



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Manejo odontológico de la paciente obstétrica

Elaborado por

Médicos Especialistas en Ginecología, Obstetricia y Odontología

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 138



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**Guía de práctica clínica
basada en evidencia
(GPC-BE) No. 138**

“Manejo odontológico de la paciente obstétrica”.

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de prestaciones en salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia
(GPC-BE)
GPC-BE 138 “Manejo odontológico de la paciente obstétrica”.
Edición 2022; págs. 64
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 6973 del 16 de mayo de 2022

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 978-9929-795-26-6

Derechos reservados-IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

M.Sc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dra. MSc. Gloria Verónica Ocampo Antillón

Médico Especialista “A”
Coordinadora de GPC-BE
Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dr. MSC. José Manuel Pérez Rodas

Ginecólogo y Obstetra
Especialista “A”
Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dra. Brenda Patricia Hernández Arias

Cirujana Dentista
Odontólogo General
Hospital de Ginecología y Obstetricia

Dr. Estuardo Palencia Quan

Residente IV, año 2021
Maestría de Ginecología y Obstetricia

Dra. Martha del Líbano Martínez Muñoz

Residente III, año 2021
Maestría de Ginecología y Obstetricia

Dr. Marilyn Andrea Illescas González

Residente III, año 2021
Maestría de Ginecología y Obstetricia

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

M.Sc. María Eugenia Cabrera Escobar
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **–la evidencia–**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan

A

el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y

recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,

Guatemala, 2021

Abreviaturas

HINARI	Health internetwork Access to research initiative
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
mg	miligramos
pH	potencia Hidrógeno
UFM	Universidad Francisco Marroquín

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Anexos	31
6. Glosario	34
7. Referencias bibliográficas	39

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Manejo odontológico de la paciente obstétrica”

1. Introducción

Se conoce que durante el embarazo, el organismo materno atraviesa por una serie de cambios hormonales, cardiovasculares, urinarios, gastro-intestinales y respiratorios, todas son alteraciones temporales maternas con el único fin de darle cabida al feto que se desarrolla.

Durante el primer trimestre existen trastornos como vómito, náuseas y fatiga, además pueden aparecer granulomas piógenos gingivales, aunado a esto, gingivitis y periodontitis preexistentes los cuales se pueden intensificar durante este período. En el tercer trimestre se puede observar en la gestante, una etapa de fatiga que puede conllevar a una falta de cooperación para cumplir con el protocolo de higiene oral.

La presente guía da a conocer la correcta atención odontológica que se debe brindar a las pacientes en cada uno de los trimestres de embarazo, los medicamentos que pueden ser brindados y utilizados por la mujer gestante que sean óptimos para un tratamiento adecuado y protección fetal, al evitar utilizar fármacos teratógenos.

Es importante comprender que pueden presentarse múltiples patologías odontológicas en cualquier trimestre de la gestación por lo que una adecuada historia clínica, diagnóstico y detección de cualquier foco infeccioso, es fundamental para un tratamiento adecuado, sin embargo, la higiene bucal constituye el pilar de cualquier afección dental.

Es importante motivar a la paciente embarazada para que asista a una evaluación odontológica, con el fin de educar sobre actividades preventivas orales. Es por ello que la importancia de esta guía radica en brindar al personal de salud una orientación sobre qué pautas seguir para cada patología que puedan presentar las pacientes y qué hacer de acuerdo al trimestre que se encuentra cursando.

2. Objetivos

General

1. Realizar una guía de manejo clínico para pacientes obstétricas en la clínica dental, fundamentada en conocimientos científicos y prácticas clínicas basadas en evidencia actualizada.

Específicos

1. Definir las principales patologías odontológicas.
2. Describir la sintomatología que presentan dichas patologías.
3. Establecer el diagnóstico y tratamiento para el manejo de las patologías descritas según el riesgo obstétrico.
4. Establecer los criterios de referencia de las pacientes obstétricas a la clínica dental.
5. Establecer las líneas de seguimiento para la contrarreferencia a las distintas unidades del IGSS al momento de resolver el embarazo.

3. Metodología

Definición de preguntas

1. ¿Cuáles son las principales patologías odontológicas durante el embarazo?
2. ¿Cuál es la epidemiología de la enfermedad periodontal, caries, granuloma piógeno y absceso periapical?
3. ¿Cuáles son los signos clínicos para el diagnóstico de enfermedad periodontal, caries, granuloma piógeno y absceso periapical?
4. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas de la enfermedad periodontal, caries, granuloma piógeno y absceso periapical?
5. ¿Cuál es el resultado obstétrico de un tratamiento eficaz oportuno de las patologías descritas?
6. ¿En qué momento se referirá a la paciente obstétrica a la clínica dental?
7. ¿Cuál será el proceso que se realizará para referir a las pacientes a sus unidades respectivas posterior a la resolución del embarazo?

Criterios de inclusión de los estudios

- Idioma: español e inglés
- Fecha de publicación 2010 al 2019

- Estudios con base científica confiable
- Artículos y publicaciones no pagadas

Criterios de exclusión de los estudios

- Estudios sin fundamento científico que no respalden un grado de recomendación y nivel de evidencia adecuado.

Estrategia de búsqueda

Consultas en materiales electrónicos: ej.

- Google académico
- Guías de Práctica Clínica
- Revistas médico-científicas
- Bibliotecas virtuales: HINARI, UFM, entre otras.

