reforzar los conocimientos sobre salud bucal y complementarlos con visitas periódicas de recuerdo.
- Los tratamientos de urgencia deberán realizarse en cualquier fase del embarazo.
- El segundo trimestre del embarazo es el momento ideal para llevar a cabo tratamientos rutinarios, evitando siempre visitas prolongadas. Hemos de ser conscientes de que durante el primer trimestre podríamos interferir con la organogénesis, y que durante el tercer trimestre, y debido al aumento de volumen del útero gravido, podrían aparecer complicaciones asociadas a la posición en el sillón dental.
- Ser muy cuidadosos con la administración de fármacos. La penicilina, la eritromicina, las cefalosporinas de primera generación, el paracetamol y la lidocaína asociada a vasoconstrictor se consideran fármacos de prescripción segura durante el embarazo.
- Practicar el menor número de radiografías posibles y colocando siempre un delantal plomado a la paciente.

Bibliografía

1. CABERO, L.: Riesgo elevado obstétrico. Barcelona: Masson, 1996; 131-157.
2. ROMNEY, S.L.; GRAY, M.J.; LITTLE, A.B.; MERRILL, J.A.; QUILLIGAN, E.J.; STANDER, R.: Ginecología y obstetricia. Cuidado integral de la mujer. Barcelona: Salvat, 1979; 825-829.
3. BENSON, R.C.: Manual de ginecología y obstetricia. 7.^a Ed. México: Manual Moderno, 1985; 285-298.
4. BAGÁN, J.V.; CEBALLOS, A.; BERMEJO, A.; AGUIRRE, J.M.; PEÑARROCHA, M.: Medicina Oral. Barcelona: Masson, 1995; 662-671.
5. SHROUT, M.K.; POTTER, B.J.; COMER, R.W.; POWELL, B.J.: Treatment of the pregnant dental patient: a survey of general dental practitioners. Gen. Dent., 1994; 42: 164-167.
6. BARRON, M.W.: The pregnant surgical patient: medical evaluation and management. An. Int. Med., 1984; 101: 683-691.
7. FIESE, R.; HERZOG, S.: Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1988; 65: 292-297.
8. SANTANA, A.; MORA, M.J.: Salud bucodental y embarazo. Revista Actualidad Odontostomatológica Española, 1991; 51: 57-62.
9. MANUS, D.A.; SHERLERT, D.; JACKSON, I.T.: Management considerations for the granuloma of pregnancy. Plast. Reconstruct. Surg., 1995; 95: 1045-1050.
10. TARSHITANO, B.F.; ROLLINGS, R.E.: The pregnant dental patient: evaluation and management. Gen. Dent., 1993; 41: 226-231.
11. SHROUT, M.K.; COMER, R.W.; POWELL, B.J.; McCOY, B.P.: Treating the pregnant dental patient: four basic rules addressed. JADA, 1992; 123: 75-80.
12. LITTLE, J.W.; FALACE, D.A.: Dental management of the medically compromised patient. 3.^a Ed. St. Louis: Mosby, 198; 325-331.
13. RODRÍGUEZ, J.L.; MACHUCA, G.; MACHUCA, C.; RIOS, J.V.; VELASCO, E.; MARTÍNEZ-SAHUGUILLO, A.; BULLÓN, P.: Consideraciones sobre el tratamiento odontológico integrado en la paciente gestante. Revista Europea de Odonto-Estomatología, 1996; 8: 73-79.
14. FORMAN, D.; GOLDBERG, H.I.: Microembolization and resection of a highly vascular pyogenic granuloma. J. Oral Maxillofac. Surg., 1990; 48: 415-418.
15. CHIODO, G.T.; ROSENSTEIN, D.I.: Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. JADA, 1985; 110: 365-368.
16. LAMEY, P.J.; LEWIS, M.A.O.: Oral medicine in practice: the medically compromised patient. Br. Dent. J., 1990; 168: 389-394.
17. McCARTHY, F.M.: Essentials of safe dentistry for the medically compromised patient. Philadelphia: WB Saunders, 1989; 210-211.
18. SCULLY, C.; CAWSON, R.A.: Medical problems in dentistry. 3.^a Ed. London: Wright, 1993; 292-295.
19. ROSE, F.L.; KAYE, D.: Medicina Interna en Odontología. Tomo II. 2.^a ed. Barcelona: Salvat, 1992; 1328-1330.
20. POWELL, J.L.; BAILEY, C.L.; COOPLAND, A.T.; OTIS, C.N.; FRANK, J.L.; MEYER, I.: Nd:YAG laser excision of a giant gingival pyogenic granuloma of pregnancy. Lasers Surg. Med., 1994; 14: 178-183.
21. FERNÁNDEZ, E.; MICHEA, L.; DEL POZO, J.: Revisión sobre farmacoterapia y embarazo en clínica odontostomatológica. Archivos en Odontostomatología, 1990; 6: 31-44.
22. BALLIGAN, F.J.; HALE, T.M.: Analgesic and antibiotic administration during pregnancy. Gen. Dent., 1993; 41: 220-225.
23. SERRANO, J.S.; SERRANO, M.I.; RODRÍGUEZ, J.N.: Uso de medicamentos durante el embarazo. Tratado de Medicina Interna, 1991; 92: 29-42. 24.
24. GAY ESCODA, C.: Temas de Cirugía Bucal. Tomo II, 2.^a Ed. Barcelona: Signo, 1995; 1022-1023.
25. STEPKE, MTH.; SCHWENZERV; EICHHORN, W.: Vasoconstrictors during pregnancy—in vitro trial—on pregnant and nonpregnant mouse uterus. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 1994; 23: 440-442.

Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda
C/ Ganduxer, 140, 4.^o
08022 Barcelona