

Asociación de riesgo entre la enfermedad periodontal inflamatoria y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Autores:

Lisbet Pineda Bombino¹

Bárbara Francisca Toledo Pimentel²

Evelyn Tejeda Castañeda³

Rubén Tomás Moro Rodríguez⁴

Ana Laura Ramos Morales⁵

¹ Especialista de Segundo Grado en Periodontología y Primer Grado Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Clínica Dental Celia Sánchez Manduley. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: lpinedabombino@gmail.com. ORCID: 0000-0002-1514-1725. Teléfono: 58094129

² Especialista de Segundo Grado en Periodontología. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesor e Investigador Titular. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: barbaratpi@infomed.sld.cu. ORCID: 0000-0002-0359-4938

³ Especialista de Primer Grado en Bioestadística y Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: evelyntc@infomed.sld.cu. ORCID: 0000-0001-7292-0090

⁴ Especialista de Segundo Grado en Angiología y Cirugía Vascul. Profesor Consultante y Auxiliar. Correo electrónico: rubentomasm3@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0611-9777

⁵ Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: alrm010497@gmail.com ORCID: 0009-0007-2339-9009

RESUMEN

Introducción: la enfermedad periodontal está asociada con las enfermedades cardiovasculares. **Objetivo:** Describir la enfermedad periodontal inflamatoria crónica en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de marzo 2018 a septiembre 2021, en el Cardiocentro “Ernesto Che Guevara” y en la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Se trabajó con una muestra de 140 pacientes, la cual se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico intencional por criterios. Constituyeron variables de estudio: edad, sexo, enfermedad periodontal, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, variables médicas (tiempo con la enfermedad, Índice de masa corporal, hipertensión arterial, dislipidemia, niveles plasmáticos de leucocitos, variables periodontales (pérdida de inserción clínica, higiene bucal y sangramiento). Para evaluar la posible asociación entre variables se utilizó el test de independencia con una distribución Chi Cuadrado. La asociación de la enfermedad periodontal con la enfermedad arterial coronaria y periférica, se evaluó mediante análisis de regresión logística multivariable. **Resultados:** el 60.7% de los pacientes son masculinos y una media edad de 57.25, el 72.9% presentó periodontitis, el 84.7% de los obesos tenía periodontitis. Se evidenció una relación significativa entre la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y las variables periodontales en cuanto a severidad. **Conclusiones:** Entre los factores de riesgo aterogénicos establecidos, el de mayor influencia para la enfermedad periodontal, fue el índice de masa corporal. Los pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, según criterios de inclusión y parámetros analizados, presentan probabilidad de tener enfermedad periodontal.

DeCS: enfermedad periodontal, enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal (EP) es muy común en todo el mundo y es una de las principales causas de pérdida de dientes en adultos. La EP se caracteriza por la inflamación del ligamento periodontal y destrucción del hueso alveolar. ⁽¹⁾

El principal factor etiológico de la enfermedad son las bacterias, que tienen la capacidad de activar la respuesta inmunitaria del huésped e inducir una respuesta inflamatoria. La forma más grave de la EP inflamatoria crónica es la periodontitis (PD), la cual se ha asociado con varias enfermedades, particularmente aquellas que afectan el sistema cardiovascular ^(2,3) como la Enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECA); relaciona directamente con la Enfermedad arterial coronaria (EAC) y la Enfermedad arterial periférica (EAP). La alta frecuencia de la ECA se asocia con la propagación de muchos factores de riesgo, que incluyen obesidad, estilo de vida sedentario, diabetes, hiperlipidemia, tabaquismo, hipertensión, estrés, predisposición genética, etc. La patogénesis es compleja, mientras que la inflamación juega un papel importante.⁽⁴⁾

La ECA y EP son problemas de salud global que comparten varios mecanismos sistémicos que incluyen aumentos en los niveles de mediadores inflamatorios, lípidos y factores hemostáticos y trombóticos. También comparten una serie de factores de riesgo, y es difícil establecer una relación causal entre estas enfermedades. La influencia de la EP en la ECA, pudiera explicarse como un factor que aumenta el riesgo de desestabilización de la placa aterosclerótica y eventos cardiovasculares. ^(2,5,6)