Población diana

Pacientes obstétricas en control prenatal normal, mediano y alto riesgo referidas para evaluación odontológica en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía

Se realiza esta guía como herramienta útil y de valor para los médicos generales, médicos residentes, médicos ginecólogos y obstetras, odontólogos y personal paramédico.

Implicaciones para la práctica

La presente guía busca brindar información sobre las patologías odontológicas con mayor recurrencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el IGSS para que personal de salud cuente con las herramientas necesarias para la atención odontológica oportuna.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante 2019 - 2022

Revisión agosto 2021

Publicación año 2022

4. Contenido

Salud Bucodental: La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Se establece cuando hay una relación adecuada en todos los componentes del sistema estomatognático.

La Real Academia Española (RAE) define “salud” como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones y “bucodental” que pertenece o se relaciona a la boca y dientes.

Enfermedad periodontal en el embarazo

Definición

1a

La enfermedad periodontal consiste en un conjunto de trastornos inflamatorios que afectan los tejidos de soporte de los dientes. Se caracteriza por inflamación gingival que tiene como resultado la pérdida del tejido conectivo de soporte dental incluyen el hueso alveolar. (Martínez, 2005)

A

Las 2 principales enfermedades periodontales son:

1. **Gingivitis asociada a placa:** es una inflamación gingival en la cual no existe pérdida de inserción periodontal y hueso alveolar.
2. **Periodontitis:** inflamación de los tejidos periodontales en la cual existe pérdida de la inserción periodontal y reabsorción del hueso alveolar, producto de la fagocitosis de hueso infectado por medio de los osteoclastos sin osteosíntesis. (Martínez, 2005)

Epidemiología

La enfermedad periodontal es la patología bucal de mayor prevalencia en el mundo, principalmente en países en vías de desarrollo. Se estima que 5-15% de la población mundial se encuentra afectada y hasta 15% de la población en Estados Unidos sufre de periodontitis severa.

Constituye una de las principales causas de pérdida de piezas dentales. Esta patología es de importancia

significativa ya que se asocia enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus y prematuridad en la mujer grávida. (FDI, 2015)

Historia natural

1a

Se considera que la enfermedad periodontal es causada por un mal equilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la placa dental del paciente, o simplemente por malos hábitos de higiene oral que causan una descompensación en el periodonto.

A

Han sido descritos factores de riesgo como retenedores de placa bacteriana, fuerzas oclusales excesivas, tabaquismo, diabetes mellitus y predisposición genética. (González, 2003)

En la mayoría de los casos el progreso de la enfermedad ocurre lentamente y se acompaña de episodios cortos de rápida progresión y pérdida de soporte dental. Se desconoce el mecanismo que desencadena la pérdida ósea; se ha pensado que el cambio de flora predominantemente Gram-positiva a bacilos anaerobios Gram-negativo está implicada.

La respuesta del huésped a la flora bacteriana es variable y contribuye a la destrucción ósea. (Preitel, 2011)

La enfermedad sin control termina en destrucción ósea y pérdida de las piezas dentales; aunque puede progresar a abscesos periodontales y posibles infecciones del espacio orofaríngeo.

Diagnóstico

Se caracteriza por inflamación gingival, presencia de cálculos dentales, pérdida de tejido conectivo de soporte incluyendo el hueso alveolar con la consecuente pérdida del anclaje del ligamento periodontal al cementum. (Botero, 2010)

Otros síntomas

Usualmente los síntomas son detectados por un odontólogo, sin embargo, a medida que la enfermedad avanza, se aprecian indicadores de la enfermedad:

- Gingivorragia espontánea
- Gingivorragia provocada que ocurre al realizar cepillado dental o limpieza con hilo dental
- Halitosis persistente
- Piezas móviles
- Abscesos dentales o gingivales
- Por pérdida de estabilidad, los dientes no encajan en la mordida habitual del paciente.
- Encías con edema, sensibles y con eritema
- Diastemas provocados por pérdida de papila de la encía.

Exámenes de laboratorio

No se conoce con exactitud el mecanismo patológico responsable del inicio y progresión de las enfermedades periodontales, sin embargo, se ha determinado que la susceptibilidad patógena, tiene un rol importante en la destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar; adicionalmente la secreción bacteriana favorece la destrucción periodontal.

Aunque el diagnóstico es clínico existen pruebas complementarias como cultivos orales positivos para *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (formalmente *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* y *Treponema denticola*, debido a que tienen mayor asociación a periodontitis, al ser considerados los patógenos más comunes.

La presencia de bacilos entéricos Gram negativos son un factor de riesgo para complicaciones sistémicas.

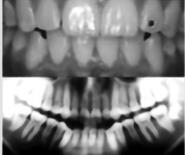
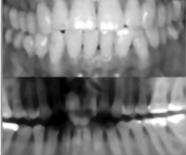
Estudios de imagen

Los síntomas más comunes pueden ser identificados mediante radiografía y sonda periodontal.

La radiografía permite la observación de los tejidos duros incluidos en la enfermedad periodontal, como el hueso alveolar, tejido dentario y espacio del ligamento periodontal.

En las siguientes imágenes se describen las características clínicas y radiológicas de la enfermedad periodontal. (Botero, 2010).

