

Salud bucal en el embarazo

Oral care in pregnancy

Chacón-Paola¹
Kanashiro-Carmen²

Resumen

La salud oral durante el embarazo es extremadamente importante para lograr que esta etapa se desarrolle de manera equilibrada, contribuyendo así a la salud general de la madre y el futuro bebé. Durante esta etapa la madre puede estar expuesta a la aparición de procesos infecciosos, lesiones en la cavidad oral o sintomatología dolorosa, que en ocasiones son de difícil manejo debido a las precauciones que la condición de embarazo demanda, además de que alteran el normal desenvolvimiento del mismo; por ello la prevención es primordial durante este periodo.

El objetivo de esta revisión fue reunir información que nos permita revalorar los conceptos y parámetros que tenemos sobre el cuidado oral durante la gestación y de esta manera poder brindar una mejor atención y guía en el embarazo.

Palabras clave: Embarazo, salud bucal, prevención, farmacología clínica, manifestaciones orales.

Abstract

Oral health during pregnancy is extremely important to ensure that this stage develops in a

balanced manner, thus contributing to the health of the mother and the baby. During this stage the mother may be exposed to the emergence of infectious processes, lesions in the oral cavity or pain symptoms, which are sometimes difficult to manage, because of the care that pregnancy demands, besides this alters the normal development of it, therefore prevention is essential during this period.

The objective of this review was to gather information that allows us to reassess the concepts and parameters we have about oral care during pregnancy and thereby, be able to provide better care and guidance in pregnancy.

Key words: Pregnancy, oral health, prevention, pharmacologic clinical, oral manifestations.

Introducción

Es fundamental lograr la comprensión de que el estado de salud bucal materno determinará en gran medida el estado de salud del futuro bebé, por otro lado un buen estado de salud bucal en la madre gestante contribuye en gran medida a una gestación más saludable. Debemos considerar también que la información que la madre adquiere durante este periodo le permite revalorar

¹ CD, Residente Odontología Pediátrica Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² CD, Mg Estomatología, Jefe Departamento Académico Estomatología del Niño y del Adolescente. Facultad Estomatología Universidad Peruana Cayetano Heredia.

la salud bucal y este hecho a su vez nos brindará la posibilidad de contar con su apoyo para lograr una adecuada salud bucal en su niño.

En el pasado existían muchas dudas respecto a si la atención odontológica era favorable durante el periodo de gestación, ello generaba que muchos tratamientos fueran postergados hasta después del parto, esto con base en la concepción de que la atención durante la etapa de gestación podía alterar seriamente el desarrollo del niño, la salud de la madre y el natural proceso de gestación. Así mismo incluso en la literatura se menciona que la atención odontológica a la gestante se debía realizar únicamente durante el segundo trimestre o solo en casos especiales.(1) En el 2012 Toledo Alves y colaboradores realizaron una investigación en la que evaluaron las actitudes de los profesionales de la salud frente al cuidado oral durante la gestación y hallaron que los dentistas tenían actitudes más favorables que los ginecólogos, obstetras y enfermeras(2) quienes en su mayoría tienen el encuentro inicial con la paciente, por otro lado encontraron que la mayoría de ellas acudían a la consulta por decisión propia y no eran referidas por otro profesional.(2) Esto es inquietante ya que nos hace saber que los conocimientos sobre la atención odontológica y su importancia durante este periodo aún genera dudas. Actualmente se sabe que posponer los tratamientos no siempre será la decisión más adecuada.

Embarazo

Es un estado fisiológico modificado (**Fig. 1**), en el cual el organismo materno sufre una serie de ajustes hormonales, cardiovasculares, respiratorios, urinarios, gastroenterológicos y estomatológicos, todos ellos alteraciones adaptativas temporales para la madre, necesarias para dar



Figura 1. Gestante en la consulta odontológica. Fotografía del Área Materno Infantil, Odontología Pediátrica - UIPCH.

cabida al feto que se desarrolla, procurando su homeostasis y bienestar.(3)

Manejo odontológico de la paciente gestante

A. Parámetros generales: (3)

Antes del embarazo: El establecimiento de una adecuada salud bucal debe ser buscado rigurosamente, lo cual deja clara la importancia de motivar a la paciente durante las visitas al consultorio.

