

ARTÍCULO DE REVISIÓN

MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES EMBARAZADAS. A PROPÓSITO DE UNA REVISIÓN DE LITERATURA

Camacho, Kelly ¹ ; Gutiérrez, Rodolfo ^{2,3} 

1 Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela

2 Especialista en Periodoncia. Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela

3 Profesor. Cátedra de Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela

Autor de contacto: Rodolfo Gutiérrez

e-mail: odgutierrezrodolfo@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Camacho K, Gutiérrez R. Manifestaciones bucales en pacientes embarazadas. A propósito de una revisión de la literatura. *IDEULA*. 2024;(14): 7-23.

APA: Camacho, K y Gutiérrez, R. (2024). Manifestaciones bucales en pacientes embarazadas. A propósito de una revisión de la literatura. *IDEULA*, (14), 7-23.

Recibido: 30-09-2024

Aceptado: 17-10-2024

RESUMEN

Durante el período del embarazo, la mujer presenta grandes cambios hormonales que pueden alterar su organismo, así como su estilo de vida, llegando a presentar múltiples afecciones en cavidad bucal. El objetivo de esta revisión de literatura es describir las manifestaciones bucales más prevalentes que pueden presentarse en el período gestante de una mujer, entendiendo el mismo como el proceso fisiológico con más variaciones que repercuten directamente en su salud y en el desarrollo del feto. A lo largo de la investigación, se analizaron de manera digital literaturas publicadas en los últimos 10 años en base de datos como Scielo, Medline, Revistas Odontológicas digitales en idiomas; español, inglés y portugués; sin criterio de exclusión en cuanto a publicaciones de prevalencias, casos clínicos, artículos científicos. Por último, se puede concluir que el mantenimiento oral antes, durante y después del embarazo es de suma importancia para la prevención de patologías bucales y la reducción de efectos adversos tanto para la madre como para el bebé, por lo tanto, el profesional de salud encargado, debe hacer énfasis en los factores predisponentes y de riesgo a los que se enfrentará en esta nueva etapa de vida.

Palabras clave: Embarazo, Patologías Bucles, Salud Bucal.

ORAL MANIFESTATIONS IN PREGNANCY PATIENTS. LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

During pregnancy, women may confront considerable hormonal changes that could affect their bodies and style of life; bringing with them multiple effects in the buccal cavity. The purpose of this research is to describe and get familiar with the different oral manifestations during pregnancy; Understanding this is the physiological process with more variations that could affect directly their health and the fetus development. While searching for information with minimal exclusion in criteria; regarding terms of prevalence publications, medical/ clinical cases and scientific articles; there was numerous methods analyzed including digital literature published in the last ten years; including Scielo, Medline and digital dental magazines in different languages (Spanish, English and Portuguese). In conclusion, dental care before, during and after pregnancy is highly important for oral pathology prevention and the reduction of adverse effects for the mother and the fetus; therefore the medical caregiver must emphasis in the predetermined factors and risks on this new stage of their life.

Keywords: Pregnancy, buccal/oral pathology, dental health.

INTRODUCCIÓN

La gestación humana es un período de cambios fisiológicos dinámicos diseñados para apoyar el desarrollo del feto, influyendo en la salud general de la paciente y haciéndola propensa a desarrollar complicaciones propias de este periodo¹. En el transcurso del embarazo, las mujeres pueden experimentar trastornos sistémicos, así como cambios físicos, psicológicos y conductuales debido a la tormenta hormonal a la que se es sometida, específicamente a la alteración de la progesterona, gonadotropina y estrógenos que son las encargadas del desarrollo del feto, provocando múltiples modificaciones en el cuerpo de la madre, a nivel sistémico, e incluso en la cavidad bucal². De modo que, los dientes, los tejidos de soporte-sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental en la mujer embarazada³.

Si bien es cierto, se requiere una atención especial durante el tratamiento odontológico para reducir al mínimo el riesgo para el feto y la madre como, por ejemplo, el retraso de ciertos procedimientos terapéuticos, de manera que coincidan con los períodos del embarazo dedicados a la maduración y no a la organogénesis; los tratamientos odontológicos no están contraindicados en pacientes embarazadas, por ende, la aplicación de la odontología debe ser preventiva enfocada en el cuidado pre y postnatal^{3,4}.

