

Gabriela Liseth Vaca-Altamirano; Paola Fernanda Sánchez-Granja

<http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v5i1.1637>

## **Enfermedad periodontal y el embarazo**

### **Periodontal disease and pregnancy**

Gabriela Liseth Vaca-Altamirano

[ua.gabrielavaca@uniandes.edu.ec](mailto:ua.gabrielavaca@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-4707-7147>

Paola Fernanda Sánchez-Granja

[oa.paolafsg58@uniandes.edu.ec](mailto:oa.paolafsg58@uniandes.edu.ec)

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-6198-5814>

Recepción: 10 de agosto 2021

Revisado: 15 de septiembre 2021

Aprobación: 15 de noviembre 2021

Publicación: 01 de diciembre 2021

Gabriela Liseth Vaca-Altamirano; Paola Fernanda Sánchez-Granja

Tras el parto, la progesterona disminuye drásticamente, y esto va acompañado de una reducción de la inflamación periodontal que puede ser responsable, en parte, de la disminución observada en la PCR (1). Poco después del parto la producción de estrógenos y progesterona se detiene, alcanzando valores comparables a los presentes en la mujer no embarazada (2).

La infección periodontal puede ser un factor de riesgo independiente para los resultados adversos del embarazo, mientras que el tratamiento periodontal durante el embarazo no mejora los desenlaces de este (3). Dado que el aumento de las hormonas esteroideas sexuales femeninas produce inflamación gingival, las medidas de cuidado de la salud oral deben ser continuadas durante este periodo mostrándose además que el tratamiento odontológico es seguro para la embarazada y su hijo (4)(5).

Por otra parte, si la placa se acumula y no es eliminada, sufrirá un proceso de maduración en el que aumentará el número de las especies más periodonto patógenas y como resultado, se produciría una reacción inflamatoria de la encía denominada gingivitis (6). Esta inflamación de la encía puede producir la reabsorción del hueso alveolar que soporta los dientes originando una periodontitis. Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo son capaces de exacerbar la respuesta de los tejidos gingivales a la placa dental y de esta forma contribuir al desarrollo de la EP. En resumen, se plantea que:

- i. La hormona progesterona y estradiol afectan la cavidad oral en forma significativa.
- ii. La placa bacteriana es el factor etiológico principal de la gingivitis y periodontitis durante las variaciones de los niveles hormonales.
- iii. Las variaciones hormonales en la mujer actúan como un factor modificante de la respuesta inflamatoria a la acción bacteriana.
- iv. Los cambios hormonales producen una respuesta inflamatoria exagerada en los tejidos gingivales caracterizada principalmente por un componente vascular, microbiológico e inmunológico.

Gabriela Liseth Vaca-Altamirano; Paola Fernanda Sánchez-Granja

- v. En general las mujeres embarazadas con un buen control de su higiene oral experimentan efectos mínimos y transitorios a nivel periodontal, en cambio mujeres embarazadas o que usan anticonceptivos u hormonas para el tratamiento en la menopausia, con una condición gingival pre-existente o que presentan una susceptibilidad para la enfermedad periodontal, pueden experimentar una respuesta exacerbada a la placa bacteriana.

### **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación del artículo.

### **FINANCIAMIENTO**

No monetario.

### **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes; por apoyar el desarrollo de la investigación.

### **REFERENCIAS**

1. Coomarasamy A, Devall AJ, Cheed V, et al. A Randomized Trial of Progesterone in Women with Bleeding in Early Pregnancy. *N Engl J Med.* 2019;380(19):1815-1824. doi:[10.1056/NEJMoa1813730](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1813730)
2. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(2):161-180. doi:[10.1016/j.ajog.2017.11.576](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.576)

Gabriela Liseth Vaca-Altamirano; Paola Fernanda Sánchez-Granja

3. Puget C, Joueidi Y, Bauville E, et al. Serial hCG and progesterone levels to predict early pregnancy outcomes in pregnancies of uncertain viability: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;220:100-105. doi:[10.1016/j.ejogrb.2017.11.020](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.11.020)
4. Solano ME, Arck PC. Steroids, Pregnancy and Fetal Development. *Front Immunol.* 2020;10:3017. Published 2020 Jan 22. doi:[10.3389/fimmu.2019.03017](https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.03017)
5. Piette PCM. The pharmacodynamics and safety of progesterone. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;69:13-29. doi:[10.1016/j.bpobgyn.2020.06.002](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.002)
6. Henderson VW. Progesterone and human cognition. *Climacteric.* 2018;21(4):333-340. doi:[10.1080/13697137.2018.1476484](https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1476484)

2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).