Britto y colaboradores evaluaron la percepción de las gestantes sobre el papel de los profesionales de la salud en la atención odontológica durante la gestación, se verificó que: en algunas situaciones los profesionales pueden contribuir a la aparición y el fortalecimiento de temores y mitos relacionados a la atención odontológica, existe una confianza incondicional en su médico, lo cual nos hace ver que la odontología tiene

menor impacto que la medicina en la interacción con lo relacionado a la salud, el modo en que la gestante percibe la atención propiamente dicha le genera mucha ansiedad, miedo e incomodidad. (4) Entonces se entiende que para atender a la gestante se requiere comprensión, que se abuelvan sus dudas y que se le permita comprender los procedimientos que se le van a realizar brindándole la información necesaria para que de este modo el encuentro con el dentista sea más grato y deseable.

En un estudio realizado por Guerra y colaboradores se evaluó el grado de información que tenían las gestantes sobre salud bucal por medio de una encuesta, y encontraron que, el nivel de conocimientos sobre salud bucal que predominó en las embarazadas estudiadas fue muy bajo, no le daban importancia al control odontológico, los obstetras no refieren a la embarazada al control bucal; luego de la encuesta inicial se les brindó información con el contenido de las respuestas a las preguntas antes realizadas y posterior a esta se repartió un post-test, los resultados obtenidos en el post-test demostraron que la información brindada fue efectiva. (5) Esto nos muestra que existe como se cree desinformación en las gestantes sobre la importancia de la salud bucal durante la gestación, pero el estudio también demuestra que las gestantes son receptivas ante la información brindada lo cual es alentador ya que demuestra que las intervenciones para promover la salud oral en las gestantes puede ser exitosa.

Durante el embarazo:(3) Los problemas agudos como pulpitis y abscesos que causan dolor intenso y fiebre deben solucionarse en cualquier etapa de la gestación para no agregar una carga extra de estrés y ansiedad en la madre y en el feto.

En la atención durante el tercer trimestre debe evitarse en la paciente la posición supina, por el riesgo de que sufra hipoxia pasajera o el síndrome de hipotensión supina. La paciente debe permanecer en el sillón sentada o ligeramente reclinada y en caso de presentarse síntomas de compresión sobre la vena cava, hacerla girar sobre su lado izquierdo para liberar la circulación y mejorar también la ventilación.

Para llevar a cabo procedimientos electivos el mejor momento será el segundo trimestre del embarazo, ya que durante los primeros meses son frecuentes las náuseas y vómitos y en las últimas etapas de la gestación la madre no se siente cómoda en casi ninguna posición, le cuesta trabajo desplazarse por lo que es mejor en esa época realizar procedimientos sencillos.

Es importante mencionar que no se debe mantener a la gestante por periodos prolongados en la sala de espera junto a los niños, puesto que ellos pueden presentar ciertas enfermedades contagiosas como el sarampión, rubeola, varicela, citomegalovirus, herpes simple cuyos virus causantes son responsables de alteraciones congénitas en el feto si la madre se infecta durante el primer trimestre del embarazo.

En lo referente a las radiografías estas deben ser usadas con cautela especialmente durante el primer trimestre puesto que durante este, es donde se desarrollan los órganos del feto y por lo tanto estos son más sensibles a los daños que causan las radiaciones, si el empleo de radiografías es indispensable, se deben tomar el menor número de radiografías posibles, cubriendo a la madre con el chaleco de plomo, para proteger el área ventral. Cabe resaltar que el riesgo teratogénico de la exposición a la radiación de las películas orales es 1000 veces menor que el riesgo natural de aborto espontáneo o malformación. (6)

B. Prevención (3)

- Destacar la importancia del uso de técnicas adecuadas de cepillado e hilo dental para el control de placa dentobacteriana.
- Debe evaluarse la administración de fluoruros dependiendo de si la madre recibe o no flúor de otras fuentes.
- Se deben eliminar los depósitos de cálculo supragingivales e infragingivales, las lesiones cariosas nuevas y se deben reemplazar todas las restauraciones defectuosas.
- Debe vigilarse la dieta de las embarazadas, procurando disminuir el consumo de azúcares.