Imagen 1. Progresión de las enfermedades periodontales

SALUD GINGIVAL/ PERIODONTAL	GINGIVITIS	PERIODONTITIS de inicial a moderada Estadios 1-2	PERIODONTITIS avanzada Estadios 3-4
			
<p>Encías sanas</p> <p>Buena higiene bucodental</p> <p>Sangrado mínimo al sondaje (<10% de localizaciones)</p> <p>Sin bolsas periodontales (≤3 mm)</p> <p>Sin pérdida ósea en radiografía</p>	<p>Encías enrojecidas e inflamadas</p> <p>Placa y/o cálculo dental</p> <p>Sangrado al sondaje (≥10% de localizaciones)</p> <p>Bolsas periodontales superficiales (≤ 4 mm)</p> <p>Sin pérdida ósea en radiografía</p>	<p>Encías enrojecidas e inflamadas</p> <p>Placa y/o cálculo dental</p> <p>Sangrado generalizado al sondaje</p> <p>Bolsas periodontales (4-5 mm)</p> <p>Pérdida ósea ≤ 1/3 de la longitud radicular en radiografía</p>	<p>Encías enrojecidas e inflamadas</p> <p>Placa y/o cálculo dental</p> <p>Sangrado generalizado al sondaje</p> <p>Bolsas periodontales profundas (≥ 6 mm)</p> <p>Pérdida ósea ≤ 1/3 de la longitud radicular en radiografía</p>

Fuente: Global Periodontal Health Project. FDI World Dental Federation. 2008, Suiza. Modificado por el grupo de desarrollo IGSS 2022

Imagen 2. Medición de la profundidad de la bolsa mediante una sonda periodontal



Fuente: Global Periodontal Health Project. FDI World Dental Federation. 2008, Suiza. Modificado por grupo de Desarrollo, IGSS, 2022

Comorbilidades

Ciertas condiciones modifican la respuesta inmune-inflamatoria del hospedero para que se dé la periodontitis, como factores locales, sistémicos o ambientales, entre los cuales podemos mencionar: tabaquismo, diabetes pregestacional y gestacional, lo cual provoca una pérdida de los tejidos de soporte dental.

En menor grado, la obesidad, por medio de la inflamación sistémica, debida al aumento de la producción de adipocinas más los hábitos de una dieta nociva. A la vez alteraciones a la respuesta inmune debido al estrés y enfermedades tales como SIDA y cáncer, predisponen a la enfermedad.

(González, 2003)

Tratamientos

No farmacológico

Detartraje: limpieza profunda realizando un raspado que remueve el sarro y alisado de la raíz donde se eliminan las áreas ásperas donde se acumulan los gérmenes. (Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial , 2013)

1a

Farmacológico

Se pueden utilizar dependiendo de qué tan avanzada se encuentra la enfermedad, entre los cuales podemos mencionar:

- Enjuague bucal antimicrobiano

A

- Gel bactericida y bacteriostático: gel de clorhexidina al 0.12%.
- Antibióticos orales: tabletas o cápsulas. (Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial , 2013).

Quirúrgico

1. Cirugía periodontal con colgajo: Se realiza para tratar bolsas periodontales profundas superiores a 6mm, las cuales el tratamiento básico periodontal no es capaz de eliminar. Con esta cirugía se pueden abordar zonas de difícil acceso a las que el raspado y alisado radicular dental no llega. La intervención consiste en separar y levantar el colgajo de la mucosa que rodea al diente. En ocasiones se utilizan injertos de hueso y de tejido para regenerar la pérdida ósea. (Mayo Clinic, 2019)

NOTA: Es importante dar tratamiento antibiótico oral (se sugiere, Clindamicina 300 mg. cada 8 horas, durante 7 días o Amoxicilina 500 mg/ Acido clavulánico 125 mg. cada 08 horas, por 7 días).

√

Caries dental

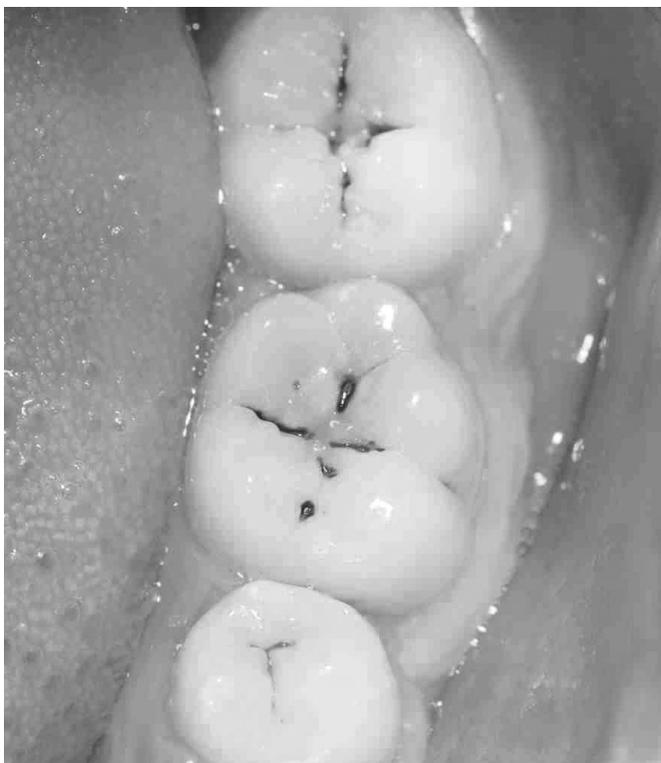
Definición

Es una enfermedad altamente prevalente en los seres humanos, principalmente en los países en vías de desarrollo, de origen multifactorial estos incluyen:

- El huésped (higiene bucal, piezas dentales y saliva), microflora oral.
- El sustrato (dieta cariogénica).

