

Enfermedades Periodontales en un Grupo de Embarazadas Venezolanas VIH+

Autores:

**Guerra, M. E.¹; Tovar, V.²; Osorio, A. Y.³;
Cardozo Montilla, M. A.⁴**

(1) Jefe de la Unidad de Investigación Clínica y Odontopediatra del Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciosas "Dra. Elsa La Corte", Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela (UCV).

(2) Coordinadora de Investigación, Facultad de Odontología, UCV.

(3) Decana de la Facultad de Odontología, UCV.

(4) Profesor del Postgrado en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, Universidad Católica Andrés Bello. Asesor de la Coordinación de Investigación, Profesor del Programa de Estudios Individualizados de Maestría y Doctorado y Profesor Invitado de la Cátedra de Bioquímica, Facultad de Odontología, UCV.

Teléfono: +58 212 605.38.15. Correo electrónico: marielena05@gmail.com

Resumen

Objetivo

Determinar la prevalencia de enfermedades periodontales en un grupo de mujeres embarazadas VIH+ que acudieron al Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciosas "Dra. Elsa La Corte" (CAPEI/UCV) durante el año 2006.



Métodos

Estudio epidemiológico transversal en el que, previo consentimiento informado, se examinaron 30 embarazadas VIH+. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Historia Clínica del CAPEI/UCV, de la cual se consideró y registró el Índice Periodontal Simplificado en la primera consulta, con lo que se obtuvo la distribución de enfermedades periodontales expresada en valores absolutos y porcentuales.

Resultados

18 pacientes (60%) presentaron gingivitis, 9 (30%) periodontitis inicial y 3 (10%) periodontitis avanzada. No se observó granuloma piogénico.

Conclusión

Las mujeres embarazadas VIH+ de este estudio desarrollaron algún tipo de enfermedad periodontal, aunque ninguna asociada a la infección por este virus.

Palabras Claves:

embarazo, VIH/SIDA, gingivitis, periodontitis.

Introducción

El embarazo es un estado fisiológico especial en el que se presentan una serie de cambios en la mujer, como resultado del incremento en la producción de estrógeno, progesterona, gonadotropina, relaxina, entre otras hormonas. La cavidad bucal no escapa a esta influencia hormonal, pudiendo presentarse en

ella algunas alteraciones reversibles y transitorias, y otras patológicas (1).



Algunas lesiones bucales han sido consideradas comunes en el embarazo, como lo corroboran diversos estudios (2-7) en los que se ha observado un incremento en la prevalencia de manifestaciones orales durante esta etapa, entre las que destacan caries (99,38%) y erosiones. Los mecanismos por los cuales la mujer embarazada pierde dientes durante este período no son muy claros, y más que deberse al embarazo propiamente dicho, parece ser el resultado de hábitos de higiene bucal alterados (1).

La gingivitis y el agrandamiento gingival han sido reportados en varios trabajos como



Alphacaine Lidocaína 2%

- No contiene metilparabén
- Fórmula consagrada y de eficacia comprobada.
- Embalaje en blisters lacrados con 10 ampollas, lo que disminuye la contaminación externa.
- Acondicionados en ampollas de cristal, que:
 1. Permiten visualizar mejor el reflujo sanguíneo;
 2. Disminuyen el dolor durante la aplicación debido a que el émbolo siliconado se desplaza más suave-

Mepisv Mepivacaína 3%

- No contiene metilparabén
- Fórmula consagrada y de eficacia comprobada.
- Embalaje en blisters lacrados con 10 ampollas, lo que disminuye la contaminación externa.
- Acondicionados en ampollas de cristal, que:
 1. Permiten visualizar mejor el reflujo sanguíneo;
 2. Disminuyen el dolor durante la aplicación debido a que el émbolo siliconado se desplaza más suave-



RIF.: J-30101144-9
dimoca@hotmail.com

dimoca C.A.

Distribuidora de Instrumentos y Materiales D.I.M.O., C.A.

Av. Ventuari con Calle Apure. Resd. Palma Dorada. Local 5 y 6 Valle Abajo . Los Chaguaramos. Caracas - Venezuela
Telf.: 58+(0212) 690.00.41 - 690.11.98 - 690.34.06 - 690.36.13.. Fax: 58+(0212) 690.04.53. Web: www.dimo.org.ve

trastornos frecuentes en el embarazo, por lo que algunos odontólogos consideran el sangrado y el abultamiento de las encías de las embarazadas como signos “normales” en esta etapa. De hecho, la prevalencia de inflamación gingival en este grupo poblacional puede oscilar entre un 50 y un 98,25% (1,4).

