Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 19-27, 2026
https://doi.org/10.62574/k9tftdhw

Cambios bucales durante el embarazo: revisión sistemática

Oral changes during pregnancy: a systematic review

Camila Anahí Duche-Mora
camiladm41@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-7385-7229

Fernanda Angely Sarmiento-Rosales
fernandasr57@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-7179-5443

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre los cambios bucales que se producen durante el embarazo, sus mecanismos, sus consecuencias gestacionales y su prevención. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios: revisiones sistemáticas y narrativas, un estudio observacional, un ensayo clínico y consensos. **Resultados:** el embarazo aumentó la inflamación gingival sin un aumento proporcional de la placa, por efecto de los estrógenos y la progesterona sobre los vasos, la respuesta inmunitaria y la microbiota. Los cambios salivales y la exposición ácida favorecen la caries y la erosión. La enfermedad periodontal se asoció con resultados gestacionales adversos, aunque su tratamiento no demostró prevenirlos con claridad. **Conclusión:** el control de placa y la educación prenatal son las medidas con mejor respaldo.
Descriptores: embarazo; gingivitis; enfermedades periodontales; salud bucal; atención prenatal. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on oral changes occurring during pregnancy, their mechanisms, their pregnancy consequences and their prevention. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included: systematic and narrative reviews, one observational study, one clinical trial and consensus documents. **Results:** pregnancy increased gingival inflammation without a proportional increase in plaque, due to the effect of estrogen and progesterone on blood vessels, the immune response and the microbiota. Salivary changes and acid exposure favor caries and erosion. Periodontal disease was associated with adverse pregnancy outcomes, although its treatment did not clearly prevent them. **Conclusion:** plaque control and prenatal education are the measures with the strongest support.
Descriptors: pregnancy; gingivitis; periodontal diseases; oral health; prenatal care. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales y la caries dental son las afecciones bucales más frecuentes en la población adulta. Tonetti et al. advirtieron que la carga mundial de las enfermedades periodontales repercute en la nutrición, el bienestar y la salud general, y que su prevención requiere integrarlas en las políticas de salud pública (1). Las mujeres en edad reproductiva no son ajenas a esta carga, y el embarazo representa un periodo de especial vulnerabilidad.

Durante la gestación se producen cambios hormonales, inmunitarios, vasculares y conductuales que afectan los tejidos bucales. Wu et al. describieron que el aumento de los estrógenos y la progesterona modifica la vascularización gingival, la respuesta inmunitaria del huésped y la composición de la microbiota subgingival (2). En consecuencia, la revisión sistemática de Figuero et al. mostró que el embarazo se asocia con un aumento de la inflamación gingival en mujeres sistémicamente sanas (3). La clasificación vigente reconoce las hormonas sexuales esteroideas, entre ellas las del embarazo, como un factor modificador de la gingivitis inducida por placa (4).

Sin embargo, el interés por la salud bucal de la gestante no se limita a la madre. La revisión de revisiones sistemáticas de Daalderop et al. examinó la asociación entre la enfermedad periodontal y diversos resultados adversos del embarazo (5), lo que ha llevado a proponer la atención odontológica como parte del control prenatal. A pesar de ello, la información sobre los cambios bucales del embarazo se encuentra dispersa entre la periodoncia, la cariología y la obstetricia, y no siempre distingue entre los cambios fisiológicos, las enfermedades y sus posibles consecuencias.

Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre los cambios bucales que se producen durante el embarazo, sus mecanismos, su relación con los resultados gestacionales y las medidas de prevención disponibles.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa. La pregunta de investigación fue la siguiente: en mujeres embarazadas, ¿qué cambios bucales se producen, por qué mecanismos, cómo se relacionan con los resultados del embarazo y qué intervenciones preventivas han sido evaluadas?

La búsqueda se realizó en PubMed y SciELO para el periodo 2012-2025, en español, inglés y portugués. Se emplearon descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos: («pregnancy» OR «pregnant women» OR «prenatal care») AND («gingivitis» OR «periodontal diseases» OR «dental caries» OR «tooth erosion» OR «saliva» OR «oral health»). Se revisaron además las listas de referencias de las revisiones identificadas.

Se incluyeron revisiones sistemáticas, revisiones de revisiones, revisiones narrativas de sociedades o grupos de referencia, estudios observacionales, ensayos clínicos y documentos de consenso que abordaran los cambios bucales en el embarazo, sus mecanismos, su relación con los resultados gestacionales o su prevención. Se excluyeron los reportes de caso aislados, las cartas, los editoriales, la literatura gris y los estudios sin acceso al texto completo.

Dos revisores seleccionaron los estudios por título, resumen y texto completo de forma independiente, y resolvieron las discrepancias por consenso. Se extrajeron el autor, el año, el diseño, la población, las variables evaluadas y el hallazgo principal. Finalmente, se incluyeron 15 estudios, que se organizaron en cuatro ejes temáticos.