Las bacterias crecen en el depósito de placa sobre los dientes y producen ácidos a partir de hidratos de carbono y demás componentes de la dieta. Estos ácidos de la placa bacteriana tienen la capacidad de erosionar y causar destrucción de las piezas dentales. (Ubertalli, 2017)

A continuación se muestran algunas ilustraciones de pacientes con caries dental.



Fuente: Grupo de desarrollo, Clínica dental, IGSS



Fuente: Grupo de desarrollo, Clínica dental, IGSS



Fuente: Grupo de desarrollo, Clínica dental, IGSS

Epidemiología

El embarazo se asocia con mayor incidencia de caries, aunque no ha sido posible describir una relación causal en la literatura. En general, la caries dental es la enfermedad bucal de mayor prevalencia en la población adulta. (Perez, 2011)

Historia natural

El primer paso que toma lugar para el desarrollo de caries dental está relacionado con el depósito de placa bacteriana. El *Streptococcus mutans* es el agente más vinculado con la patogenia.

La saliva ejerce importantes funciones en la boca como limpieza mecánica, lubricante, efecto antimicrobiano y está relacionado con mantener el pH bucal, también contiene enzimas, glucoproteínas e inmunoglobulinas que están relacionadas en la prevención.

En cuanto al pH, existen bacterias acidogénicas de la placa dental que metabolizan los carbohidratos de la comida y obtienen como resultado final ácidos que disminuyen el pH bucal; la saliva está implicada en ejercer un efecto buffer de pH. (Perez, 2011)

Durante el embarazo la composición salival cambia y tiene como resultado una disminución del pH, creando un ambiente propicio para la proliferación y cambios en las poblaciones bacterianas. (Perez, 2011)

Existen otros factores asociados a aumento del riesgo de desarrollo de caries en el embarazo como lo son

la mayor colonización por *Streptococcus mutans* y lactobacilos acidófilos, ingesta más frecuente de hidratos de carbono, mayor recurrencia de vómitos y alteraciones en el pH salival. Todos los factores previamente mencionados están involucrados en el aumento de la prevalencia de caries dental en el período gestacional. (Perez, 2011)

Examen clínico

Clasificación de la caries

La caries puede ser clasificada según la tasa de progresión, tejidos duros afectados y ubicación. Esta clasificación puede utilizarse para caracterizar un caso particular de caries dental e indicar la gravedad de la destrucción del diente.

Tabla 3. Clasificación de las caries

1a

	Clasificación	Descripción
Tiempo de progresión	Agudo	Significa una condición de desarrollo rápido
	Crónico	Significa una condición de desarrollo prolongado
Tejidos duros afectados	Esmalte	Desarrollo temprano y posiblemente afecta únicamente esmalte
	Dentina	La extensión de la caries alcanza la capa profunda de dentina
	Cemento	Caries en las raíces de los dientes
Localización	Clase I	Caries en fosas y fisuras
	Clase II	Superficie aproximada de dientes posteriores
	Clase III	Superficie aproximada de dientes anteriores sin involucramiento del borde incisional.
	Clase IV	Superficie aproximada de dientes anteriores sin involucramiento del borde incisivo.
	Clase V	Superficie gingival o cervical en el aspecto lingual o facial.
	Clase VI	Borde incisivo de los dientes anteriores

Fuente: Clasificación según Sistema Internacional para la Detección y Gestión de Caries (ICDAS-ICCMS). Modificado por grupo de desarrollo

Diagnóstico

Primario

Inicialmente puede aparecer como una pequeña área calcárea (caries de superficie lisa) que eventualmente puede convertirse en una gran cavitación. Inspección de todas las superficies visibles de los dientes con una buena fuente de luz, espejo dental y explorador. Las radiografías dentales (rayos X) se usan para áreas menos visibles de los dientes, en particular caries entre los dientes. Los láseres sin radiación ionizante se utilizan ahora para la detección de caries interproximales (entre los dientes). La inspección visual y táctil junto con las radiografías se utiliza con frecuencia, en particular para diagnosticar caries de fosas y fisuras. (Asmat, 2010)

Otros síntomas

Los signos y síntomas varían según el grado de extensión y localización. Al inicio, una caries puede no tener ningún síntoma. A medida que la caries se extiende, puede presentar:

- Odontalgia: dolor leve a agudo al comer o beber algo dulce, caliente o frío.
- Sensibilidad dental, dolor leve que se quita al retirar el estímulo.
- Agujeros visibles en los dientes.
- Manchas marrones, negras o blancas en cualquier superficie dental.

- Mal aliento
- Fiebre asociada a abscesos dentales. (Asmat, 2010)

Estudios por imágenes

En la imagen se observan áreas radiolúcidas a medida que crece la lesión.

1a

Toda la evidencia sugiere que los métodos radiográficos tienen un mayor grado de especificidad que sensibilidad.

Las nuevas técnicas radiográficas digitales que eliminan el uso de películas de rayos X puede mejorar la detección de caries dental. (Veitia, 2010).

