

Las periodontopatías como factor de riesgo de la cardiopatía isquémica, 2008

Periodontopathies as a risk factor for ischemic heart failure, 2008

Dania María Horta Muñoz¹, María Margarita Rodríguez Mora², Emilio Fleitas Alonso³, Guillermo Luís Herrera Miranda⁴, Francisco López Govea⁵.

¹ Dra. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Instructora. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

² Dra. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Instructora. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

³ Dr. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

⁴ Dr. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

⁵ Dr. Especialista de Primer Grado en medicina General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica "Guamá". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y prospectiva, con una muestra constituida por 120 pacientes, pertenecientes al área de salud Turcios Lima y atendidos en la Clínica Estomatológica "Guamá", del municipio Pinar del Río, durante el año 2008, con el objetivo de determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la cardiopatía isquémica. Los pacientes fueron divididos en dos grupos etarios: grupo A(Control) integrado por 60 pacientes escogidos aleatoriamente que asistían a nuestra consulta y sin historia de infarto agudo del miocardio, y el grupo B (pacientes infartados) de 60 pacientes que fueron remitidos desde los

consultorios médicos para ser incluidos en esta investigación. Al total se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad. Todos los pacientes infartados grupo B sufrieron periodontopatías, mientras que entre los no infartados solo la mitad padecieron de afecciones parodontales. Se utilizaron los métodos de la Estadística descriptiva y la comparación de frecuencias de Ji cuadrado al 95 % de certeza. El hábito de fumar, la edad mayor de 50 años, el sexo masculino y la mala higiene bucal se identificaron como factores comunes de riesgo para ambas enfermedades. Los estadios más avanzados de la enfermedad periodontal (bolsas de 6 mm o más), aumentaron su incidencia con la edad y fue más frecuente en los pacientes infartados, con mayor necesidad de cirugía periodontal. Todos los pacientes afectados tenían necesidad de adiestramiento en cepillado dental.

Palabras clave: ENFERMEDAD PERIODONTAL / epidemiología, CARDIOPATIA ISQUEMICA / epidemiología / factores de riesgo.

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal and prospective research was conducted with a sample of 120 patients belonging to the primary care health area of "Turcios Lima" Outpatient Clinic attending to "Guama" Dentist's Clinic in Pinar del Rio municipality during 2008, and was aimed at determining the relation between periodontal diseases and ischemic heart failure. The patients were divided into two groups: A (control) comprised of 60 patients randomly chosen from those attended to the dentist office without medical history of acute myocardial infarction, and group B- (patients who suffered from infarction) 60 patients referred from the family medical office. The total of the sample was examined and the rate of need for periodontal treatment of the community was applied. Descriptive statistic methods were used, and Ji squared test for 95 % of certainty was used to compare frequencies. All patients of the group-B suffered from periodontopathies, meanwhile those belonging to group-A only the half of them suffered from parodontal affections. The smoking habit, over 50 years, male sex and poor oral hygiene were identified as common risk factors for both diseases. The most advanced stages for periodontal disease (bursas of 6mm or more) increased with age being more frequent in patients of group-B having a greater need of periodontal surgery. All the patients affected had to be trained in teeth brushing.

Key words: Periodontal disease/epidemiology, Ischemic heart failure/epidemiology/risk factors

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La prevalencia y gravedad de ellas varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales y particularmente de la situación de higiene bucal.¹

La enfermedad periodontal por ser heterogénea y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a su proceso, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico y alternativas terapéuticas.²

La cardiopatía isquémica, entidad llamada por muchos "el azote de la vida moderna", es hoy la primera causa de muerte en los países desarrollados, donde debido al alto estándar de vida y al desarrollo científico - técnico alcanzado, es posible cumplir dos de las premisas fundamentales para el desarrollo de esta enfermedad, que son el aumento de la expectativa de vida y el control o minimización de las enfermedades transmisibles.³

En Cuba se ha realizado un esfuerzo extraordinario en la creación de un sistema de salud cuyo objetivo es el hombre como ser biopsicosocial con una atención integral al individuo, donde está incluido el estomatólogo general integral, el cual brinda atención integral a personas sanas, con riesgo, enfermas y con secuelas, y con relación a las afecciones periodontales; su labor está dirigida a todos los individuos que presenten o no enfermedad gingival o periodontal, a los cuales se les realizan acciones de promoción, prevención y tratamientos que no sean de la competencia del periodontólogo.⁴