La periodontitis (PD) es una enfermedad bucal común asociada con varias enfermedades, particularmente aquellas que afectan el sistema cardiovascular. Diversos estudios han explorado si la ECA está asociada con la EP, estos demostraron asociaciones entre ambas entidades, se enfatiza en el mecanismo patológico con respecto a la EP como un posible desencadenante de la ECA, después de ajustar los factores de riesgo cardiovascular establecidos. Aunque los resultados no pueden confirmar un papel causal de la EP en el desarrollo de ECA, es probable que desempeñe un papel contribuyente. ^(7,8)

Los estudios observacionales realizados en diferentes regiones respaldan una asociación entre la PD y la ECA, en Cuba son escasas las investigaciones que bordan esta posible relación; estos motivos han hecho reconocer la necesidad de describir la enfermedad periodontal inflamatoria crónica (EPIC) en pacientes con ECA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido de marzo de 2018 a septiembre de 2021. El universo de estudio estuvo constituido por 1634 pacientes que acudieron a la consulta de Angiología y Cirugía Vascular, del Cardiocentro “Ernesto Che Guevara”. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por criterios, lo que permitió obtener una muestra de 140 pacientes mayores de 35 años con ECA, dígase EAC y EAP. Además con más de seis dientes funcionales, sin tratamiento periodontal en los últimos seis meses; sin enfermedades sistémicas (enfermedades infecciosas o autoinmunes, neoplasias, diabetes mellitus, creatinemia, insuficiencia renal, SIDA) u otras ECA (enfermedad cerebrovascular) y no practicar el tabaquismo.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, enfermedad periodontal (Sano, Gingivitis, Periodontitis; según signos clínicos de los tejidos periodontales), Enfermedad cardiovascular aterosclerótica, en Enfermedad arterial coronaria y la Enfermedad arterial periférica (mediante diagnóstico clínico y complementarios), tiempo con la enfermedad, Índice de masa corporal (según criterios del Índice de masa corporal ⁽⁹⁾), hipertensión arterial y dislipidemia (según normalización), niveles plasmáticos de Leucocitos y células celx10⁹/L (según normalización), pérdida de inserción clínica (según criterios del Índice de extensión y severidad ⁽¹⁰⁾), sin pérdida de inserción clínica (según criterios de Índice Gingival de Löe y Silness ⁽¹¹⁾), higiene bucal (según criterios del Índice de placa de Silness y Löe ⁽¹²⁾), sangramiento al sondeo (según criterios del Índice de Hemorragia Simplificado ⁽¹³⁾) y tiempo con manifestación de enfermedad periodontal.

Luego del consentimiento informado del paciente, se procedió con la revisión documental de la Historia Clínica Médica y se efectuó el examen bucal en la consulta de Periodoncia de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; los datos fueron recogidos en el formulario confeccionado.

La información obtenida se procesó a través de una base de datos utilizando el software de procesamiento estadístico PaswStatistics (SPSS versión 21.0) para Windows. Se organizó la información en tablas de frecuencias y de contingencia, y se determinó frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes).

Para evaluar la posible asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de independencia con una distribución Chi Cuadrado. La posible diferencia entre proporciones se determinó a partir del test binomial. Se fijó un intervalo de confianza del 95%; la significación estadística se interpretó según el siguiente criterio:

Si $p > 0,05$ no existen diferencias significativas

Si $p \leq 0,05$ diferencia significativa

Los parámetros clínicos se observaron y analizaron para identificar asociaciones a través de análisis de regresión múltiple lineales y por pasos.

Las asociaciones de la enfermedad periodontal con la enfermedad arterial coronaria y periférica, se evaluaron mediante análisis de regresión logística multivariable y análisis de covarianza.

El presente estudio fue aprobado por el Consejo Científico del Cardiocentro “Ernesto Che Guevara” y la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

La investigación se realizó conforme a los principios de la ética médica, a las normas éticas institucionales, y nacionales vigentes, y a los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS.