Comorbilidades

Entre los factores de riesgo que han sido relacionados con la enfermedad caries dental, se encuentran: infección por *estreptococos mutans*, infecciones por lactobacilos, disminución de la resistencia del esmalte al ser expuesto a ácidos, disminución de la capacidad de mineralización, dieta cariogénica, mala higiene bucal. Los factores sociales y bajos niveles educacionales se asocian a mayor probabilidad de caries. (Hidalgo, 2008)

Tratamientos

Farmacológico

Flúor: cuando la caries no se encuentra muy avanzada el flúor ayuda a regenerar el esmalte del diente y en algunas ocasiones puede revertir la

√

caries. Las vitaminas durante el embarazo pueden beneficiar a la formación de piezas dentales en el feto, pero el exceso de flúor puede causar flúorosis dental y debilitar los huesos.

No farmacológico

1. Empastes: se limpia el área en donde se encuentra la caries y se rellena con resinas compuestas, amalgama u oro cohesivo entre otros.
2. Coronas: cuando la caries se extiende y ocurre una debilitación del diente, se realiza una cubierta con medidas para reemplazar la corona natural del diente.
3. Endodoncia: si la caries involucra la pulpa del diente se extrae la misma pudiendo colocar medicamentos en el canal radicular para evitar la infección; se reemplaza por un empaste, esto con la finalidad de conservar un diente muy dañado.
4. Extracción del diente: se realiza cuando la caries es muy profunda y ya no hay manera de restaurar el diente. En el lugar se puede colocar un implante dental.

√

Granuloma piógeno

Definición

Crecimiento no neoplásico, reactivo a estímulos como caries dental, traumatismos repetidos, factores hormonales, fármacos, placa dental y restauraciones desbordantes.

Una mayor incidencia de este tipo de lesión durante el embarazo se relaciona con altos niveles de estrógeno y progesterona. (Rotember, 2009).

Epidemiología

El granuloma piógeno es de mayor prevalencia en mujeres de 11 a 40 años de edad. El 75% de las lesiones aparecen en región anterior de maxilar superior, aunque se reportan casos en labios, lengua, mucosa bucal y paladar.

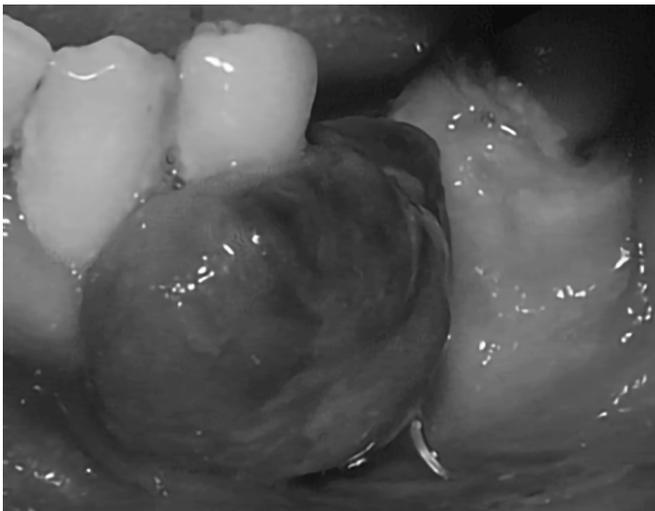
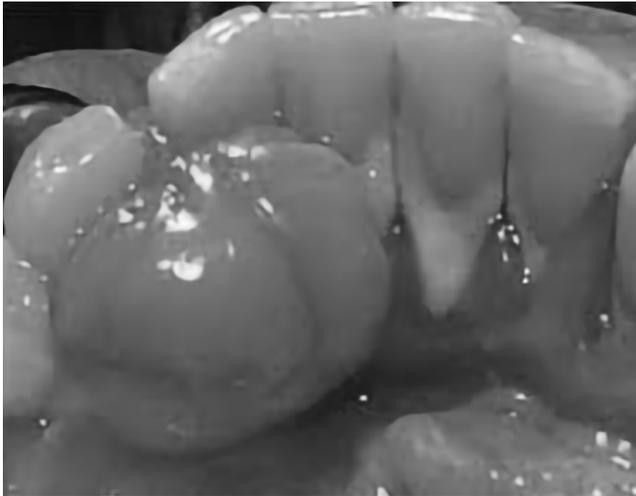
Historia natural

Se manifiesta como una neoformación solitaria, pequeña, poco dolorosa, brillante, ulcerada o con una costra en la superficie, con hemorragia espontánea o después de algún traumatismo. Es de crecimiento rápido, en algunas semanas alcanza diámetro de 1 a 2 cm y se estaciona por varios meses. Con frecuencia se manifiesta en el embarazo por el aporte de progesterona que causa incremento del grosor y tortuosidad de los vasos sanguíneos periféricos. Tiende a manifestarse con mayor frecuencia durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. (Lee, 2011)

Diagnóstico

Primario

Ilustraciones fotográficas



Fuente: Grupo de desarrollo, Clínica dental, IGSS

Clínicamente se observa como un crecimiento rápido de color rojizo, de consistencia blanda, que puede estar ulcerado y con tendencia al sangrado. Se encuentra con mayor frecuencia en zona anterior de maxilar superior. (Vilas, 2012).

Comorbilidades

Se encuentra asociado a higiene deficiente, encontrando con frecuencia caries dental y cálculos dentales.

Tratamiento

No farmacológico

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa con curetaje subperióstico para evitar la reincidencia. (Lee, 2011).

