

Edita: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas

Nº 44

Abril 2013



PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS

Tratamientos odontológicos durante el embarazo



P. Fernández Martín¹, M^a Luisa Martínez-Frías^{1,2,3},

¹Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC) – Instituto de Salud Carlos III

²Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

³CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). U724

Generalidades

En la actualidad se considera que los tratamientos odontológicos durante el embarazo no incrementan el riesgo para que el hijo presente malformaciones y otros defectos congénitos.¹ Dicho de otra forma, el riesgo que tiene cada pareja (estimado entre un 3 y un 6%), es el mismo antes y después del tratamiento odontológico. Sin embargo, en algunos casos, si no se tratan ciertos problemas dentales, éstos pueden suponer riesgo para el buen desarrollo del embarazo.

Hace algunos años, la enfermedad periodontal se relacionó con un mayor riesgo para la aparición de preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Aunque en los últimos estudios no se han confirmado dichos riesgos, mantener una buena salud bucodental de la embarazada implica una menor probabilidad de que más tarde se produzca una transmisión vertical al hijo de bacterias cariogénicas (como el *Streptococcus mutans* y el *Streptococcus sobrinus*) y por lo tanto del posterior desarrollo de caries.² Por otra parte, durante el embarazo son más frecuentes algunas patologías odontológicas (gingivitis, *epulis gravidarum*...), posiblemente por los cambios fisiológicos durante el mismo (hormonales, variaciones cualitativas y cuantitativas de la saliva...), y la hiperémesis gravídica, que puede ocasionar la erosión del esmalte dental.³

Aspectos que los odontólogos deben tener en cuenta

Ante todo, deben considerar que cualquier mujer en edad fértil puede estar embarazada y que un resultado negativo en una prueba de embarazo no descarta con seguridad un

embarazo de pocos días. No obstante, tanto los cuidados preventivos como la mayoría de los tratamientos odontológicos, son compatibles con el embarazo. Además, no sólo se pueden realizar durante el mismo, sino que se deben aplicar, porque evitan problemas de salud para la madre; y mantener un estado óptimo de salud materna supone un claro beneficio para el bienestar fetal.

Los puntos a tener en cuenta a la hora de atender las necesidades odontológicas de una embarazada son los siguientes:

- Momento del embarazo en el que se puede realizar el tratamiento:** aquel en el que se presente el problema, incluso si es en el periodo de organogénesis (primer trimestre del embarazo).
- Posición de la embarazada para la exploración y la realización del tratamiento:** evitar el decúbito supino por el riesgo de aparición de un síndrome hipotensivo. La posición ideal de la paciente es semisentada a 15° con inclinación izquierda, para lo que puede ayudarse colocando un cojín en la región lumbar derecha.
- Exploración radiológica:** tanto las radiografías intraorales (periapicales, de aleta de mordida o interproximales y oclusales) como las extraorales (panorámicas, ortopantomografía y la telerradiografía lateral de cráneo) se pueden hacer durante el embarazo, siempre que sea imprescindible. Se estima que la dosis de radiación que llega al embrión o al feto por una radiografía dental es de 0,0001 rad, es decir, habría que realizar durante el embarazo de 50.000 a 100.000 radiografías dentales para alcanzar una dosis de

radiación acumulada que suponga un riesgo para el desarrollo embrionario/fetal.⁴ No obstante, si la radiografía es necesaria, se debe utilizar la menor dosis de radiación y, para una mayor tranquilidad de la paciente, y siempre que sea posible, es recomendable proteger el abdomen de la paciente con un delantal de plomo. La única **contraindicación** para una exposición radiológica, es cuando no es totalmente necesaria.⁵