La periodontitis también se considera una condición usual en el embarazo, manifestándose en este período con una mayor movilidad dentaria. Sin embargo, se ha determinado en algunos estudios(8-15) que la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de las mujeres que la sufren, durante el embarazo, a tener partos prematuros o hijos de bajo peso al nacer.



En lo que respecta a lesiones de la mucosa bucal, el granuloma piogénico o tumor del embarazo parece ser una alteración frecuentemente observada en las mujeres embarazadas, con una prevalencia en esta población, según diversos investigadores (16-18), de alrededor de un 5%, explicándose este cambio por el incremento estrogénico y su efecto sobre el componente vascular de los tejidos.

Aunque en la literatura mundial abundan estudios epidemiológicos sobre lesiones de la cavidad bucal (19-24), pocos son los trabajos publicados que brindan información sobre las alteraciones periodontales en gestantes VIH+. Por ello, se ha desarrollado la presente investigación con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedades periodontales en un grupo de mujeres embarazadas VIH+ que acudieron al Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas “Dra. Elsa La Corte” (CAPEI/UCV) durante el año 2006, brindando de este modo a los odontólogos información válida que contribuya a un abordaje temprano y efectivo de la infección, para evitar así complicaciones que comprometan la salud de la madre y el feto.

Materiales y Métodos

En este estudio epidemiológico transversal fueron examinadas 30 embarazadas VIH+ entre el segundo y octavo mes de embarazo, en edades comprendidas entre 14 y 39 años y bajo tratamiento antirretroviral, que de manera consecutiva acudieron a la consulta de alto riesgo obstétrico del Hospital Clínico Universitario de Caracas y al CAPEI/UCV en el período señalado.

A todas se les realizó la historia clínica del CAPEI/UCV, y para el examen del sistema estomatognático se siguió el protocolo de “Examen Clínico de Cabeza y Cuello” de esta Institución, efectuado en este caso por un Odontopediatra y un Periodoncista. De los resultados obtenidos, se analizó en este trabajo el Índice Periodontal Simplificado (IPS), que permite clasificar clínicamente a los pacientes como sanos, con alteraciones gingivales, con periodontitis inicial o con periodontitis avanzada, y que contribuye también a identificar las necesidades de tratamiento periodontal.

El IPS se calcula a partir de la evaluación de seis (6) dientes representativos de la dentición permanente de las dos arcadas: dos molares, dos premolares y dos incisivos centrales (dientes 16, 21, 24, 37, 41 y 44). De cada uno de estos dientes se registra:

- Profundidad, en milímetros, del surco gingival en dos sitios, a saber, mesiovestibular y distolingual (o distopalatino). Para ello se emplea una sonda periodontal.
- Movilidad dental (“1” en caso positivo ó “0” si no se percibe).
- Sangrado (“1” si hay sangrado ó “0” si no lo hay).

El registro mínimo para cada diente es de 1 milímetro, tomando las medidas en las zonas del surco gingival mencionadas, y el máximo de 10 milímetros en las mismas zonas, sin movilidad ni sangrado. A cada medida de profundidad del surco se adiciona un punto por movilidad y otro por sangrado positivo (a los pacientes edéntulos se les asigna un valor de cero). Finalmente se suman todos los valores registrados, correspondiendo el total al IPS, el cual se interpreta de la siguiente manera:

- Salud periodontal: 12 a 24.
- Alteraciones gingivales: 25 a 35.
- Periodontitis inicial: 36 a 45.
- Periodontitis avanzada: 46 o más.

Con el IPS se obtuvo la distribución de enfermedades periodontales de las pacientes evaluadas, expresada en valores absolutos y porcentuales. El procesamiento de los datos se realizó con la ayuda del programa SPSS para Windows versión 15.0.

Resultados

Todas las pacientes evaluadas presentaron problemas periodontales que ameritaban tratamiento (ver Tabla 1), aunque sólo 16 asistieron al CAPEI/UCV a recibirlo. En todos los casos se indicó la tartrectomía, y en algunos el raspado y alisado radicular.

No se observaron en este grupo de embarazadas las patologías periodontales asociadas con la infección del VIH, como eritema gingival lineal y enfermedades necrotizantes (gingivitis y periodontitis

ulceronecrotizantes), ni tampoco granuloma piogénico. Asimismo, sólo 3 de ellas presentaron periodontitis crónica con una gran pérdida de inserción.