Farmacológico

Enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0.12% después de la escisión quirúrgica. (Lee, 2011).

Abscesos periapicales

Definición

Infección localizada en la raíz dental, la cual puede ser provocada por caries o por enfermedad periodontal.

En estadios crónicos puede ser asintomático y en fase aguda presentar una comunicación por fístula a la cavidad bucal drenando material purulento y, en muchos casos dolor; en algunas ocasiones

1b

A

puede comprometer otras estructuras periodontales (circundantes alrededor de la pieza dental afectada).
(Salinas, 2008)

Epidemiología

Historia natural

Inicia en la mayoría de casos con caries no tratadas o enfermedad periodontal avanzada, puede estar asociada a traumatismos, donde se encuentran bolsas profundas, afectando y destruyendo el hueso alveolar, instalando bacterias y glóbulos blancos, con acumulación de material purulento. (Herrera, 2003)

Diagnóstico

Primario

La presentación clínica incluye halitosis, fiebre, sensibilidad al calor, al frío y a la percusión vertical principalmente, aunque en ocasiones más esporádicas, también a la percusión horizontal, como también adenopatías cervicales.

El paciente puede referir malestar general, dolor a la masticación, eritema de encías y páruis al inicio de la fase masticación y según la evolución puede llegar hasta una celulitis facial. En ocasiones si no se manejan rápidamente estas infecciones terminan drenando en la cavidad oral o en casos extremos en área del músculo macetero pero poco frecuentes a nivel de cuello (Angina de Ludwig) (Salinas, 2008)

1a

Tratamientos

No farmacológico

Drenaje de absceso.

Farmacológico

Antibióticos sistémicos

- Clindamicina 300 mg. cada 08 horas, durante 7 días. (Código 07).
- Amoxicilina 500 mg/ Acido clavulánico 125 mg. cada 08 horas, por 7 días. (Código 115).
- En pacientes embarazadas con edad gestacional menor a 12 semanas, se sugiere indicar Cefadroxilo 500 mg cada 12 horas. (Código 05). Cefexima 400 mg. cada 24 horas. Durante 5 días. (Código 48).
- Tratamiento intrahospitalario: Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas (Código 111), se puede asociar según la severidad del caso Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas (la duración del antibiótico se individualizará según el diagnóstico de cada paciente). (Código 06). Cefexima 400 mg cada 24 horas. (Código 48). (Herrera, 2003).

Al momento del egreso hospitalario, se recomienda continuar antibiótico por vía oral hasta abarcar 10 días de tratamiento.

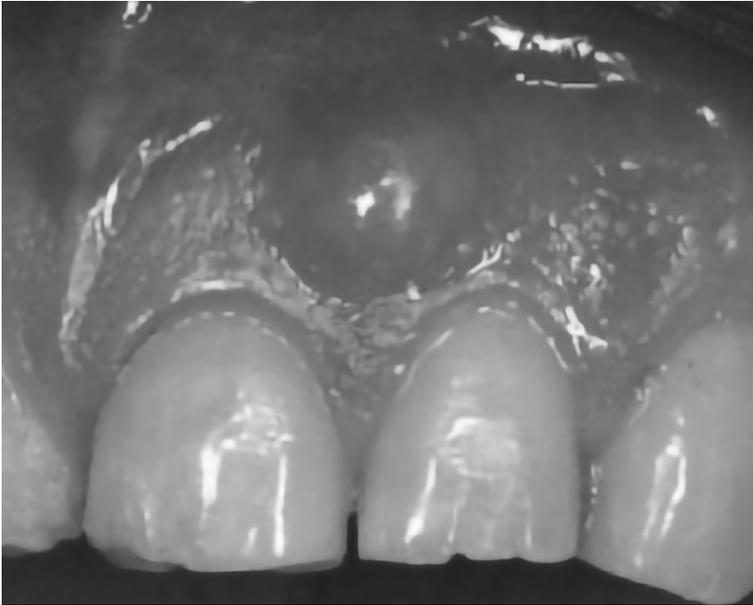
A

√

D

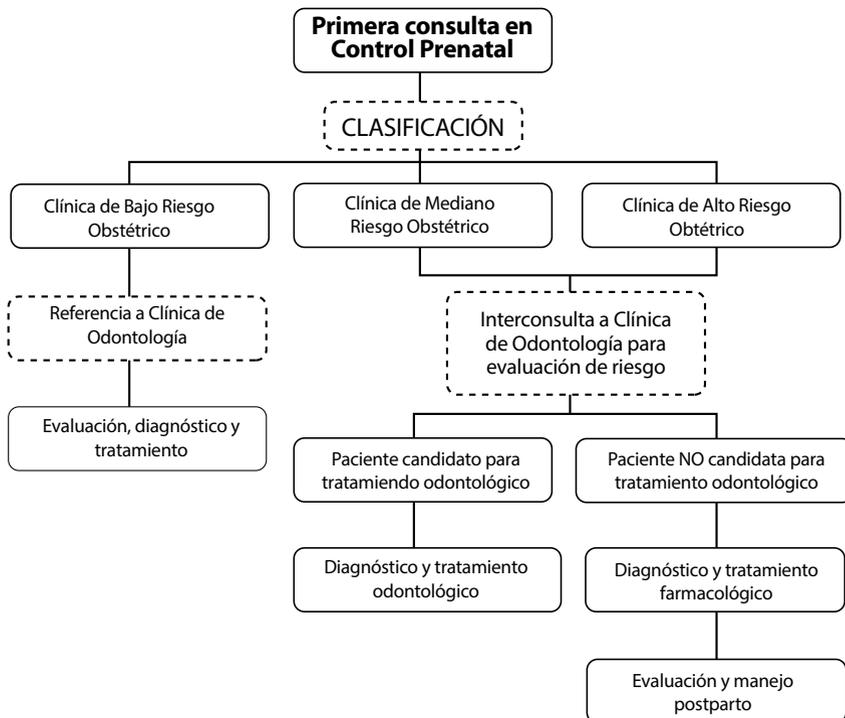
√

A continuación una ilustración fotográfica de paciente con absceso periapical.