4. **Amalgamas:** durante el embarazo no se recomienda la retirada o el empleo de amalgamas con mercurio. Aunque no existen estudios que demuestren un mayor riesgo para malformaciones congénitas o efectos adversos perinatales del mercurio (excepto en forma de metil-mercurio), en los hijos de mujeres con ese tipo de amalgamas, se debe evitar o minimizar la exposición al mismo; éste es un metal pesado, con paso transplacentario, y que a altas dosis podría resultar tóxico (especialmente para el sistema nervioso central del feto).
5. **En cuanto a los tratamientos con fármacos:** Podemos hacer las siguientes aclaraciones
 - a. **Anestésicos locales:** son considerados de bajo riesgo teratogénico, por lo que se pueden emplear de forma aislada. Es decir, **sin asociar** a agentes **vasoconstrictores**, ya que éstos, por su efecto biológico, teóricamente, podrían disminuir el aporte sanguíneo al feto, aumentando el riesgo de necrosis secundaria a la isquemia que se podría originar.
 - b. **Analgésicos y antiinflamatorios:** el analgésico de elección en el embarazo es el **paracetamol**, siempre a las menores dosis que tengan efecto, y no de forma prolongada (para evitar daños en el hígado fetal). En general, los **antiinflamatorios no esteroideos** son una alternativa terapéutica y se pueden usar desde los primeros momentos del embarazo hasta las semanas 28-29. Asimismo, si la situación clínica lo requiere, se pueden utilizar **agentes opiáceos** solos o combinados con otros analgésicos, considerando que su uso de forma continuada, y en especial durante las últimas fases de la gestación, puede aumentar el riesgo para que el recién nacido tenga un síndrome de toxicidad o de abstinencia⁶.
 - c. **Antibióticos:** los más empleados en odontología (amoxicilina sola o con ácido clavulánico, eritromicina, cefalosporinas, espiramicina...) se consideran fármacos que se pueden utilizar durante el embarazo. Se deben EVITAR las tetraciclinas, los aminoglucósidos y las fluorquinolonas.
 - d. **Otros agentes terapéuticos:** si fuera necesario el empleo de antimicóticos, los de primera elección son la nistatina y el clotrimazol. La clorhexidina es un antiséptico ampliamente utilizado en odontología sobre el que no existen evidencias de riesgo para el embarazo y además su absorción sistémica es mínima cuando se usa en enjuagues bucales.

Consideraciones para indicar a las pacientes

1. Durante la gestación son especialmente importantes los cuidados orales preventivos. Por ello, la mujer debe acudir a las revisiones programadas con el odontólogo, informándole de que planifica un embarazo o que ya está embarazada.
2. Los tratamientos dentales estéticos (como el blanqueamiento dental) se pueden aplazar para después del parto.
3. Mantener una dieta equilibrada con un consumo adecuado de lácteos para asegurar un buen aporte de calcio.
4. Es importante que se cepillen los dientes con una pasta fluorada después de cada comida (en especial si ha sido rica en azúcares), por lo menos dos veces al día.
5. Si no es posible el cepillado tradicional tras las comidas, se puede usar la seda dental o los cepillos interproximales. También se pueden masticar chicles sin azúcar o con xilitol.
6. No comer entre horas (dejar, al menos, 3 horas entre comidas). Evitar alimentos o bebidas azucaradas.
7. No se debe fumar.
8. Tras los vómitos (que pueden y deben ser tratados), se deben enjuagar bien la boca.
9. Ante la aparición de cualquier síntoma orodental (dolor, inflamación, sangrado...), deben acudir de forma inmediata al dentista, sea cual sea el momento del embarazo en el que se encuentre.
10. Durante el embarazo para los problemas dentales se pueden:
 - ✓ Hacer radiografías dentales.
 - ✓ Realizar la mayoría de los tratamientos odontológicos: extracción, endodoncia, raspado radicular...
 - ✓ Usar colutorios de clorhexidina, evitando los que contienen alcohol y/o mentol.

Referencias:

1. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MK et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. J Am Dent Assoc. 2008; 139:685-695.
2. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: acquisition and transmission. Pediatr Dent. 2006; 28(2):106-109.
3. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. Obstetrician & Gynaecologist 2007; 9:1:21-26.
4. Bogges KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Mater Child Health J. 2006 Sep; 10(5 Suppl):S169-174.
5. Hoja Propositus N° 43: Exposición a rayos X durante el embarazo. http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/43-13-Propositus_radiaciones_ionizantes.pdf
6. Hoja Propositus N° 35: Uso de analgésicos durante el embarazo. http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/35-12-Propositus_analgésicos-F.pdf

Agradecimientos:

Al Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad. A las Consejerías de Sanidad de: Cantabria, Castilla y León, Galicia, Principado de Asturias y Región de Murcia. A la Fundación 1000, sobre defectos congénitos.