Por todo lo anterior nos motivamos a desarrollar esta investigación con el objetivo de determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la cardiopatía isquémica.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y prospectiva, con una muestra constituida por 120 pacientes, pertenecientes al área de salud Turcios Lima y atendidos en la Clínica Estomatológica "Guamá", del municipio Pinar del Río, durante el año 2008, con el objetivo de determinar la relación entre la enfermedad periodontal y la cardiopatía isquémica. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: grupo A (Control) integrado por 60 pacientes escogidos aleatoriamente que asistían a nuestra consulta y sin historia de infarto agudo del miocardio, y el grupo B (pacientes infartados) de 60 individuos que fueron remitidos desde los consultorios médicos para ser incluidos en esta investigación. Fueron examinados la totalidad de la muestra y se les aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad. Se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva y Ji para comparar frecuencias al 95 % de certeza

RESULTADOS

La Tabla 1 refleja la distribución de pacientes según grupos de edades y sexo, siendo el grupo más afectado el de 50 años y más con 67 pacientes, para un 55,8% y el sexo masculino el más afectado en los dos grupos de estudio.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades y sexo.

Edad (años)	Grupo A				Grupo B				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-29	5	4,2	7	5,8	-	-	1	0,8	13	10,8
30-49	7	5,8	13	10,8	9	7,5	11	9,2	40	33,3
≥50	10	8,3	18	15,0	8	6,7	31	25,8	67	55,8
Total	22	18,3	38	31,7	17	14,2	43	35,8	120	100,0

Se puede observar en la Tabla 2, que la mayoría de los pacientes eran fumadores, 91 (75,8%), predominando los fumadores en el grupo B, 60 (100 %) en el que todos son fumadores, y todos fueron infartados, además de padecer todos de periodontopatías, y los grupos eran diferentes en cuanto a este factor ($X^2= 38.24$; $gdl = 1$; $p = 6.10 \times 10^{-10}$)

Tabla 2. Comportamiento del hábito de fumar en la muestra estudiada.

	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fumadores						
SI	31	51,7	60	100,0	91	75,8
NO	29	48,3	-	-	21	24,2
Total	60	100	60	100	120	100

$$X^2= 38.24; gdl = 1; p = 6.10 \times 10^{-10}$$

En cuanto a la higiene bucal no se encontraron diferencias entre los grupos ($X^2 = 0.87$; $gdl = 2$; $p = 0.65$) por lo que se puede hablar de forma general que la higiene bucal era mala (Tabla 3) en el 52,5% y solo 19 (15,8%) tenían una buena higiene bucal.

Tabla 3. Higiene bucal en los grupos.

Higiene Bucal	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	9	15,0	10	16,7	19	15,8
Regular	17	28,3	21	35,0	38	31,7
Mala	34	56,7	29	48,3	63	52,5
Total	60	100	60	100	120	100

La Tabla 4 representa los signos clínico de enfermedad periodontal según grupos de edades que más fueron diagnosticados, resultando de mayor frecuencia los estadios más avanzados de la enfermedad periodontal (bolsas de 6 mm o más) 48 (32,8%) siendo mayor en los pacientes del grupo B 34(23,2%), fumadores, infartados y con edades mayor o igual a 50 años.

Tabla 4. Signos clínicos de la enfermedad periodontal según grupos de edades.

Signos clínicos/grupos de edades	Grupo A						Grupo B						Total
	15-29		30-49		50 y más		15-29		30-49		50 y más		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Sano	7	4,7	4	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Sangrado	2	1,3	2	1,3	3	2	-	-	5	3,4	8	5,4	20
Cálculos	3	2	2	1,3	4	2,7	-	-	7	4,7	12	8,2	28
Bolsa de 4.a 5. m.m.	2	1,3	7	4,7	12	8,2	1	0,6	4	2,7	13	8,9	39
Bolsa de 6 o más mm	0	0	5	3,4	9	6,1	-	-	13	8,9	21	14	48
Total	14	9,5	20	14	28	19	1	0,6	29	20	54	37	146

La necesidad de tratamiento periodontal aparece en el Tabla 5 en el que se observa que los pacientes diagnosticados con enfermedad periodontal en el grupo A, el tratamiento que más necesitaron fue el raspado profesional, 39 pacientes (32,5%), y los del grupo B, la cirugía periodontal, 34 (28,3%). Todos los pacientes tanto del grupo A como del B, necesitaron adiestramiento en cepillado.

Tabla 5. Necesidad de tratamiento periodontal.