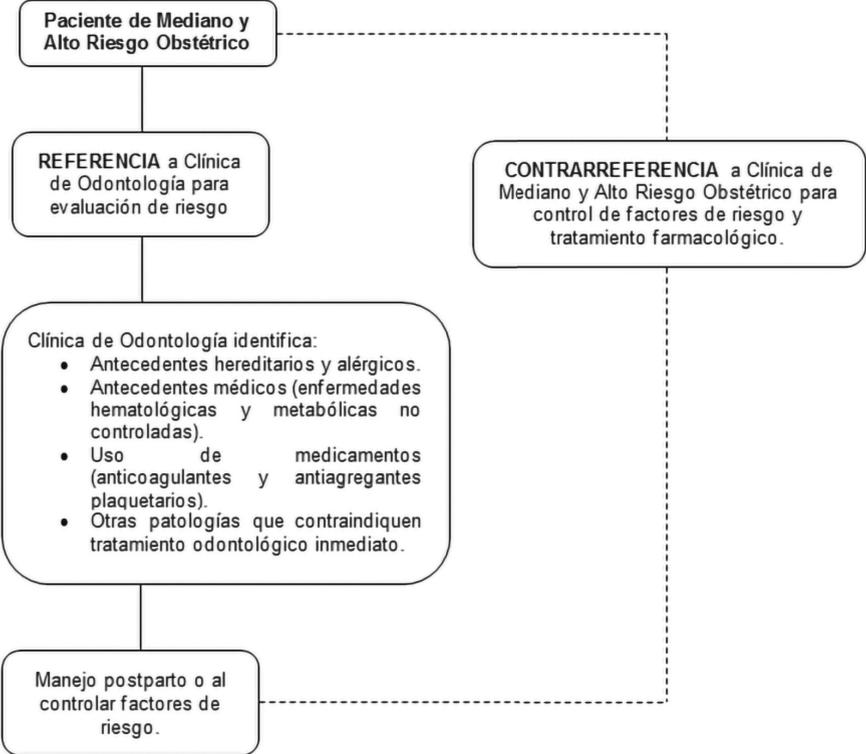


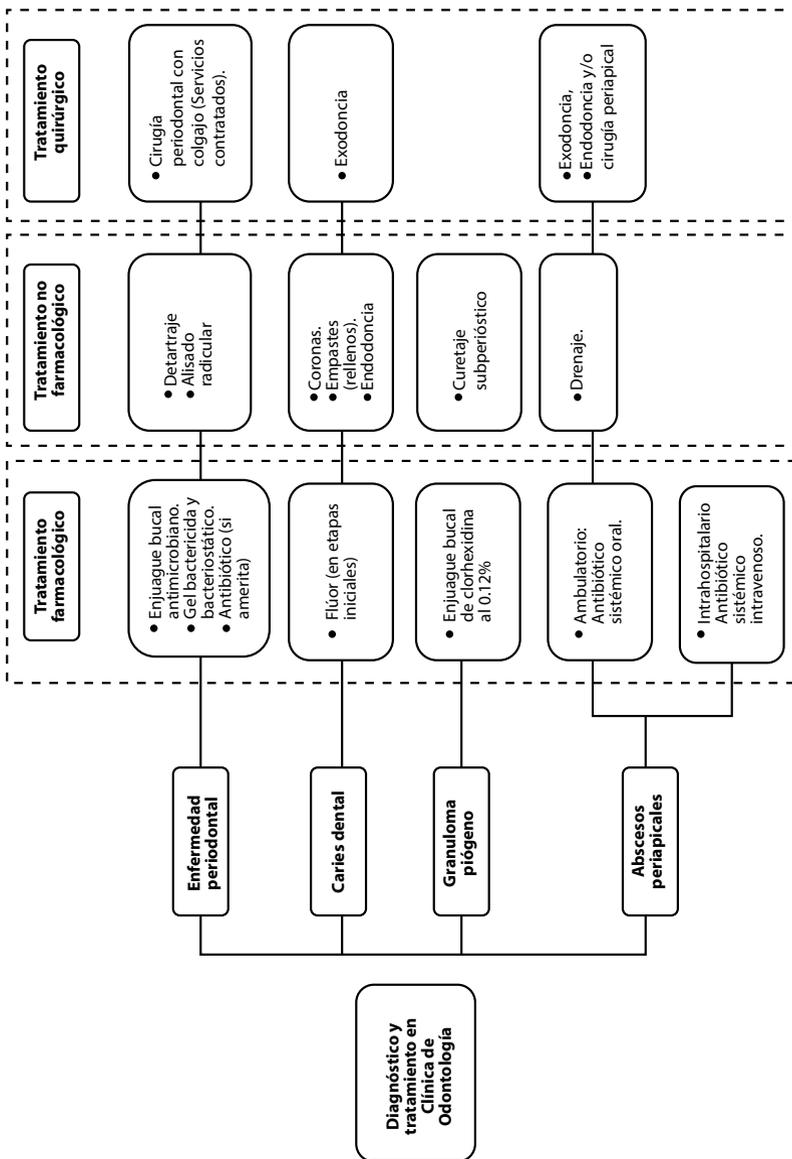
5. Anexos

Anexo 1: Algoritmo de decisión



Anexo 2: Algoritmos de referencia y contrarreferencia





6. Glosario

Absceso: es una acumulación localizada de pus, producida por una infección bacteriana. Hablamos de absceso apical cuando está localizada en el extremo de la raíz del diente. Un absceso periodontal es una infección de la encía que contiene pus.

Analgesia: reducción del dolor, generalmente con productos químicos. La aspirina es un analgésico. Los sedantes y relajantes de gas son ejemplos de analgésicos, que además reducen la conciencia.

Anestesia: El proceso de eliminación total del dolor con agentes químicos. Anestesia general causa la pérdida del conocimiento. Anestesia local (usada con más frecuencia en odontología) adormece un diente o una sección de la boca.

Ápice: El final de la raíz de un diente.

Apicectomía: extirpación quirúrgica de la punta de la raíz de un diente.

Bruxismo: El hábito de rechinar o apretar los dientes de manera subconsciente. La mayoría de las veces se realiza durante el sueño, pero en casos más severos el paciente puede bruxar durante las horas de vigilia.

Bucal: Relativo a la boca. También se refiere a la superficie de los dientes que mira hacia las mejillas.

Canal: El estrecho paso a través de la raíz del diente que contiene el tejido nervioso y los vasos sanguíneos.

Caries: El término comúnmente usado para la caries dental.

Cavidad: Una lesión del diente causada por la caries.

Cemento: La cubierta externa de la superficie de la raíz. El cemento es más blando que el esmalte. Producto utilizado para cementar prótesis o restauraciones.

Corona: La parte del diente cubierta con un esmalte que sobresale de la encía. También se refiere a una cubierta artificial de porcelana o de oro, conocido comúnmente como una funda.

Dentina: La parte del diente directamente debajo del esmalte. La dentina es mucho más blanda que el esmalte.

Esmalte: La capa externa dura de la corona del diente. El esmalte es el tejido más duro del cuerpo humano.

Endodoncia: parte de la odontología que se encarga del tratamiento de la pulpa dental (“los nervios”)

Gingivitis: Enfermedad inflamatoria de las encías por lo general acompañada de sangrado.

Granuloma: Similar a una cicatriz; representa el intento del organismo para aislar o detener una infección.

Mucosa Oral: recubrimiento epitelial de la mucosa oral que continúa en la piel de los labios y la mucosa del paladar blando y faringe. Se compone de mucosa masticatoria (encía y paladar duro), mucosa especializada (dorso de la lengua) y mucosa alveolar (resto de la mucosa oral).