Los elevados niveles de streptococcus mutans por caries activas, la higiene insuficiente y/o el alto consumo de azúcares de la madre, eleva el riesgo de una transmisión vertical de bacterias y todo ello contribuye a una mayor probabilidad de que el bebé desarrolle caries (**Fig. 2**). Mientras más temprana la colonización de lo S. mutans, mayor el riesgo de desarrollar caries. (1)

El xilitol y la clorhexidina pueden disminuir la carga bacteriana bucal materna y reducir la transmisión de bacterias a los bebés cuando se usa al final del embarazo y/o en el período posparto. Ambos agentes tópicos son seguros du-



Figura 2. Caries de infancia temprana.

rante el embarazo (EE.UU. Food and Drug Administration [FDA] embarazo categoría B). (6)

C. Consideraciones farmacológicas

La automedicación es muy frecuente en muchos países, en Sudamérica países como Argentina y Colombia muestran que las gestantes en un 32.3% y 28.3% respectivamente se automedican, por otra parte en Brasil la prevalencia es del 8.2%, en Perú estos índices son mucho más altos, entre el 40% y 60% de la población se automedica. En el año 2011 Miní E y colaboradores realizaron un estudio para determinar la prevalencia de la automedicación en gestantes que acudían al Instituto Nacional Materno Perinatal en Perú y encontraron que el 10.5% de ellas se automedicó durante el embarazo, el 64% considera que la automedicación conlleva algún riesgo para el bebé, los medicamentos que consumieron las gestantes fueron principalmente paracetamol, ibuprofeno, naproxeno y dimenhidrinato; en cuanto al problema que las llevo a automedicarse el dolor fue la principal causa seguido de problemas respiratorios e infecciones urinarias. (7)

La administración de medicamentos debe limitarse durante el embarazo y la lactancia, sin embargo cuando la paciente presenta dolor o infección, debe valorarse el riesgo beneficio del empleo de fármacos que ayuden a estabilizar el estado de salud oral de la paciente, disminuyendo el estrés físico y mental de la misma. (3)

Muchas publicaciones sugieren que las infecciones orales, son posibles factores que contribuyen a una variedad de enfermedades sistémicas de importancia clínica como la endocarditis infecciosa que es una seria y con frecuencia fatal enfermedad que se ha asociado con infecciones dentales y su tratamiento, del mismo modo los problemas cardiovasculares

y la diabetes mellitus también se asocian con infecciones orales.(8)

Como sabemos los antibióticos no son una alternativa a la intervención dental, sino que son un complemento de la misma, sin embargo es necesario tener ciertas consideraciones acerca de su uso en pacientes gestantes, así tenemos que el uso de las tetraciclinas y aminoglucósidos está contraindicado, ya que conduce a efectos teratogénicos en el feto. Azitromicina, cefalosporinas, eritromicina, penicilina con o sin inhibidores de beta- lactamasas son prescritos con precaución durante el embarazo. (9)

La imposibilidad legal y ética de la realización de ensayos clínicos en humanos para evaluar los riesgos del tratamiento con antibióticos durante el embarazo ha dado lugar a la incertidumbre en cuanto al uso de ciertos fármacos en estos pacientes. La Food and Drug Administration de los Estados Unidos (FDA) ha establecido cuatro niveles de riesgo de drogas durante el embarazo (**Tabla 1**): (10)

Ningún antibiótico corresponde al grupo A. Por otra parte, el grupo B (su uso durante el embarazo debe ser justificado y con precaución) contiene los siguientes antibióticos: azitromicina,

cefalosporinas, eritromicina, metronidazol y las penicilinas, con o sin inhibidores de beta- lactamasas. Grupo C, a su vez incluye claritromicina, las fluorquinolonas y las sulfas (incluyendo la dapsona). Por último, el grupo D contiene los aminoglucósidos y tetraciclinas. (10)

Aún con esta información no debemos olvidar que se siguen realizando estudios sobre los efectos del uso de los diferentes fármacos por ejemplo un estudio realizado en el año 2012 por Lin y colaboradores sugiere que el uso de la amoxicilina durante los primeros meses de gestación puede estar asociado con un mayor riesgo de fisuras orales en el bebé.