La distribución de la población según clasificación de la enfermedad periodontal y sexo (**tabla 1**), evidenció que en un 72.9% de los pacientes eran portadores de periodontitis, lo que se destaca en el sexo masculino con un 45.7%, la gingivitis estuvo representada por el 20.7% y los sanos el 6.4%, no hay evidencias de diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 1. Distribución de la población según clasificación de la enfermedad periodontal y sexo.

| Enfermedad periodontal | Sexo | | | | | |
|------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Sanos | 4 | 2,9 | 5 | 3,6 | 9 | 6,4 |
| Gingivitis | 13 | 9,3 | 16 | 11,4 | 29 | 20,7 |
| Periodontitis | 38 | 27,1 | 64 | 45,7 | 102 | 72,9 |

| | | | | | | |
|-------|----|------|----|------|-----|-----|
| Total | 55 | 39,3 | 85 | 60,7 | 140 | 100 |
|-------|----|------|----|------|-----|-----|

Fuente: Formulario de la investigación

$$x^2= 0,650 \quad p = 0,722$$

Respecto a la edad y enfermedad periodontal (**tabla 2**), los pacientes con periodontitis predominaron en el rango de 50-54 años, con 81,8%. Los casos con gingivitis predominaron en los rangos de 55-54, 55-59 y 70-74 años. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 2. Distribución de la población según enfermedad periodontal y edad.

| Grupo de edad (años) | Enfermedad periodontal | | | | | | Total | |
|----------------------|------------------------|------|------------|------|---------------|------|-------|-----|
| | Sanos | | Gingivitis | | Periodontitis | | No | % |
| | No | % | No | % | No | % | | |
| 35 a 39 | 1 | 11,1 | - | - | 8 | 88,9 | 9 | 100 |
| 40 a 44 | 1 | 5,6 | 3 | 16,7 | 14 | 77,8 | 18 | 100 |
| 45 a 49 | - | - | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 11 | 100 |
| 50 a 54 | - | - | 4 | 18,2 | 18 | 81,8 | 22 | 100 |
| 55 a 59 | 1 | 4,8 | 5 | 23,8 | 15 | 71,4 | 21 | 100 |
| 60 a 64 | - | - | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | 21 | 100 |
| 65 a 69 | 2 | 11,8 | 2 | 11,8 | 13 | 76,5 | 17 | 100 |
| 70 a 74 | 1 | 10 | 5 | 50 | 4 | 40 | 10 | 100 |
| 75 a 79 | 2 | 40 | - | - | 3 | 60 | 5 | 100 |
| 80 a 84 | 1 | 25 | 2 | 50 | 1 | 25 | 4 | 100 |
| 85 años y más | - | - | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 |
| Total | 9 | 6,4 | 29 | 20,7 | 102 | 72,9 | 140 | 100 |

Fuente: Formulario de la investigación

$$x^2= 30,309 \quad p = 0,065$$

La distribución de la EP según la ECA (**tabla 3**) evidenció que existió similitud en los pacientes con periodontitis, con 36.4% y EAC y EAP. El 20.7% de los pacientes diagnosticados con gingivitis, de ellos el 11.4% están afectados con EAC. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 3. Distribución de la población según enfermedad periodontal y enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

| Enfermedad cardiovascular aterosclerótica | Enfermedad periodontal | | | | | |
|---|------------------------|-----|------------|------|---------------|------|
| | Sanos | | Gingivitis | | Periodontitis | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Enfermedad arterial coronaria | 3 | 2,1 | 16 | 11,4 | 51 | 36,4 |
| Enfermedad arterial periférica | 6 | 4,3 | 13 | 9,3 | 51 | 36,4 |
| Total | 9 | 6,4 | 29 | 20,7 | 102 | 72,9 |

Fuente: Formulario de la investigación

$$\chi^2 = 1,310 \quad p = 0,519$$

La distribución de los pacientes con EP y los factores de riesgo aterogénicos (**tabla 4**), alcanzaron porcentajes elevados los pacientes con periodontitis. Se destacó que el 84.6% de los obesos presentó periodontitis, los leucocitos 81.1% y 79.2%, la hipertensión arterial con 78.2% y la dislipidemia con 77.8%. Se evidenció diferencias significativas entre la enfermedad periodontal y el índice de masa corporal (IMC).