En la literatura científica, se observa que la prevalencia de gestantes con algún tipo de enfermedad periodontal es sumamente alta, manifestando una razón de cuatro pacientes enfermas por cada sana⁵. Otros estudios, como el realizado por: Carvajal y colaboradores afirman en su trabajo titulado “Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretermino en gestantes con signos de enfermedad periodontal” que el 94,2% de las mujeres presentan algún tipo de enfermedad periodontal siendo la gingivitis uno de los problemas bucales más comunes en embarazadas⁵⁻⁷.

Por último, se destaca la importancia del nivel de educación para el mantenimiento de la salud en la población, ya que al estar susceptible por la condición de gestante y no tener los conocimientos adecuados sobre el control de los factores de riesgo, se hace evidente el peligro de contraer o agravar la enfermedad periodontal de forma que disminuye por sí solo la capacidad de defensa del periodonto⁸. Es por esta razón, que el profesional que atiende a la gestante en los centros de salud debe tener una comunicación efectiva y un manejo adecuado del comportamiento para controlar la ansiedad que genera la atención odontológica, resaltando en todo momento la formación al paciente en cuanto al cuidado correcto de la higiene bucal y la asistencia a la consulta antes, durante y después del proceso del embarazo; de este tratamiento dependerá el éxito de su salud bucal y la del bebé⁹.

El mantenimiento oral antes, durante y después del embarazo es de suma importancia para la prevención de patologías bucales y la reducción de efectos adversos tanto para la madre como para el bebé, por lo tanto, el profesional de salud encargado, debe hacer énfasis en los factores predisponentes y de riesgo a los que se enfrentará en esta nueva etapa de vida. Por lo que el objetivo de esta revisión de literatura es describir las manifestaciones bucales más prevalentes que pueden presentarse en el período gestante de una mujer, entendiendo el mismo como el proceso fisiológico con más variaciones que repercuten directamente en su salud y en el desarrollo del feto.

MANIFESTACIONES BUCALES EN EL EMBARAZO Y FACTORES PREDISPONENTES

Entre las manifestaciones más comunes en cavidad bucal durante el embarazo tenemos:

Gingivitis: También conocida como gingivitis gestacional, es la representación con mayor prevalencia, afectando el 35-100% de las mujeres¹⁰. Se describe como una enfermedad inflamatoria que posee su etiología en la acumulación de biopelícula dental supragingival produciendo cambios en la arquitectura gingival en color, tamaño, posición y consistencia^{11,12}. Debido al aumento gradual en el nivel plasmático de los estrógenos y la progesterona, ocurren alteraciones celulares, inmunológicas, microbiológicas y vasculares lo cual conlleva a un acumulo anormal de bacterias, generando dicha enfermedad^{9,12}. Clínicamente se caracteriza por una encía intensamente enrojecida que sangra con facilidad al sondaje y/o espontáneamente, tiene engrosamiento del margen gingival e hiperplasia de las papilas interdentarias, que pueden dar lugar a la formación de pseudosacos periodontales. Las zonas anteriores y los sitios interproximales generalmente se ven más afectados¹⁰.

En cuanto a los cambios ocurridos en la microbiota oral, se observa mayor proporción de bacterias anaerobias y aerobias, como *Bacteroides melaninogenicus*, *Prevotella intermedia* y *Porphyromonas gingivalis*¹³. En ocasiones estas bacterias periodonto-patógenas que colonizan primordialmente cavidad bucal, viajan por vía hematológica y pueden encontrarse a nivel del líquido amniótico atravesando la barrera de la placenta causando una liberación de Prostaglandina, Estrógeno y TNF α , lo cual permite que el cuerpo como mecanismo de defensa para salvar al bebe entre en trabajo de parto, provocando un parto prematuro^{14,15}. Dichos cambios son evidentes en el segundo mes del embarazo, alcanza su máximo nivel en el 8vo mes, y radica su importancia en un diagnóstico temprano ya que de este modo puede ser reversible. De mantenerse durante los dos primeros trimestres las bacterias pueden migrar al torrente sanguíneo y fijarse en la placenta interrumpiendo el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto lo que puede ocasionar un incremento en la formación de proteína C-reactiva y de citoquinas inflamatorias logrando tener

contracción uterina, y dando como resultado un aborto involuntario, así como un bebé de bajo peso al nacer^{14,15}.

