

**Prevalencia de lesiones orales en tejidos blandos en mujeres embarazadas
en el Hospital Mario Correa Rengifo (2006-1)**



Colegio Odontológico Colombiano
Sede Santiago de Cali

Autores:

Cardenas C., Alexis

Pérez L., Darcy Y.

Quina E., Sandra. V.

Luna R., Paola A.

Asesores Científico y metodológico

Montes, Luis Fernando

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de profesional en
Odontología.

Institución Universitaria Colegios de Colombia

Colegio odontológico colombiano - COC

Sede Santiago de Cali.

2006-5-30

**PREVALENCIA DE LESIONES ORALES EN TEJIDOS BLANDOS EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL
HOSTPITAL MARIO CORREA RENGIFO
PREVALENCE OF ORAL LESIONS IN SOFT TISSUES IN PREGNANCY WOMEN IN THE HOSPITAL MARIO
CORREA RENGIFO.**

Cárdenas C Alexis¹; Pérez L Darcy Y²; Quina E
Sandra V³; Luna R Paola A⁴.

Estudiantes de décimo semestre. Colegio
Odontológico Colombiano.

Alexis Cárdenas alcace29@yahoo.com

Dr. Luis Fernando Montes, odontólogo y
especialista en Periodoncia⁵.

Dr. Héctor Fabio Mueces⁶, estadístico

1. Autor

2. Autor

3. Autor

4. Autor

5. Asesor científico y metodológico

6. Asesor estadístico

RESUMEN:

OBJETIVO: Estimar la Prevalencia y factores asociados a la presencia de lesiones orales en tejidos blandos en mujeres gestantes que asisten a controles prenatales al hospital Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali en el área de ginecobstetricia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio observacional de corte transversal el cual tomó la totalidad de 40 mujeres gestantes que acuden a controles prenatales en el hospital Mario Correa Rengifo en la ciudad de Cali, no se obtuvo una muestra ya que la población no era significativa.

RESULTADOS: Se revisaron 40 mujeres gestantes en edades entre 14 y 40 años que asistieron a controles prenatales al hospital Mario Correa Rengifo en la ciudad de Cali en el segundo semestre del 2005 y el primer semestre del 2006. Las 40 mujeres examinadas presentaron un promedio de edad de 20 años, el promedio de semanas de gestacion fue de 18 (segundo trimestre), y dentro de las características socio demográficas se encontró que el nivel socioeconómico mas alto corresponde a 2 en un 52.5% del total de las mujeres gestantes. Al realizar el examen clínico se encontró que un 72.5% presento gingivitis, con un índice de placa bacteriana de 2 según el índice de Green y Vermillon.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las pacientes gestantes presentaron lesiones orales en tejidos blandos en un porcentaje de 86%, entre los factores asociados se observo un índice de placa bacteriana grado 2 que se relaciono con la presencia de gingivitis.

PALABRAS CLAVES: Higiene oral, Enfermedades periodontales, hormonas sexuales, granuloma piógeno.

SUMMARY

OBJECTIVE: To estimate the prevalence and factors associated to the presence of oral lesions in soft tissues in pregnancy women that attend prenatal controls to the hospital Mario Correa Rengifo of the city of Cali in the gynecostetrician area.

MATERIAL AND METHODS: an observational study of transverse court which take the total of 40 pregnancy women that go to prenatal controls to the hospital Mario Correa Rengifo of the Cali's city. Not obtained a sample because the populacion it was not significant.

RESULTS: to revised 40 pregnant women in ages between 14 and 40 years that was attend prenatal controls in the hospital Mario hospital Rengifo in the Cali's city at the second semester of the 2005 and the first semester of the 2006. The average of ages of the women 20 years old and 18 weeks of gestation (second trimester), the characteristics socials and demographic found a high layer is 2 in 52,5% of the gestantes women, with a high index of bacterial biofilm. In addition she is observed that the pathology but frequents is the gingivitis with an average of 72,5% presents in the pregnant women whit a biofilm index in 2 according to Green and Vermillon index.

CONCLUSIONS: To determinate the hormonal changes present in pregnant woman are not a predominate problem to the oral pathologies presence in soft tissues. But that also the bacterial biofilm plays an important role in the gingivitis associated to the pregnancy.

KEY WORDS: Dental hygiene, periodontal disease, sex hormones, pyogenic granuloma.

INTRODUCCION

Estudios anteriores han demostrado que las mujeres embarazadas presentan diferentes cambios en la cavidad oral, los cuales podrían tener conexión con los cambios fisiológicos y hormonales de las mujeres gestantes,¹ llevando a lesiones orales como granuloma piógeno, aftas, enfermedad periodontal, entre otras, siendo esta última caracterizada por una infección e inflamación crónica que se han considerado como factor de riesgo para varias afecciones medicas².