Necesidad de tratamiento	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
1. No hay necesidad de tratamiento.	11	9,1	-	-	11	9,1
2. Profilaxis dental y adiestramiento en cepillado.	53	44,1	60	50	113	94,1
3. Tratamiento de 1 más raspado profesional.	9	7,5	19	15,8	28	23,3
4. Tratamiento de 1 más raspado profesional.	21	17,5	18	15	39	32,5
5. Tratamiento de 3 más cirugía periodontal	14	11,6	34	28,3	48	40

DISCUSIÓN

Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes son irreparables y que en la tercera edad destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes en la vejez. Los primeros signos de periodontitis suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años.⁵

La edad es considerada un factor de riesgo predisponente para la cardiopatía isquémica, es conocido que antes de los 40 años la incidencia de la enfermedad es baja y prácticamente desconocida en la infancia y la adolescencia. Puede decirse que la cardiopatía isquémica es una afección con preferencia de la quinta década de la vida.⁶

No son uniformes los resultados obtenidos en las encuestas al relacionar el sexo con el estado periodontal. Mientras algunas investigaciones han encontrado que el sexo femenino tiene mejores condiciones parodontales, otros exponen que el masculino es el menos afectado.⁷ Es universalmente aceptado que la mayor incidencia de la cardiopatía isquémica ocurre en el sexo masculino, sin embargo en las mujeres menopáusicas, esta diferencia se borra ya que a los 65 años las $\frac{3}{4}$ partes de los fallecimientos se deben a ataques coronarios agudos invocando el factor protector estrogénico que a partir de los 55 años, desaparece de forma paulatina, lo que favorece el incremento del colesterol sérico.⁸

El tabaquismo es un factor bien documentado relacionado con la severidad de la enfermedad periodontal y la respuesta al tratamiento con la posibilidad cinco veces mayor de padecerla con relación a los no fumadores, es considerado además el más importante de los factores modificables después de las lipoproteinemias, debido a que los fumadores tienen dos veces más riesgo de padecer la cardiopatía

isquémica. Está presente en el 50% de los pacientes de un accidente coronario agudo.⁹

Hay muy pocas dudas al afirmar que la acumulación bacteriana favorecida por la deficiente limpieza bucal es el elemento principal que inicia y agrava la enfermedad periodontal. En definitiva, según consenso general, es la higiene bucal la causante directa de las afecciones periodontales y los demás factores actúan secundariamente.¹⁰

Le enfermedad periodontal por ser heterogénea y secundaria a diversos factores se hace difícil de evaluar, en cuanto a sus manifestaciones clínicas, y la mayor parte de las veces los pacientes acuden a consulta solicitando ayuda, una vez que el proceso ya ha avanzado a estadios más graves de la enfermedad, lo que hace más difícil la respuesta al tratamiento.¹¹ El tratamiento de las enfermedades periodontales consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud, así como a otros sectores por las ausencias de los trabajadores. En otros países al ser la atención estomatología eminentemente privada y de alto costo, se hace más difícil y costosa para los pacientes recibirla, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta que a pesar de existir tecnologías capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología continúa utilizando tecnología curativa, costosa y compleja.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Carranza F A. Periodontología clínica de Glickman. 7ª ed. México: Editorial Interamericana; 2008.
- 2- Bagan J V. El manual de odontología. España: Masson Alvad; 2006.
- 3- Bennett y Plum. Texto complementario del tratamiento de medicina interna del Cecil. Tomo I, 20a ed. Editorial Ciencias Médicas. Cuba; 1996.
- 4- Dorado C. Periodontopatías. Tratamientos locales. Revista Europea de Odonto _ Estomatología. 2009; IX (5): p.25-36.
- 5- Contreras A, Slots J. Factores de riesgo en la enfermedad periodontal. J Periodont Rev. 2007; 35:3 _ 16.
- 6- Charles K F. Enfermedades del corazón, 3 era ed. México: Editorial Interamericana; 2006.
- 7- Page R C. Risk assessment for periodontal disease. Int Dent J. 2006; 47: 61-87.
- 8- Adams KF. "Clinical definition and epidemiology of acute myocardial infarction". Am Herat J. 2008; 135(6 Suppl):204.
- 9- Albert JS. Manual de diagnóstico y terapéutica cardiovasculares, 2 ed. Barcelona: Masson Salvat; 2007.p. 213 _ 218.

10 _ Bascones A. Tratado de odontología. Tomo III. Madrid: Editorial Trigo S.A; 1998.

11 _ Lindhe J. Periodontología clínica. 2 da ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.

12 _ Buchanan Rally A. Calculus removal by scaling root planning with and without surgical access. J Periodontol. 2008; 58: 159 - 163.

Recibido: 26 de Febrero de 2009.

Aprobado: 10 de Abril de 2009.

Dra. Dania María Horta Muñoz. Edificio 6 RV 23 Escalera E Apto 2, Reparto Raúl Sánchez. Teléfono 727943