Periodontitis: Es definida como infección bacteriana que resulta en una inflamación crónica de los tejidos, caracterizada por sangrado gingival, formación de sacos periodontales, destrucción del tejido conectivo y resorción ósea alveolar causada por la modificación a nivel del microbioma de la cavidad oral, donde existe mayor proliferación de *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Candida* o *Staphylococcus*^{11,16}. La importancia de su conocimiento se debe a que varios estudios recientes destacan la relación de la periodontitis con diferentes complicaciones en el embarazo, como el parto prematuro, bajo peso del recién nacido, preeclampsia, diabetes gestacional o abortos¹⁷. El parto prematuro es la manifestación con mayor prevalencia debido a la patogénesis de los resultados adversos del embarazo, de modo que la infección intrauterina puede provocar entre el 25 y el 40% de la incidencia de estos, lo que está estrechamente relacionado con los patógenos periodontales que invaden el útero a través de la diseminación hematogena, causando resultados indeseados en el embarazo, seguido de la preeclampsia que se caracteriza por la hipertensión de nueva aparición con proteinuria después de las 20 semanas de gestación en las mujeres, siendo la tercera causa de muerte materna relacionadas con el embarazo¹⁶⁻¹⁸.

Sus representaciones clínicas se pueden observar mediante un aumento de volumen en las encías, cambio de coloración, hemorragia al cepillado, movilidad dental y sondajes periodontales profundos, entre otras características. Pero, lo que hace más delicada esta enfermedad, es que la mayor parte transcurre sin ningún tipo de sintomatología por su naturaleza crónica, de modo que es de larga data fácil para avanzar si ya se encuentra instaurada antes del embarazo. Resaltando la necesidad de la visita odontológica para comprobar la salud bucal ya que el tratamiento no

quirúrgico de la periodontitis durante el embarazo es seguro, y disminuye la transmisión materna fetal de patógenos oral^{11,16,18}.

Actualmente, la periodontitis como enfermedad periodontal suele ser influyente sobre la aparición de otras manifestaciones como lo es el caso de la Periimplantitis, conocida por ser una condición patológica asociada a la biopelícula dental, que ocurre en el tejido alrededor de los implantes dentales, caracterizada por inflamación en la mucosa periimplantaria y la subsiguiente pérdida progresiva del hueso de soporte¹⁹. Su principal factor causante es la biopelícula y aunque no existe una relación franca con las pacientes embarazadas de adquirir dicha patología, se observa que su formación es influenciada por varios factores como la higiene bucal, factores genéticos y epigenéticos, sistémicos y de nutrición a los que puede estar padeciendo una gestante y por ende su conexión²⁰. El tratamiento adecuado tomando en consideración la condición de la madre es el no quirúrgico, el cual está enfocado en la eliminación de microorganismos y la desinfección de la superficie del implante de manera manual así como el uso de ciertos antisépticos, de modo que se establezca la condición; y la intervención quirúrgica de ser necesaria, al igual que la toma de radiografías sea realizada en un futuro donde no se corra ningún riesgo para la embarazada ni el bebé²¹.

Erosión Dental: Se define como el desgaste del tejido duro del diente causado por un proceso químico de disolución de ácidos que no involucra bacterias²². Generalmente se evidencia durante el embarazo en virtud al aumento de la producción de ácidos gástricos, la hormona gonadotropina y la compresión del útero contra las vísceras²³, así como cambios en el flujo salival y pH bucal; lo que está íntimamente relacionado con las náuseas y vómitos a la que se ve sometida la madre²⁴.

Por otro lado, es importante destacar que la modificación de la alimentación influye en la aparición de esta manifestación bucal, logrando agravar la patología en aquellos casos donde la dieta sean a

base de alimentos ácidos²⁴. Las superficies más afectadas son las caras palatinas en dientes antero-superiores²³. A la evaluación clínica se observa una superficie dental brillante y suave, con pérdida de esmalte y/o dentina lo que puede causar sensibilidad, dolor y daño estético²⁴.