La mayoría de las fisuras orales se cree que son causadas por una interacción entre factores poligénicos y ambientales, pero los mecanismos exactos siguen siendo en gran parte desconocidos. La amoxicilina puede atravesar la placenta y podría influir en la organogénesis fetal. El hecho de que los estudios actuales y anteriores encontraron riesgos incrementados, después de la exposición prenatal a aminopenicilinas pero no a otras penicilinas sugiere que el grupo aminobencil puede jugar un papel en el desarrollo de fisuras orales. (11)

Tabla 1. Categorías de riesgo fetal por exposición a drogas.

A	Sin riesgo demostrado.
B	Sin efectos en animales, aunque no está demostrada su inocuidad en seres humanos.
C	No hay estudios realizados en cualquiera de los dos animales o humanos, o tienen efectos teratogénicos en animales sin la debida evaluación en los seres humanos.
D	Efectos teratogénicos sobre el feto. El uso de la droga está condicionado a la obtención de beneficio que supere los riesgos.
X	Contempla efectos teratogénicos que superan cualquier posible beneficio derivado de la droga.

En lo que se refiere a la prescripción de analgésicos, el paracetamol es el medicamento de elección siempre y cuando se emplee a dosis terapéuticas.(1)

El uso de AINE en general se considera seguro en el embarazo, siempre y cuando sea en pequeñas dosis, de manera intermitente, y que se suspenda seis a ocho semanas antes del término.

Efectos maternos potenciales cuando los AINE se utilizan cerca del término de la gestación incluyen, gestación prolongada y el trabajo de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, mayor pérdida de sangre periparto, y el aumento de la anemia. Efectos fetales potenciales incluyen aumento del sangrado cutáneo e intracraneal, el cierre prematuro del ductus arterioso, hipertensión pulmonar, insuficiencia renal, reduce la producción de orina, y la reducción de volumen de líquido amniótico. Estos efectos se han demostrado con indometacina, naproxeno, ketoprofeno, e ibuprofeno. La dosis, la duración y el periodo de gestación, son factores potenciales de estos efectos. (12)

El riesgo de tener un aborto espontáneo también se asoció con el uso gestacional de diclofenaco, naproxeno, celecoxib, ibuprofeno y rofecoxib solo o en combinación. (6)

Los anestésicos locales así como la epinefrina son de uso seguro durante el embarazo pues carecen de efectos teratogénicos y abortivos. (3)

No existen casos documentados de efectos adversos asociados a los anestésicos locales durante el embarazo cuando se utilizan en dosis adecuadas. Entre los anestésicos con enlace amida, la bupivacaína tiene el menor nivel plasmático en la sangre fetal por su gran unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, lo que da por resultado que el hígado fetal realice un

mínimo de trabajo al metabolizar este agente. A pesar de esto, la lidocaína es probablemente el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental. (13)

La lidocaína cruza la barrera placentaria y la hematoencefálica, presumiblemente por difusión, y la concentración plasmática es superior en el feto; sin embargo, no se han encontrado alteraciones específicas durante el proceso de desarrollo. Tampoco aumenta la incidencia de malformaciones u otros efectos directos sobre el feto. Otras consideraciones de la lidocaína son que sus presentaciones inyectables contienen metilparabeno o propilparabeno como conservadores bacterianos y un antioxidante como el metabisulfito, que evita la descomposición del vasoconstrictor. En ocasiones éstos causan reacciones alérgicas que pueden ser erróneamente atribuidas al anestésico local. (13)

El vasoconstrictor más utilizado en odontología es la epinefrina, que es una sustancia fisiológica secretada en la médula suprarrenal, aunque también puede producirse en forma sintética. En general no genera efectos sistémicos observables en la forma que se usa con los anestésicos locales en odontología. (13)