TABLA 4. Distribución de la población según enfermedad periodontal y factores de riesgo aterogénicos.

| Factores de riesgos aterogénicos | | Enfermedad periodontal | | | | | | Significación (p*) |
|----------------------------------|-------------|------------------------|------|------------|------|---------------|------|--------------------|
| | | Sanos | | Gingivitis | | Periodontitis | | |
| | | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Índice de masa corporal | Infrapeso | 2 | 50.0 | - | - | 2 | 50.0 | 0,000* |
| | Peso escaso | 2 | 50.0 | 1 | 25.0 | 1 | 25.0 | |
| | Normal | - | - | 12 | 23.5 | 39 | 76.5 | |
| | Sobrepeso | 2 | 3.6 | 15 | 27.3 | 38 | 69.1 | |
| | Obeso | 3 | 11.5 | 1 | 3.8 | 22 | 84.6 | |
| Dislipidemia | | 5 | 6.2 | 13 | 16.0 | 63 | 77.8 | 0,262 |
| HTA | | 5 | 6.4 | 12 | 15.4 | 61 | 78.2 | 0,212 |
| Leucocitos alterados | | 4 | 5.4 | 10 | 13.5 | 60 | 81.1 | 0,060 |

Fuente: Formulario de la investigación

La distribución de la población según ECA y variables periodontales (**tabla 5**), el sangramiento gingival estuvo presente en 89 pacientes de ellos el 35.7% con EAP. Predominó la higiene bucal desfavorable en pacientes con EAP con un

28.5%, seguido de la higiene bucal favorable en pacientes con EAC para un 27.8%. En pacientes con EAP prevaleció la pérdida de inserción generalizada para un 31.4% y severa para un 17.1%; en los pacientes con EAC destacaron los pacientes con pérdida de inserción generalizada, para un 27.1% y moderada, para un 13.5%. Se evidenció una relación significativa entre la ECA y las variables periodontales: higiene bucal y pérdida de inserción en cuanto a severidad de la enfermedad.

TABLA 5. Distribución de la población según enfermedad cardiovascular aterosclerótica y variables periodontales.

| Variables periodontales | | Enfermedad cardiovascular aterosclerótica | | | | Significación (p*) |
|---------------------------------|--------------|---|------|--------------------------------|------|--------------------|
| | | Enfermedad arterial coronaria | | Enfermedad arterial periférica | | |
| | | No. | % | No. | % | |
| Sangramiento gingival | | 39 | 27.8 | 50 | 35.7 | 0,053 |
| Higiene bucal | Favorable | 39 | 27.8 | 30 | 21.4 | 0,043* |
| | Desfavorable | 31 | 22,1 | 40 | 28,5 | |
| Pérdida de inserción- extensión | Localizada | 13 | 9.2 | 7 | 5.0 | 0,326 |
| | Generalizada | 38 | 27.1 | 44 | 31.4 | |
| Pérdida de inserción- severidad | Leve | 17 | 12.1 | 5 | 3.5 | 0,031* |
| | Moderada | 19 | 13.5 | 22 | 15.7 | |
| | Severa | 15 | 10.7 | 24 | 17.1 | |

Fuente: Formulario de la investigación

DISCUSIÓN

En los pacientes que formaron parte de esta investigación se observó diferencia con relación a la distribución según sexo, donde la mayoría afectados con EAP fueron masculinos. Cuando se compara con otros estudios realizados en Cuba que abordan la temática existen algunas similitudes con Martínez Pérez. ⁽¹⁴⁾

Entre las justificaciones de porqué las enfermedades derivadas de la aterosclerosis, afectan más al sexo masculino, se reconoce el efecto benéfico

que las hormonas sexuales femeninas ejercen en la prevención o retardo de la aparición de estas enfermedades. Se manifiesta en las mujeres en forma más tardía, cuya edad promedio de presentación es 10 años más tarde que en los varones. ⁽¹⁵⁾

En la investigación que se presenta, poco más de las dos terceras partes de los pacientes estudiados eran mayores de 50 años de edad. Según la tendencia internacional, entre los factores de riesgo irreversibles de aterosclerosis se ha señalado la edad.