En relación a la prevalencia de esta manifestación, tenemos una gran aparición debido a que las náuseas y los vómitos son síntomas que aquejan aproximadamente al 70-80% de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre y posteriormente van disminuyendo al avanzar el tiempo de gestación. Sin embargo, hay un 1% que continúa sufriendo estos malestares gástricos a lo largo de todo el embarazo²⁵. Por ende, debe ser tratado mediante el cambio en la dieta donde se eviten los ácidos, el uso de antieméticos y el cepillado dental unos minutos posteriores al acto del vómito para evitar potenciar el efecto ácido con el abrasivo del dentífrico oral²⁶.

Caries Dental: Descrita en la literatura como una enfermedad infecciosa compleja que surge de bacterias adherentes a la superficie dental y el metabolismo de los azúcares para producir ácido, atacando al tejido dental y afectando negativamente la calidad de vida²⁷. Es importante destacar que el embarazo no debe ser considerado como el causante principal de esta patología; sin embargo, es una de las manifestaciones más dominantes durante esta etapa³, haciendo relevante su origen gracias a la alteración fisiológica de la saliva, el aumento del apetito en cuanto a consumo de alimentos cariogénicos, y al cambio conductual en la rutina de higiene de la madre^{23,28}.

En algunos de los casos, las alteraciones hormonales pueden dar origen a la xerostomía, así como el uso de medicamentos propios de la condición, permitiendo que los mismos factores interfieran con el esmalte dental en el intercambio de minerales y en la dificultad de la remoción de la biopelícula dental, generando un ecosistema propicio logrando que se instaure la enfermedad de caries dental³.

Es común escuchar en la consulta odontológica que el calcio es extraído por el nuevo ser, sin embargo, estudios han demostrado que el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido para toda la vida. De este modo, se destaca el *Streptococcus mutans* como el agente más vinculado con la patogenia de la caries al igual que el Lactobacilos ácidosfilos ya que dependen de los azúcares para su alimento; y en unión a la disminución del pH vemos afectada su función reguladora en el medio bucal, haciéndose favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones^{23,28,29}.

Granuloma Piógeno: Es una lesión benigna de la cavidad oral de etiología multifactorial, que suele aparecer frecuentemente durante el embarazo ya que se considera una lesión reactiva a varios estímulos de bajo grado, entre los que se encuentran: traumatismos repetitivos, uso de algunos fármacos, presencia de irritantes locales de tipo duro y blando (biopelícula dental y calculo); así como con los cambios hormonales propios de esta etapa, debido al aumento de estrógeno y progesteronas que favorecen la proliferación de tejido hiperplásico y de granulación por lo que se conoce también como tumor del embarazo^{30,31}.

Entre sus características, se presenta como una masa exofítica indolora que tiene una base sésil o pediculada que se extiende desde el margen gingival o, desde los tejidos interproximales siendo predominante la región anterior maxilar, el cual sangra con facilidad y puede variar en color de rojo violáceo a azul intenso embarazo. En cuanto a su tamaño, se puede notar una variante entre 0,5 a 2cm aproximadamente por ser considerada una lesión de progresión lenta³².

Con respecto al tratamiento, se detalla en la literatura, una primera fase donde se instruye al paciente sobre su higiene oral y el uso correcto de métodos auxiliares, acompañada terapia

periodontal no quirúrgica para la eliminación de la mayor cantidad de irritantes de tipo duro y blando ubicados supra y subgingival. En una segunda consulta se realiza la biopsia escisional eliminando además de la lesión, un margen de tejido sano llegando a remover el periostio adyacente el cuál será transportado en formol al 10% para su estudio histopatológico y confirmación del diagnóstico presuntivo; Por último, se recuerda su control postoperatorio debido a que es considerada una manifestación bucal de alta recidiva^{31,33}.

Agrandamiento gingival / Hiperplasia gingival: Se refiere a aquella patología que se expresa a través del aumento de volumen de las encías, el cual se produce por un incremento en el número de células que lo conforman. Siendo su factor causal principal la biopelícula dental, se presenta como una tumefacción a nivel de la papila interdental y/o la encía marginal que puede ser localizada o generalizada, de progresión lenta e indolora, pudiendo ser exacerbado por efectos hormonales o por el uso de fármacos dependiendo del caso³⁴.