Debido a que la incidencia de enfermedad cardíaca en el embarazo varía entre el 1% y el 4%, constituye la cuarta causa de mortalidad materna y es la principal causa de muerte no obstétrica; en el año 2009, Neves y colaboradores realizaron un estudio para evaluar los parámetros cardiotocográficos, de la presión arterial y electrocardiográficos en la gestante portadora de enfermedad valvular reumática, al someterse a anestesia local con 1,8 ml de lidocaína 2% sin vasoconstrictor y con vasoconstrictor (epinefrina 1:100.000), durante procedimiento odontológico restaurador, encontrando que los gru-

pos que recibieron anestesia local con lidocaína 2% sin o con adrenalina 1:100.000 evidenciaron: Ausencia de variación de la presión arterial sistólica y diastólica, reducción de la frecuencia cardíaca durante el procedimiento, ausencia de variación de la frecuencia cardíaca en las demás comparaciones de los períodos y grupos, y ausencia de variación de la frecuencia cardíaca fetal y contracción uterina materna. El grupo que recibió adrenalina mostró cierta tendencia a la ocurrencia de extrasístoles ventriculares y supraventriculares antes, durante y después del procedimiento.(14)

D. Manifestaciones orales

La gingivitis asociada a placa es la condición periodontal más común durante la gestación (Fig. 3) caracterizada por una encía roja, agrandada, flácida que sangra con facilidad. (1) Esto ocurre debido a una hiperactividad inflamatoria de origen hormonal y a una inadecuada higiene



Figura 3. Gingivitis en gestante.



Figura 4. Periodontitis en gestante.

ne bucal. Los valores elevados de progesterona, el metabolismo de los estrógenos de la encía, y el incremento de las prostaglandinas durante el embarazo, tienen una acción directa sobre los capilares gingivales y sobre la nutrición y el metabolismo de las células del periodonto, lo que origina una magnificación de la respuesta inflamatoria ante los irritantes locales y la placa dento-bacteriana.(3)

La periodontitis (Fig. 4) es una entidad clínica relativamente frecuente en las gestantes y su asociación con los partos prematuros ha generado mucho interés, aunque todavía no existen resultados concluyentes a este respecto. Polizos y cols evaluaron los resultados obstétricos después del tratamiento periodontal durante la gestación y hallaron que el tratamiento de la enfermedad periodontal con raspado y alisado radicular no puede ser considerada como una forma eficaz de reducir la incidencia de parto prematuro. (15)

En un intento de explicar la falta de un efecto significativo del tratamiento de la enfermedad periodontal durante el embarazo sobre los resultados perinatales, este podría deberse a que el tratamiento con raspado y alisado radicular no altera la secuencia de acontecimientos que conducen a la inflamación regional, además, en los casos más severos, el tratamiento puede dar lugar a mayores niveles de citoquinas inflamatorias circulatorias. Un análisis de subgrupos mostró que el tratamiento fue significativamente más eficaz cuando se aplica en pacientes con enfermedades menos graves. (15)

A pesar de que no se ha podido demostrar ningún beneficio del tratamiento durante el embarazo, no podemos excluir la posibilidad de que las mujeres que comienzan el tratamiento de su enfermedad periodontal temprano en el primer

trimestre del embarazo, o incluso antes de quedar embarazadas, puede tener una mejora sustancial en los resultados perinatales. Aunque no podemos estar seguros de que una relación causal entre la enfermedad periodontal y parto prematuro existe nacimiento, la probabilidad de una asociación es muy elevado. Por lo tanto, el tratamiento de pre-embarazo parece ser una alternativa razonable. (15)

Se ha observado un incremento generalizado de la movilidad de los dientes de la gestante, probablemente debido al grado de inflamación gingival y a alteraciones en el aparato de inserción del diente al hueso alveolar, así como a cambios minerales de la lámina dura. (1,3)

También se puede observar hiperplasias gingivales y la formación de pseudo bolsas.