TABLA 1
Distribución de enfermedades periodontales en mujeres embarazadas VIH+ de acuerdo al Índice Periodontal Simplificado CAPEI/UCV - 2006

Índice Periodontal Simplificado	Número de casos	Porcentaje
12-24 (salud periodontal)	-	-
25-35 (gingivitis)	18	60%
36-45 (periodontitis inicial)	9	30%
46 o más (periodontitis avanzada)	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Los autores

Conclusión

Ha sido bien establecido en la literatura odontológica que en el embarazo se incrementa la prevalencia de problemas gingivales y periodontales(2-5), lo que concuerda con lo observado en el grupo de embarazadas VIH+ de este estudio. Mas aún, todas las gestantes incluidas en la presente investigación ameritaban tratamiento periodontal al momento de la evaluación, al igual que lo reportado por Rosell y cols(20) en un trabajo realizado en una muestra de mujeres embarazadas.

El granuloma piogénico, por su parte, se ha descrito tradicionalmente como parte del cuadro de alteraciones que acompañan a la gestación. Sin embargo, en este estudio ninguna de las pacientes lo presentó, a diferencia de lo encontrado por autores como Díaz y Conde (22), cuyos datos difieren notablemente de la prevalencia de esta lesión en la población general (19-21). El granuloma piogénico es una lesión inflamatoria benigna reactiva, que está compuesta de capilares proliferantes. Se presenta casi siempre como una masa roja, lisa o lobulada, sésil o pediculada, que en la cavidad bucal suele originarse de la encía papilar y menos frecuentemente de la mucosa labial, yugal o de la lengua. Cuando se presenta durante el embarazo se le llama también tumor del embarazo o granuloma gravídico (10). Para Daley y cols (ob. cit.), granuloma piogénico y tumor del embarazo son lesiones diferentes que tienen una misma estructura histológica, dependiendo este último, para su desarrollo y crecimiento, de la presencia de altas cantidades de estrógenos y progesterona, ya que estas hormonas tienen la capacidad de producir una gran vascularidad. Del mismo modo, se ha reportado que la progesterona

tiene un impacto sustancial sobre el sistema vascular gingival al incrementar el fluido gingival, afectando a su vez la integridad de las células del endotelio capilar (25).



Las necesidades de tratamiento periodontal en todas las embarazadas estudiadas, ha puesto de manifiesto la importancia de la adopción de esquemas o protocolos para un manejo adecuado de las pacientes gestantes en la consulta odontológica, que incluyan no sólo programas preventivos exhaustivos en lo que se refiere al control de placa bacteriana y eliminación de irritantes locales, sino también la identificación temprana de enfermedad periodontal o de lesiones como granuloma piogénico, tal y como lo han planteado diversos autores (19-28).

El odontólogo que esté en contacto con estas pacientes debe estar capacitado para abordar en forma apropiada la enfermedad periodontal inicial, lo que implica un trabajo multidisciplinario en el que la interconsulta oportuna con el especialista correspondiente, cuando se presenten casos de periodontitis moderada o avanzada, cobra vital importancia.

La infección por VIH se considera como un factor de riesgo para la periodontitis, como bien apuntó Cohen (28). Por ende, hay que tener presente que cualquier condición que comprometa los mecanismos de defensa del huésped, incluyendo el embarazo, podría predisponer a las mujeres a episodios tempranos de periodontitis severa.



Conclusión

El grupo de mujeres embarazadas VIH+ evaluadas en esta investigación, presentaron un mayor riesgo de desarrollar alguna enfermedad periodontal, observándose un incremento en la prevalencia de gingivitis y periodontitis.



Recomendación

Investigaciones más amplias sobre este tópico deben realizarse para establecer con mayor precisión esta relación.