Durante el embarazo, existe una susceptibilidad en el tejido gingival asociado a los cambios hormonales y a la gingivitis; lo cual permite una representación de aumento gingival como respuesta exagerada. Su curso es benigno y posterior al parto podría desaparecer. Aún así, como tratamiento ideal se considera el control biopelícula dental por parte de un especialista en todo su curso a través de una buena higiene oral, y el mantenimiento periodontal desde lo menos invasivo como las sesiones de terapia periodontal no quirúrgica hasta la intervención quirúrgica³⁵.

Es importante hacer mención y poder diferenciar, con aquellas pacientes que tienen una enfermedad sistémica de base que pueden ser atribuible al efecto sobreañadido de los medicamentos empleados por ejemplo para controlar las crisis epilépticas, sobre todo la fenitoína,

conocido anticonvulsivo que genera agrandamiento gingival por sí mismo, unido a la acción nociva de los agentes irritantes locales que puede padecer la paciente embarazada³⁶.

CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

En la actualidad, es esencial que todos los profesionales de la salud conozcan las posibles patologías a las que se puede enfrentar una madre durante el embarazo, y manejen las medidas necesarias no sólo para prevenir la enfermedad sino para restablecer y /o mantener su salud oral^{37,38}. Por esta razón, se sugiere al odontólogo actualizarse académicamente, entendiendo que los tratamientos orales no están contraindicados en el embarazo; los mismos deben ser realizados en los trimestres adecuados, con los cuidados pertinentes como la posición del paciente en el sillón de modo que al individualizarla según su comodidad ganemos la confianza de la madre y liberaremos parte de su estrés, siendo lo menos invasivo posible³⁸.

De este modo, se destaca que para el primer trimestre no se considera un momento adecuado la realización de procedimientos, debido a que la organogénesis tiene lugar durante este período y es propenso al riesgo de teratógenos así como aumento de los abortos espontáneos ya que del 50 al 75% se producen durante este periodo. El tratamiento debe limitarse a la profilaxis periodontal y emergencias donde se eviten las radiografías de rutina^{38,39}. Con respecto al segundo y hasta a mediados del tercer trimestre es seguro realizar procedimientos electivos como restauraciones definitivas, control de placa e higiene oral, raspado y alisado radicular entre otros siempre y cuando sean necesarios y de corta duración, donde no se presente un agotamiento físico para la madre³⁹.

Por otro lado, el profesional debe encargarse de la educación al paciente ya que si la misma se encuentra en etapa de preconcepción, debe conocer los beneficios de encontrarse en salud al momento de concebir y los riesgos a los que se pueden exponer durante el proceso, con el fin de manejar una odontología preventiva^{26,38}. De esta manera, se considera primordial una buena comunicación entre el Médico Obstetra, el Odontólogo y la paciente donde se haga énfasis en la necesidad de la asistencia a consulta dental antes, durante y después del parto^{40,41}.

Por parte de la paciente, se recomienda mantener una estricta higiene bucal comprendida por un correcto cepillado dental 3 veces al día y buen uso de métodos auxiliares; así como una alimentación balanceada la cual incluya frutas, vegetales, cereales integrales y sea baja en azúcares procesadas y bebidas carbonatadas. Además de, consumo de agua, vitaminas y probióticos previamente recetados con la finalidad de evitar vómitos, ansiedad por ingerir algún alimento azucarado entre otros riesgos que atenten no solo con el desarrollo del embarazo propiamente dicho sino con aumentar la probabilidad de que padezca alguna de las patologías mencionadas a nivel de cavidad bucal⁴². Sin embargo, el mejor de los tratamientos considerados es, el mantenimiento de la higiene oral y la asistencia a consultas como control obligatorio; de esta manera se evitará la aparición y/o avance de cualquier manifestación bucal³⁸.

CONCLUSIÓN

El cuerpo humano al momento de concebir se somete a múltiples cambios propios del proceso que, si bien es considerado natural, pueden afectar de manera directa la salud de la madre y el bebé. Entre los cambios más significativos esta la alteración de los niveles hormonales, específicamente del estrógeno, la progesterona y la gonadotropina los cuales son indispensables para el desarrollo

del feto, y a su vez se encuentran en relación para desencadenar una serie de trastornos a nivel gingival que darán origen a las patologías bucales.