El granuloma gravídico o éplulis gravídico (Fig. 5) es un crecimiento gingival de tipo tumoral, es una lesión exofítica, indolora, eritematosa o purpúrea muy vascularizada que rara vez produce destrucción ósea. Alcanza de 3 a 5 cm de diámetro y que involuciona parcialmente después del parto pero para su eliminación se requiere cirugía, en ocasiones deberá ser eliminado durante la gestación, sobre todo cuando causa dificultad para masticar o cuando sangra fácilmente. (1, 3)

En un estudio realizado en el 2013 por Cardozo y cols se localizaron 41 casos de granuloma del embarazo, las lesiones se desarrollaban principalmente en el tercer trimestre del embarazo (51,22%), eran de color rojizo y tenía un diámetro aproximado de 1,5 cm La localización más frecuente era la encía en el 73,17 % de los casos, otros lugares afectados fueron la lengua con el 14,63 %, el labio con el 7,32 %, el paladar y la mucosa bucal en el 4,88 %. Se reportaron irritantes locales en el 75,61 % de los casos, entre ellos se



Figura 5. Granuloma del embarazo.

describen biopelícula bacteriana (29,27%), la gingivitis (21,95%), cálculo (12,20%) y traumatismos (12,20 %). A pesar de la posibilidad de regresión del granuloma gravídico con la regularización de los niveles hormonales después del alumbramiento, en 58,82 % de los casos la escisión quirúrgica se realizó durante el segundo trimestre. En estos casos, la cirugía era una opción de los pacientes debido al daño estético, el sangrado y la halitosis causada por las lesiones. Por otra parte, en 41,18 % de los casos, incluso después del parto, no había remisión y las lesiones también fueron tratadas quirúrgicamente. (16)

La relación entre el embarazo y caries no está bien definida ya que es poco el origen de la actividad cariosa que se atribuye al embarazo en sí mismo, en cambio sí a la disminución en los hábitos de higiene durante este periodo, que bien podrían ser satisfactorios en una mujer no embarazada. (3)

Una cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva tienen caries dental, las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de caries en los dientes por varias razones, entre ellas el aumento de la acidez en la cavidad oral, antojos alimenticios azucarados, y poca atención a la salud oral. La caries dental no tratada puede conducir a un absceso oral y celulitis facial. (17)

El incremento en la producción de ácido gástrico, la incompetencia del esfínter gastro - esofágico, la hiperémesis y la compresión del útero sobre las vísceras origina una regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago y la cavidad oral, la cual puede ocasionar erosión de las caras palatinas de los dientes anteriores superiores, si la situación es repetitiva.(3)

Otros datos de importancia

El labio, alvéolo y paladar fisurado (**Fig. 6**) es una de las anomalías congénitas más comúnmente vistas después de anomalías cardíacas congénitas. Los factores etiológicos comúnmente propuestos son la genética, el abuso de drogas durante el embarazo, el estrés y las deficiencias nutricionales durante la etapa gestacional, los matrimonios consanguíneos entre otros. Estas deformidades son completamente corregibles y proporcionar al paciente la oportuni-

dad de volver a la normalidad con una calidad predecible de la vida. Pero, la prevención de una condición cuando las opciones están disponibles es una opción mucho mejor que la corrección del problema. El papel del ácido fólico en la prevención de hendiduras se ha demostrado fuera de toda duda por diversos estudios. En la prevención de estos trastornos, el tratamiento profiláctico con ácido fólico puede reducir la incidencia en casi un 30%. (18) Por ello se debe preguntar a todas las pacientes en edad fértil si toman suplementos vitamínicos que contengan ácido fólico, y recomendar su iniciación si no lo hacen. (1)

Los ameloblastos y odontoblastos pueden verse afectados negativamente tanto en el período de desarrollo pre y post - natal de los dientes por antecedentes como: la desnutrición en la madre o el niño, los factores de riesgo de la madre como la obesidad, el tabaquismo, enfermedad



Figura 6. Hendidura labial y palatina completa bilateral. Fotografía del área de Ortodoncia, Odontología Pediátrica - UPCH.