Referencias Bibliográficas

- 1.Castellanos JL, Díaz GL, Gay O. Medicina en odontología: manejo de pacientes con enfermedades sistémicas. México, D. F.: Manual Moderno; 2002.
- 2.Papp E, Kengyeli I, Banoczy J, Csordas T. Longitudinal study of the dental status of pregnant women under prenatal care. *Forgov Sz.* 1990; 83: 199-204.
- 3.Banoczy J, Orosz M, Gabris K, Nyarasdy I, Togo O, Shuder L. Investigation on the correlation of pregnancy, caries and gingivitis. *Zahm Mund Kieferheilkd Zentralbl.* 1978; 66: 573-581.
- 4.Mauseberg R, Hornecker E, Grabbert M, Kruger W. Need for preventive dentistry in adult women: investigation in maternal convalescent homes 2. Tooth and periodontal findings. *Oralprophylaxe.* 1991; 13: 76-80.
- 5.Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol.* 1998; 3: 206-212.
- 6.Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol.* 1996; 1: 821-878.
- 7.Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol.* 1998; 3: 233-250.
- 8.López NJ, Smith PC, Gutiérrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2002; 73: 911-924.
- 9.Castellanos JL, Díaz GL. Enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. *Rev Asoc Dental Mexicana.* 2003; 59: 121-127.
- 10.Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1991; 72: 196-199.
- 11.Vázquez RL, Ovalle CJW. Lesiones bucopatológicas más frecuentes en la mujer embarazada. *Rev Asoc Dental Mexicana.* 1994; 51: 21-28.
- 12.Musyka BC, Kamwendo L, Mbweza E. Prevalence of HIV-1 and oral lesions in pregnant women in rural Malawi. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92: 56-61.
- 13.Bouquot, JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Amer Dent Assoc.* 1986; 112: 50-57.
- 14.Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal: estudio epidemiológico en 7292 pacientes. *Rev Asoc Dental Mexicana.* 1991; 48: 75-80.
- 15.Knapp MJ. Oral disease in 181,338 consecutive oral examinations. *J Amer Dent Assoc.* 1971; 83: 1.288-1.293.
- 16.Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22: 243-253.
- 17.Axéll T. A preliminary report on prevalence of oral mucosal lesions in a Swedish population.

Community Dent Oral Epidemiol. 1975; 3: 143-145.

18. Fatahzadeh M, Kano G, Sirois D. Epidemiologic study of oral mucosal lesions in 1125 community residents. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000; 89: 442.

19. Díaz Guzmán LM, Castellanos Suárez JL. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9(5): 430-437.

20. Rosell FL, Montandon-Pompeu AAB, Valsecki Jr A. Registro periodontal simplificado em gestantes. Rev. Saúde Pública. 1999; 33(2): 157-162.

21. Ojanotko-Harri AO, Harri MP, Hurttia HM, Sewón LA. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. J Clin Periodontol. 1991; 18(4): 262-266.

22. Díaz RR, Conde GC. Granuloma gravídico. Rev Asoc Dental Mexicana. 1988; 127: 8.

23. Whitaker B, Bouquet JE, Alimario A, Whitaler TJ. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1994; 78: 755-760.

24. Lindhe J, Branemark PI, Lundskog J. Changes in vascular proliferation after local applications of sex hormones. J Periodont Res. 1967; 2: 266-272.

25. López-Labady J, Lazard J, Arreaza A. Granuloma piogénico de gran tamaño en paciente embarazada: presentación de un caso. Acta odontol. venez. 2003; 41(3): 240-243.

26. Yuan K, Jin Y, Lin MT. The detection and comparison of angiogenesis-associated factors in pyogenic granuloma by immunohistochemistry. J Periodontol. 2000; 71: 701-709.

27. Díaz RRM. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez (I). Pract Odontol. 1986; 8: 50-51.

28. Cohen W. The periodontal-medical risk relationship. Compend Contin Educ Dent. 1998; 19: 11-24.

BIOCLAV

Amoxicilina - Acido Clavulánico

**POSOLOGÍA CÓMODA:
UNA TABLETA DE 1G CADA
12 HORAS: 8:00 AM Y 8:00 PM.**



SE PUEDE TOMAR CON LOS ALIMENTOS:
LA PRESENCIA DE ALIMENTOS NO DISMINUYE LA ABSORCIÓN DE BIOCLAV.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE.

BIOCLAV ES ECONÓMICO EN
COMPARACIÓN CON OTRAS MARCAS.

FACILITA LA COMPRA DEL
TRATAMIENTO Y EVITA
EL CAMBIO DE MARCA.

**FÁCIL CUMPLIMIENTO
DE LA TERAPIA.**



MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS
DISPONIBLE EN FARMACIAS
CONSULTE CON SU ODONTÓLOGO


LABORATORIOS
BIOGALENIC

Material revisado y aprobado por la Dirección Médica y el Farmacéutico Patrocinante.
Para mayor información comunicarse por los teléfonos (0212) 461.38.21 y/o (0212) 461.11.65