Debido a la mutación hormonal, se considera fisiológico que ocurra un desorden en la rutina a la que se estaba acostumbrada antes del embarazo. Es por esta razón, que en muchas ocasiones se puede estar bajo un malestar y verse afectada la higiene oral. Por consecuente se obtendrá gran acumulación bacteriana que va a dar inicio a la enfermedad de gingivitis dental; siendo esta considerada la manifestación bucal más prevalente y con mayor necesidad de cuidado ya que su progresión puede reflejarse en una periodontitis. Seguido de la caries y la erosión dental las cuales se verán plasmadas a causa de los desórdenes alimenticios y vómitos.

Por último, se hace énfasis en el tratamiento preventivo de la odontología para las mujeres embarazadas como medida cautelar, debido a que la evidencia científica apoya firmemente que una pobre higiene oral y una atención inadecuada de la salud bucal durante el embarazo generan un impacto negativo en el desarrollo del feto, así como efectos postnatales adversos significativos.

REFERENCIAS

- 1.- Harshada R. Kowsalya M. Manju J. Awareness of Oral Health Care among Pregnant Women During Pregnancy. March 2021 Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology 15(2):144-149.
- 2.- Manigandan T. Amuladhan A. Aarthi N. Dental Considerations in Pregnancy-A Critical Review on the Oral Care. May 2013. Journal of Clinical and Diagnostic Research 7(5):948-53.
- 3.- Alfaro A, Navas C, Sánchez M, Alfaro M, et al. Embarazo y salud oral. Revista Clínica de Medicina de Familia. Octubre 2018;11(3):144–53.
- 4.- Lara A, Montealegre C. Manejo odontológico de mujeres embarazadas. Diciembre 2016: 3(3):105-112.
- 5.- Rivera-Lugo IT, Martínez-Díaz M, Suárez YH, Martínez-Díaz M, García-Hernández Y. Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en el embarazo. Revista de ciencias médicas Pinar Río. Julio 2022: 26(4):5494.
- 6.- Luna MC, Cubides Munevar AM, Ruiz Melo CF, Alonso SV, Pinzón EM, Gullozo L. Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretermino en gestantes con signos de enfermedad periodontal atendidas en una institución del nivel primario de salud del valle del cauca-colombia. Rev Chil Obstet Ginecol .2019 84(2):103–11.
- 7.- Aguilar F. Soto F. Bojórquez Y. Fontes Z. Periodontitis una enfermedad multifactorial. Diabetes Mellitus. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. Junio 2017; 6(11):61–86
- 8.- Cotis O. Aroboleda Y. Guerra M. Impacto de la intervención educativa Odontológica respecto al cuidado y control de la enfermedad periodontal en adolescentes embarazadas. Mayo 2018: 56(1)
- 9.- González F. Atención Odontológica integral de la embarazada. Síntesis de Conocimientos. Biblioteca para estudiantes y profesionales de la salud. Julio 2016.
- 10.- GUM. La gingivitis en el embarazo, sus consecuencias y tratamientos [Internet]. Marzo 2022.

- 11.- Herane M. Godoy C, Herane P. Enfermedad periodontal y embarazo. Revisión de la literatura. Revista médica Clínica Las Condes. Noviembre 2014. 25(6):936-943.
- 12.- Vite P. Ramírez K. Gómez A. San Martín A. Ojeda C. Vera A. Prevalencia de gingivitis en pacientes embarazadas que acuden al centro de salud bicentenario de Tihuatlán, Ver. Rev Mex Med Forense.2019, 4(suppl 1):48-50.
- 13.- Silva S, Vieira E. A importância do pré-natal odontológico na prevenção do parto prematuro Revista Expressão Católica Saúde; Mayo 2020: 5(1):77.
- 14.- Bazurto M, Jurado G. Prevalencia de enfermedad periodontal relacionada con parto pretérmino y bajo peso al nacer. Hospital Mariana de Jesús. Medicina. Septiembre 2019; 23(1):36-41.
- 15.- Menéndez L, Bonilla D, Flores J, Labanda C. Gingivitis en el embarazo. Revista de información científica. Noviembre 2023; 102.
- 16.- Omella E. García A. Tejero B. Segovia M. Castellero A. Revista Sanitaria de Investigación. Periodontitis en el Embarazo. Artículo monográfico. Junio 2024.
- 17.- Minervini G, Basili M, Franco R, Bollero P, Mancini M, Gozzo L, et al. Periodontal Disease and Pregnancy: Correlation with Underweight Birth. Eur J Dent. 2023; 17(4): 945–950.
- 18.- Nannan M, Xiaoping L, Ying J. Periodontal disease in pregnancy and adverse pregnancy outcomes: Progress in related mechanisms and management strategies. Front Med. 2022; 9:1–13.
- 19.- Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. J Clin Periodontol. June 2018;45(Suppl 20):S246–S66.
- 20.- Rokaya D, Srimaneepong V, Wisitrasameewon W, Humagain M, □unyakitpisal P. Peri-implantitis update: Risk indicators, diagnosis, and treatment. Eur J Dent. September 2020;14(4):672-82.