La enfermedad periodontal es considerada como una infección bacteriana que produce inflamación y posterior destrucción de los tejidos de sostén,³ hasta llegar a la pérdida de estructura dentaria; afectando del 5 al 30% de la población mundial en un rango de edad entre los 15 – 75 años; presenta unos parámetros clínicos que incluyen tumefacción y enrojecimiento de la encía, sangrado al sondeo, supuración, aumento del fluido crevicular, presencia de bolsas periodontales y pérdida del nivel de inserción.⁴ El factor etiológico más importante, aunque no el único es la presencia de placa bacteriana la cual puede causar daño directo de acuerdo con la susceptibilidad del huésped y pueden producir un desequilibrio de la respuesta inmune protectora.⁵

El propósito de esta investigación es observar la relación de los cambios hormonales que ocurren en la etapa gestacional con las alteraciones que se observan en la cavidad oral, ya que el estado periodontal durante el embarazo puede presentar cambios clínicos orales asociados a una respuesta inflamatoria exagerada que incluyen la presencia de eritema, edema, hiperplasia y aumento de sangrado a nivel de tejidos gingivales y periodontales. Estos cambios comienzan en el segundo mes de gestación aumentando hasta el octavo y luego disminuyen durante el último mes y que remiten después del parto si no se realiza su tratamiento adecuado.⁶

Dentro de los factores etiológicos que pueden producir esta respuesta inflamatoria aumentada se encuentran la composición de la placa subgingival, la respuesta inmunosupresiva materna por presencia del feto y la concentración de hormonas sexuales en el fluido gingival.

Microbiológicamente se ha visto un aumento en la proporción de bacterias anaeróbicas a partir del tercero al cuarto mes de gestación⁷ asociado a el aumento de los niveles de progesterona y estrógenos en el fluido gingival e incluso se ha observado que pueden llegar a ser utilizados como fuente nutricional para algunas bacterias como *Prevotella intermedia* que aumenta de un 2.2 a

10.1% en la microbiota subgingival, ya que utiliza la presencia de estradiol o progesterona para sustituir la menadiona (Vitamina K) factor esencial de su crecimiento.^{8,9}

También se ha destacado mayor respuesta inflamatoria asociada a una ligera inmunosupresión de la madre, debido a esto es mayor la susceptibilidad a la presencia de inflamación gingival aumentada por la presencia de placa bacteriana produciéndose la Gingivitis que se caracteriza por inflamación, sangrado y enrojecimiento de la encía, también se ha observado específicamente que hay una reducción de células mediadoras, anticuerpos y respuesta de células T, disminuyendo la quimiotaxis de neutrofilos y estimulando de la producción de prostaglandinas.^{10,11} Aunque los cambios gingivales del embarazo son los más frecuentes se puede encontrar predisposición genética individual de padecer o no ciertas enfermedades, así como también el estado sociocultural de cada gestante.

Según el estudio realizado por los Doctores Díaz y Castellanos, en el cual señalan que a mayor nivel educativo y condiciones socio económicas, esta afección se comporta en menor severidad.¹² Es por eso que el objetivo de la investigación es determinar los posibles factores de riesgo que influyen al desarrollo de la enfermedad.

Esto es de gran importancia tanto para el odontólogo como para el médico porque ayuda a obtener mejores resultados en el manejo, prevención y tratamiento de pacientes gestantes.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, en una población de 100 pacientes que acuden a consulta al área de ginecobstetricia en el primer y segundo semestre del 2005, y el primer semestre del 2006, al hospital Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali, participaron 40 mujeres gestantes, las cuales cumplen los criterios de inclusión, se excluyeron pacientes, que no colaboraran con el examen clínico y que no firmaran el consentimiento informado, las variables dependientes fueron gingivitis, periodontitis y granuloma piógeno, y las variables independientes edad, semanas de gestación, nivel socioeconómico, índice de placa bacteriana, higiene oral, reflujo y vomito. Los sesgos del investigador como mala utilización del índice de Green y Vermillon simplificado para el diagnóstico de placa y el examen clínico se controlaron con la estandarización de criterios. En la estandarización se evaluaron conceptos teóricos de los investigadores mediante fotos y valoraciones

clínicas de pacientes en la unidad de diagnóstico del Colegio Odontológico. La prueba piloto se realizó el 14 de marzo del mismo año en el hospital Mario Correa Rengifo, donde se realizó el examen clínico a 8 mujeres gestantes, bajo la supervisión del asesor científico especialista en Periodoncia. Se realizó una encuesta y un examen clínico el cual consistía en examinar con una sonda periodontal marca Williams HiuFredy y con la ayuda de un espejo bucal se colocó dentro del surco gingival la sonda de forma angulada en las caras interproximales y de forma vertical en las caras vestibulares palatina y lingual para observar profundidad de sondaje en los dientes 16, 17, 11, 21, 26, 27, 36, 37, 31, 41, 46, 47 para establecer el nivel de inserción el cual ayudara en el diagnóstico de periodontitis, los datos fueron reportados en un periodontograma.