RESULTADOS

En primer lugar, la gingivitis del embarazo es el cambio bucal más documentado. La revisión de Figuero et al. encontró que la inflamación gingival aumenta durante la gestación sin un aumento proporcional de la placa bacteriana, lo que indica una respuesta exagerada del tejido a una cantidad similar de biopelícula (3). Wu et al. atribuyeron este fenómeno al aumento de la permeabilidad vascular, a la

modulación de la respuesta inmunitaria y al efecto de las hormonas sobre la proliferación de determinadas especies bacterianas (2). Raju y Berens revisaron la evidencia biomédica y epidemiológica sobre la relación entre el periodonto y el embarazo, que abarca la gingivitis gestacional, el agrandamiento gingival localizado y la posible progresión de una periodontitis preexistente (6).

Asimismo, la microbiota bucal se modifica durante la gestación. Ye y Kapila describieron que los cambios hormonales e inmunitarios del embarazo alteran la composición del microbioma bucal y que estos cambios podrían relacionarse con resultados adversos del embarazo (7). Esta interacción entre hormonas, inmunidad y microbiota explica por qué la gestante puede desarrollar inflamación con niveles de higiene que antes del embarazo eran suficientes.

En segundo lugar, respecto de la saliva y los tejidos duros, Pedersen et al. revisaron la secreción salival en la salud y la enfermedad y recordaron que la saliva protege los dientes mediante su capacidad amortiguadora, la eliminación de restos y la remineralización del esmalte (8). Buzalaf et al. señalaron que la saliva es el principal factor biológico de protección frente a la erosión dental (9). En la gestante, los vómitos, el reflujo, los cambios en la dieta y la mayor frecuencia de ingesta aumentan la exposición ácida, lo que favorece la erosión y la caries cuando la protección salival resulta insuficiente.

En tercer lugar, en relación con los resultados del embarazo, Daalderop et al. encontraron que la mayoría de las revisiones sistemáticas asocia la enfermedad periodontal con el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, aunque con una calidad metodológica variable (5). En Colombia, Gomez et al. relacionaron la presencia placentaria de Porphyromonas gingivalis con respuestas inflamatorias en mujeres con resultados adversos del embarazo, lo que respalda un posible mecanismo biológico de diseminación (10). No obstante, la revisión Cochrane de Iheozor-Ejiofor et al. no encontró evidencia clara de que el tratamiento periodontal

durante el embarazo reduzca el parto prematuro, con evidencia de baja calidad sobre una posible reducción del bajo peso al nacer (11).

En cuarto lugar, respecto de la prevención, Chapple et al. establecieron que el control de la gingivitis es la base de la prevención primaria de la periodontitis (12), y Van der Weijden y Slot confirmaron que el cepillado y la limpieza interdental reducen la placa y la gingivitis (13). En gestantes, el ensayo aleatorizado de Bashirian et al. mostró que una intervención educativa mejoró las conductas de salud bucal durante el embarazo (14). La revisión Cochrane de Riggs et al. evaluó las intervenciones dirigidas a embarazadas y cuidadores para prevenir la caries de la primera infancia, con resultados de certeza limitada (15). La Tabla 1 resume los estudios principales.

Tabla 1. *Estudios sobre cambios bucales durante el embarazo.*

Autor (ref.)	Diseño	Tema	Hallazgo principal
Wu et al. (2)	Revisión	Mecanismos de la inflamación gingival	Las hormonas sexuales modifican vasos, inmunidad y microbiota
Figuero et al. (3)	Revisión sistemática	Inflamación gingival en gestantes sanas	Mayor inflamación gingival durante el embarazo
Daalderop et al. (5)	Revisión de revisiones	Periodontitis y resultados del embarazo	Asociación con resultados adversos; calidad variable
Raju y Berens (6)	Revisión	Periodontología y embarazo	Evidencia biomédica y epidemiológica de la relación
Ye y Kapila (7)	Revisión	Microbioma bucal en el embarazo	Cambios hormonales e inmunitarios alteran el microbioma
Gomez et al. (10)	Observacional	Placenta y Porphyromonas gingivalis	Presencia placentaria asociada con respuestas inflamatorias
Iheozor-Ejiofor et al. (11)	Revisión sistemática	Tratamiento periodontal en gestantes	Sin efecto claro sobre el parto prematuro
Bashirian et al. (14)	Ensayo aleatorizado	Promoción de la salud bucal	La educación mejoró las conductas de salud bucal

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados confirman que el embarazo modifica el equilibrio entre la biopelícula y el huésped. La coincidencia entre la revisión sistemática de Figuero et al. (3) y las revisiones sobre mecanismos (2,7) indica que la gingivitis del embarazo no se explica por una peor higiene, sino por una mayor respuesta inflamatoria a la misma cantidad de placa. Esto tiene una implicación práctica: la gestante necesita un control de placa más riguroso que antes del embarazo, y el odontólogo debe anticipar estos cambios desde el primer trimestre (4,6).