Odontalgia: dolor dental.

Periostio: membrana de tejido conjuntivo que reviste todos los huesos, excepto en las superficies articulares.

7. Referencias bibliográficas

1. Alfaro, A. (2018). *Embarazo y salud oral*. España.
2. Alonso, R. (2010). *Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento*. Evidencias y controversias. Salamanca, España.
3. Asmat, K. (2010). *Secuencia de una restauración con resina compuesta clase I*. Lima.
4. Botero, J. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal . *Rev. Clin. Periodoncia Rehabil. Oral*, 94-99.
5. Bouza, M. (2012). *El embarazo y salud bucal*. Cuba.
6. FDI. (2015). Enfermedades bucodentales. *El desafío de las enfermedades bucodentales*.
7. González, B. (2003). Mecanismos inmunológicos de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Avances en periodoncia e implantología oral*, 121-138.
8. Herrera, D. (2003). El absceso periodontal. *Peridoncia*.
9. Hidalgo, I. (2008). La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños . *Rev. Cubana Estomatol*.

10. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial (2013). *Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal*.
11. Lee, J. (2011). Opciones de tratamiento de granuloma piógeno cutáneo. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 1216-1220.
12. Martínez, B. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en periodoncia*.
13. Mayo Clinic. (12 de diciembre de 2019). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/diagnosis-treatment/drc-20354479>
14. Oliveira, P. (2017). *Caries dentales en el embarazo*. Ecuador.
15. Pérez, A. (2011). Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Rev. Cubana Estomatol.*
16. Pretel, C. (2011). *Relación entre factores de riesgo y enfermedad periodontal*. Lima.
17. Rotember, E. (2009). Manifestaciones periodontales de los estados fisiológicos de la mujer. *Odontoestomatología*.
18. Salinas, Y. (2008). Abscesos del periodonto. Conducta odontológica. *Acta Odontologica Venezolana*.

19. Ubertalli, J. (2017). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-bucales-y-dentales/trastornos-dentales/caries>
20. Veitía, L. (2010). *Métodos convencionales y no convencionales para la detección de lesión inicial de caries*. Caracas.
21. Velazco, N. (2007). *Granuloma piogénico gravídico*. Venezuela.
22. Vilas, G. (2012). Granuloma Piógeno. *ELSERVIER*, 417. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-granuloma-piogeno-S1138359312000883>



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-26-6



9 789929 795266