Para determinar el nivel de higiene oral y presencia de placa bacteriana, se realizó el índice de Green y Vermillon simplificado el cual evalúa tres superficies del diente y los dientes examinados son 6, se multiplican dando un total de 18 superficies evaluadas que serían el 100%, luego se suman las superficies obtenidas en cada paciente y se realiza una regla de tres para obtener el porcentaje de placa bacteriana. El trabajo de campo se llevó a cabo en el segundo periodo del 2005 y en el primer periodo del 2006, se realizó el mismo examen clínico de la prueba piloto previamente corregido, teniendo en cuenta las consideraciones éticas, el riesgo a que está expuesta la población seleccionada siendo este de riesgo mínimo. Esta investigación se realizó con la aprobación del comité de ética del Colegio Odontológico Colombiano.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se digito la información en el programa de Excel Office 2002 y se procesó la base de datos en el paquete estadístico Epi info. 2004 del Centro de Control y Prevención de enfermedades de Atlanta.

En una primera fase se realizó análisis estadístico descriptivo para determinar la distribución de cada una de las variables de estudio, empleando tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión, también gráficos circulares y de barras.

Para evaluar si habría relación entre las variables diagnóstico y las variables enfermedades orales desde el inicio del embarazo o índice nivel de placa se emplearon tablas de contingencia, análisis de varianza, prueba estadística, χ^2 y test de Bartlett para igualdad de varianzas poblacional.

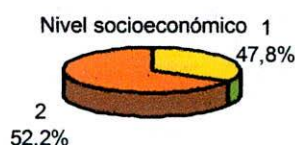
Para las pruebas estadísticas se empleó un nivel de significancia α igual a 0.05.

RESULTADOS:

Participaron 40 mujeres en estado de embarazo con un promedio de 21 años entre las edades de 14 y 40, en un promedio de gestación de 18 semanas entre un rango de 6 y 38.

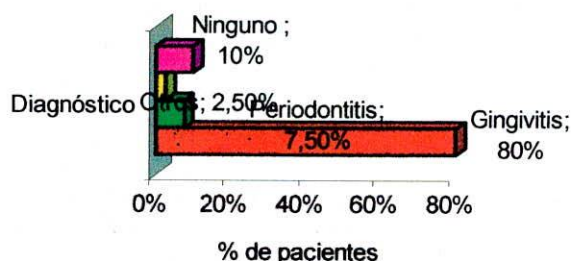
Entre las características sociodemográficas se observó un nivel socioeconómico medio bajo (2) en un 52.2%.

Estrato socioeconómico en mujeres gestantes.



Se encontró un índice de placa bacteriana 2 en un 55% de las pacientes, según el índice simplificado de placa bacteriana de Green y Vermillon, lo que diferencia estadísticamente significativa al comparar los promedios de placa de acuerdo a los diagnósticos encontrados en las gestantes.

Lesiones orales



De acuerdo al examen clínico realizado la lesión oral más prevalente es gingivitis.

Gingivitis relacionada con reflujo

Lesión	Gingivitis	Gingivitis Periodontitis	Gingivitis Otros	Gingivitis Periodontitis otros	Ninguno
Patología					
Con Reflujo	84,60%	4,00%	11,50%	0%	0,00%
Sin Reflujo	50%	0%	35,70%	14%	7,14%

En la tabla 1 se puede observar que la lesión más frecuente es la Gingivitis en un 84,60% de las pacientes que presenta reflujo y un 50% en las pacientes que no presenta reflujo.

Gingivitis relacionada con vómito

Lesión Patológica	Gingivitis	Gingivitis Periodontitis	Gingivitis Otros	Gingivitis Periodontitis otros	Ninguno
Con vómito	80%	2,8%	8,50%	0%	8,5%
Sin vómito	20%	0%	20%	14%	40%

Se encontró que el vómito estaba presente en un 72.5% del total de las gestantes examinadas y tiene una relación de 80% con la presencia de gingivitis.

DISCUSIÓN:

En la literatura^{1,7,10} se ha confirmado el hecho de que el embarazo es un factor importante para el incremento de las enfermedades gingivales y periodontales. En nuestro estudio se observó que la enfermedad gingival y periodontal se relaciona con la presencia de acumulo de placa, la cual desencadena alteraciones inflamatorias como gingivitis; además se consideraron otros factores contribuyentes propios del embarazo como el vomito y el reflujo, que tienen influencia sobre la microflora oral, la cual tienen relación directa con la destrucción periodontal.