En cambio, la relación con los resultados gestacionales muestra contradicciones. La asociación entre la enfermedad periodontal y el parto prematuro, el bajo peso al nacer o la preeclampsia es consistente en los estudios observacionales (5) y cuenta con un mecanismo biológico plausible (10). Sin embargo, el tratamiento periodontal durante el embarazo no ha demostrado reducir con claridad el parto prematuro (11). Esta discrepancia puede deberse a que el tratamiento se aplica cuando la exposición inflamatoria ya se ha producido, a la heterogeneidad de las definiciones de periodontitis o a la presencia de factores de confusión comunes, como el nivel socioeconómico y el tabaquismo.

Por otra parte, los cambios en los tejidos duros han recibido menos atención que los periodontales. La protección salival frente a la caries y la erosión está bien documentada (8,9), pero los estudios que miden directamente la erosión y la caries en gestantes son escasos y heterogéneos. Además, el embarazo es una oportunidad para la educación sanitaria: las intervenciones educativas mejoran las conductas (14), y la salud bucal de la madre influye en la de sus hijos (15). Integrar estas acciones en el control prenatal es coherente con el llamado a incorporar la salud periodontal en las políticas de salud pública (1) y con las recomendaciones de control de la gingivitis (12,13).

Esta revisión tiene limitaciones. Varios documentos incluidos fueron revisiones narrativas, y la calidad de los estudios primarios en los que se basan es variable. La

heterogeneidad de los diseños, de las poblaciones y de los criterios diagnósticos impidió realizar un metaanálisis, por lo que la síntesis fue narrativa. La búsqueda se limitó a dos bases de datos y pudo omitir estudios relevantes, en particular sobre la caries y la erosión en gestantes.

CONCLUSIÓN

Durante el embarazo, los cambios hormonales e inmunitarios aumentan la inflamación gingival sin un aumento proporcional de la placa, modifican la microbiota bucal y, junto con la exposición ácida y los cambios en la dieta, favorecen la caries y la erosión. La enfermedad periodontal se asocia con resultados adversos del embarazo, aunque su tratamiento durante la gestación no ha demostrado prevenirlos con claridad.

El control de placa, la valoración odontológica temprana y la educación en salud bucal integrada en el control prenatal son las medidas con mejor respaldo para proteger la salud bucal de la gestante.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action. J Clin Periodontol. 2017;44(5):456-62.

2. Wu M, Chen SW, Jiang SY. Relationship between gingival inflammation and pregnancy. Mediators Inflamm. 2015;2015:623427.

3. Figuero E, Carrillo-de-Albornoz A, Martín C, Tobías A, Herrera D. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. J Clin Periodontol. 2013;40(5):457-73.

4. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: case definition and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1).

5. Daalderop LA, Wieland BV, Tomsin K, Reyes L, Kramer BW, Vanterpool SF, et al. Periodontal disease and pregnancy outcomes: overview of systematic reviews. JDR Clin Trans Res. 2018;3(1):10-27.

6. Raju K, Berens L. Periodontology and pregnancy: an overview of biomedical and epidemiological evidence. Periodontol 2000. 2021;87(1):132-42.

7. Ye C, Kapila Y. Oral microbiome shifts during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: hormonal and immunologic changes at play. Periodontol 2000. 2021;87(1):276-81.

8. Pedersen AML, Sørensen CE, Proctor GB, Carpenter GH, Ekström J. Salivary secretion in health and disease. J Oral Rehabil. 2018;45(9):730-46.

9. Buzalaf MAR, Hannas AR, Kato MT. Saliva and dental erosion. J Appl Oral Sci. 2012;20(5):493-502.

10. Gomez LA, De Avila J, Castillo DM, Montenegro DA, Trujillo TG, Suarez LJ, et al. Porphyromonas gingivalis placental atopobiosis and inflammatory responses in women with adverse pregnancy outcomes. Front Microbiol. 2020;11:591626.

11. Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(6):CD005297.

12. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol. 2015;42(Suppl 16).

13. Van der Weijden FA, Slot DE. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis a meta review. J Clin Periodontol. 2015;42 Suppl 16.

14. Bashirian S, Barati M, Shirahmadi S, Khazaei S, Jenabi E, Gholami L. Promoting oral health behavior during pregnancy: a randomized controlled trial. J Res Health Sci. 2023;23(2):e00584.

15. Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, et al. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(11):CD012155.

Derechos de autor: 2026 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/