- 21.- García A, Donohue A, Cuevas M, Ávila R, Cuevas J. Periimplantitis: Revisión de la literatura. Int J Odontostomatol. Agosto 2016. 10(2):255–60.
- 22.- Torres D. Fuentes R. Bornhard T. Iturriaga V. Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños: revisión de la literatura. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. Abril 2016. 9(1):19-24.
- 23.- Tirado A. Mora M. Patologías bucales más frecuentes en mujeres embarazadas - Revisión de literatura. Agosto 2023. 8(2):32-42.
- 24.- Condori J. Ávila F. Relación entre el riesgo de erosión dental con los hábitos alimenticios y los condicionantes de los hábitos en pacientes gestantes atendidos en el centro materno infantil Manuel Barreto. Tesis. 2018: 35-38.
- 25.- Marchena L. Fernández C. Patologías bucodentales relacionadas con el embarazo. Revista Europea de Odontostomatología. Septiembre 2015.
- 26.- Reinoso J. Villalta F. Robalino B. Reinoso M. Manejo odontológico en mujeres embarazadas: Revisión de la literatura. Enero 2023: 12(2).
- 27.- Suárez C, Aza J, Iglesias T, Tardón A. Vitamin D. Pregnancy and caries in children in the INMA-Asturias birth cohort. BMC Pediatrics. September 2021: 3;21(1).
- 28.- Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. Singapore Medical Journal. January 2015:56(1):53–7.
- 29.- Díaz L. Valle R. Influencia de la Salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gaceta Médica Espirituana. 2015;17(1):111–125.
- 30.- Puga P. Gálvez D. Granuloma Piógeno del embarazo. Caso Clínico. Revista Electrónica de portales médicos. Octubre 2016.
- 31.- Gadea R, Cartagena A, Cáceres A. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. Revista Odontológica Mexicana. Octubre 2017. 1;21(4):253–261

- 32.- Jafri Z, Bhardwaj A, Sawai M, Sultan N. Influence of female sex hormones on periodontium: A case series. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. August 2015;6(3):146.
- 33.- Aaron D. Granulomas Piógenos. Manual MSD Versión para profesionales. Septiembre 2023.
- 34.- Ángulo R. Cacerés A. Resolución del agrandamiento gingival mediante terapia periodontal no quirúrgica: Reporte de caso. *Diciembre 2016* 20(4):253–8.
- 35.- Dufrán C. Barbero L. Somacarrera M. Agrandamientos gingivales. Revisión y puesta al día. *Gaceta Dental. Industria y Profesionales*. Enero 2023: (243):88–101.
- 36.- Chávez M, Díaz L, Santos L, Ugellés Y, Lafita Y. Aspectos clínicos y epidemiológicos en embarazadas con enfermedad gingival. *Medisan*. Diciembre 2017: 21(12):3350–61.
- 37.- De la Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación Sanitaria. *Junio 2020*.1;5(1):81–90.
- 38.- Díaz R, Robles M, Espino S. Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. *Ciencias Clínicas*. Julio 2014; 1:14(2):37–44.
- 39.- Mustafa N, Zohaib K, Hammad A, Fayez N. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. December 2015.
- 40.- Silva M. La Importancia de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente. *Revista Electrónica de portales médicos*. Abril 2020. 15(8):309
- 41.- López M. La importancia de la comunicación médico-paciente. *Marzo 2023*; 26(2):1-15
- 42.- Seaman A, Pacientes Embarazadas: claves para un tratamiento odontológico seguro. *Gaceta dental*. Agosto 2021.