Según el examen clínico se encontró un 54% de placa bacteriana en las superficies examinadas. Siendo un rango mínimo de 11 y un máximo de 100%, para definir un índice significativo. Estos resultados coincidiendo con autores como Regezzi (1997) que menciona la placa bacteriana como el factor predisponente para el desarrollo de la enfermedad periodontal¹³. Dentro de los indicadores clínicos se notó que la presencia de placa bacteriana fue de 2 según el índice de Green y Vermillon y podría decirse que se relaciona directamente con la presencia de Gingivitis. En Venezuela en un estudio realizado en la Universidad de Zulia (2000)¹⁴, se evaluaron 150 mujeres encontrando presencia de gingivitis en el tercer y octavo mes de gestación. En otro estudio realizado por Díaz y Castellanos en México (2001)¹² también se encontró relación considerable del embarazo con la enfermedad periodontal, sin embargo se reportó mayor severidad en las pacientes embarazadas que presentaban periodontitis a comparación de pacientes que no estaban en estado de gestación.

En nuestra investigación, de acuerdo al examen clínico que se realizó, donde se evaluaron tejidos blandos de cavidad oral y se realizó un test en el que se tenía en cuenta variables como la edad, semanas de gestación, nivel socioeconómico e higiene oral; arrojaron resultados elevados para el diagnóstico de gingivitis, la cual puede relacionarse

al alto índice de mala higiene oral. Por lo cual indica que el desarrollo de la enfermedad en estas pacientes se debe al alto índice de placa bacteriana, sin dejar a un lado la inmunosupresión que presentan por su estado ya que a pesar de no ser el principal factor desencadenante sí interviene en el desarrollo de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las pacientes embarazadas presentaron alguna alteración o lesión oral en tejidos blandos, con un promedio de 86%; y solo 4 el 14% de las mujeres gestantes se observaron en un estado de salud oral de tejidos blandos sano. Entre los factores asociados se observó un índice de placa bacteriana grado 2 que se relaciona con la presencia de gingivitis

RECOMENDACIONES

Ampliar la línea de investigación en mujeres embarazadas y otras condiciones sistémicas que afectan el periodonto. Continuar investigaciones para fomentar la importancia de la salud oral en pacientes embarazadas y/o hospitalarias.

AGRADECIMIENTO:

A las pacientes embarazadas ya que gracias a ellas se pudo realizar este estudio, al Colegio Odontológico Colombiano, al Hospital Mario Correa Rengifo y al personal profesional encargado de la supervisión del estudio.

REFERENCIAS

- ¹ RODRIGUEZ H, López M. El embarazo su relación con la salud bucal. Revista cubana estatal 2.003;40
- ² GARCIA R, Henshaw MM and Krall EA. Relationship between periodontal disease and systemic health. Periodontology 2000. 2001; 25:21-36
- ³ LOPEZ P, Diaz R, Barranco J. Borges Y. Ávila R. Prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal, salud pública Méx. 1996; 38:101-109.

⁴ ACADEMY AMERICAN OF PERIODONTOLOGY. The pathogenesis of periodontal diseases (informational paper). *J Periodontol.* 1999; 70: 457-470

⁵ GEMMEL E, Marsahall R and Seymour G. Cytokines and prostaglandins immune homeostasis and tissue destruction in periodontal disease. *Periodontology* 2000. 1997; 14: 112-143.

⁶ ARROTAJE, Gary C. Periodontal diagnostics and classification of periodontal diseases. *Periodontology/2000*; Vol34, 2.004 9-27.

⁷ KORNAMN K. Loesche WJ. The subgingival flora during pregnancy. *J Periodontol* 1980;15:11-122

⁸ OJANOTKO H. Harri MP, Hurtti HM, Sewon LA. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J Clinic Periodontol.* 1991;18(4): 262

⁹ JENSSEN J. Lijemark W, Bloomquis C. The effect of female sex hormones on subgingival-plaque. *J Periodontol.* 1981; 52(10): 599- 602.

¹⁰ LIEFF S. Bogges A, Murtha A, Beck, J and Offenbacher S. The Oral Conditions and Pregnancy Study: Periodontal Status of a Cohort of Pregnant Women. *J Periodontol.* 2004; 75: 116-126

¹¹ GIBBS RS. Romero R, Hillier SL. A review of premature birth and subclinical infections. *Am J Obstet.* 1992; 166: 15-28

¹² DIAZ L.. Castellanos J L., Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en mujeres embarazadas. Universidad de La Salle Bajaio.

¹³ REGEZZI J, Sciobba J, Patología bucal: Enfermedad periodontal. Mc Graw Hill, 2° Ed. 1997; p565

¹⁴ MALAVE L V, Salazar C, Ramirez G. Estrato social y Prevalencia de gingivitis en gestantes. Estado de Yarakiu, Municipio San Felipe. 2000.