Figura 7. Defectos del desarrollo del esmalte.

hepática, consumo de drogas y alcohol, y otros factores de riesgo que conducen a la prematuridad; todo esto puede resultar en un esmalte hipoplásico o hipomineralizado (**Fig. 7**). (17) Por ello que se debe reforzar en la consulta recomendaciones médicas tales como no fumar, no consumir bebidas alcohólicas y mantener una adecuada alimentación. (1)

Conclusiones

La interacción entre los profesionales que se encargan de atender a la gestante es crucial, para poder brindar una atención de calidad y permitir que el asesoramiento a la gestante tome un solo rumbo y con esto, ella podrá tener más claridad para tomar decisiones en lo que a su salud oral se refiere.

El embarazo no es una condición que impide a la paciente recibir atención odontológica de rutina, las condiciones urgentes como el dolor, o las infecciones de origen estomatológico deben ser atendidas en cualquier etapa del embarazo, ya que el no atenderlas genera más riesgos de complicaciones.

Durante este periodo la prevención será fundamental si se quiere lograr un embarazo saludable para la madre y el niño, por ello informar a la gestante sobre su estado de salud oral actual y sobre los cuidados que requiere es un paso que no se debe rehuir.

El uso de fármacos y exámenes auxiliares siempre debe hacerse con precaución, con pleno conocimiento de la condición de la paciente y enfocando su uso en la resolución del problema.

Referencias

1. Perona G, Castillo JL. Manejo odontológico materno infantil basado en la evidencia científica. 1era ed. Madrid: Ripano, 2012.
2. Toledo R, Almeida R, Rezende L, Rodrigues C, Matias M, Martins S. Oral Care during Pregnancy: Attitudes of Brazilian Public Health Professionals. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9:3454-64.
3. Castellanos JL, Díaz LM, Gay O. Medicina en odontología. Manejo de paciente con enfermedades sistémicas. 2da ed. México: El Manual Moderno, 2002.
4. Britto LA, Nakama L, Cordoni L, Sassahara M. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(4): 2297-301.
5. Guerra ME, Tovar V, Blanco L, Gutiérrez H. Información sobre salud bucal a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. *Acta Odontol. Venez*. 2011; 49(2).
6. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008; 77(8):1139-44.
7. Miní E, Varas R, Vicuña Y, Lévano M, Rojas L, Medina J, et al. Automedicación en gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(2):212-7.
8. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev*. 2000; 13(4):547-58.
9. Ramu C, Padmanabhan TV. Indications of antibiotic prophylaxis in dental practice- Review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2012; 2(9): 749-54.
10. Poveda-Roda R, Bagán JV, Sanchis-Bielsa JM, Carbonell-Pastor E. Antibiotic use in dental practice. A review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12:E186-92.
11. Lin KJ, Mitchell AA, Yau WP, Louik C, Hernández-Díaz S. Maternal exposure to amoxicillin and the risk of oral clefts. *Epidemiology*. 2012; 23(5):699-705.

12. Risser A, Donovan D, Heintzman J, Page T. NSAID Prescribing Precautions. *Am Fam Physician*. 2009; 80(12):1371-78.
13. Azuara V, Rivas R. Lidocaina: Anestésico de elección en pacientes embarazadas. *Rev Mex Odon Clín*. 2008; 2(2):4-8.
14. Neves IL, Avila WS, Neves RS, Giorgi DM, Santos JF, Oliveira RM, et al. Maternal-fetal monitoring during dental procedure in patients with heart valve disease. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(5):455-64.
15. Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341:c7017.
16. Cardoso JA, Spanemberg JC, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2013; 21(3):215-8.
17. Caufield PW, Li Y, Bromage TG. Hypoplasia-associated Severe Early Childhood Caries. *J Dent Res*. 2012; 91(6):544-50.
18. Elavenil P, Murugavel C, Kannadasan K, Krishnakumar VB, Gnanam A, Kanimozhi G, Davis D. Folic acid in cleft lip, alveolus and palate prevention: awareness among dental professionals. *Indian J Dent Res*. 2010; 21(3):360-3.

Recibido: 02-05-2014

Aceptado: 22-05-2014

Correspondencia: Paola Leonor Chacón Mendoza, Av. Del Río 678, Pueblo Libre, Lima, Perú. Teléfono/Fax: 994-941003, leonorchm@gmail.com