El envejecimiento del ser humano es un proceso, que al igual que la aterosclerosis, comienza con la vida y progresa a lo largo de ella, bajo la influencia de determinados factores genéticos y ambientales. La relevancia de este pronóstico radica en que el envejecimiento trae aparejado un mayor porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles, y por ende una mayor tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, lo que explicaría el por qué en la medida en que aumenta la edad se hacen más prevalente las enfermedades vasculares. ⁽¹⁶⁾

En relación a la presencia de EP, la periodontitis fue la de mayor prevalencia en comparación con los procesos inflamatorios superficiales. Se considera por parte de la autora, que estos resultados pudieran sugerir asociación entre la presencia y gravedad de la EPIC con las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis estudiadas, como recoge la mayoría de la literatura científica consultada. ⁽¹⁵⁾

La EP, específicamente la de tipo inflamatorio crónico, y en particular la PD, posee como agente etiológico una agresiva microflora, principalmente anaerobia gramnegativa, cuyo potencial virulento tiene efectos locales y distantes. Al analizar los posibles mecanismos que abalan esta relación, se encontró que cada vez estos se refuerzan con estudios clínicos y de laboratorios. ⁽¹⁷⁾

Microorganismos como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis*, son considerados patógenos de asociación fuerte con la PD; un análisis de sus factores de virulencia, permite explicar su connotación en la infección focal. Estos microorganismos poseen fimbrias en su superficie que les permiten adherirse e invadir las células epiteliales y endoteliales, multiplicarse dentro de ellas, evadir la respuesta inmune y alterar su función normal. Una vez producida la infección en los tejidos periodontales, se desencadenan reacciones inflamatorias e inmunes locales, y ocasiona pérdida

de los tejidos de soporte y de protección de los dientes, pero simultáneamente los productos y mediadores inflamatorios son llevados por el torrente sanguíneo a las grandes arterias, y estimula la progresión aterosclerótica. ⁽¹⁸⁾

Aunque aún se desconoce con exactitud la magnitud de la asociación, y tampoco se ha podido demostrar una relación causal directa, la PD está reconocida actualmente como un nuevo integrante en la lista de factores de riesgo cardiovascular, y se ubica en la misma línea que otras enfermedades con demostrada repercusión, como la diabetes.

Tras las interpretaciones de los estudios, se deduce que las acciones deben estar encaminadas a desarrollar exámenes, para que la población pueda identificar en qué momento se altera o pierde la salud periodontal. Un aspecto potencial sería detectar de forma temprana algún indicador de inflamación como marcadores biológicos y signos como el sangrado gingival ⁽¹⁹⁾ que; si bien en Cuba están algunos de estos aspectos concebidos en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, no siempre se cumplen con la calidad requerida. Los resultados del estudio actual enfatizan el potencial de la medicina preventiva en una población objetivo extremadamente sensible.

Los resultados del presente estudio se corresponden con los obtenidos por Carvalho y otros ⁽²⁰⁾ quienes encontraron que los individuos con obesidad y sobrepeso tenían más probabilidades de desarrollar enfermedad periodontal que los sujetos con IMC normal. En el análisis de regresión realizado por estos autores, la obesidad fue el único factor de riesgo emergente que se asoció sistemáticamente con la PD.

Es notorio que el riesgo de moderado a grave de tener una morbilidad crónica puede asociarse con niveles de IMC superiores a 30 kg/m^2 . A pesar de la heterogeneidad de los estudios incluidos en una revisión sistemática reciente, se informó una OR combinada de 1,81 (IC del 95%, 1,42 a 2,30) para la relación entre la obesidad y la PD. Los mediadores inflamatorios son secretados por el tejido adiposo, y están presentes en mayor cantidad de los pacientes obesos, por consiguiente, puede llevar a un estado híper inflamatorio y aumenta el riesgo y progreso de la EP. ⁽²¹⁾

Tanto la valoración de la obesidad como la dislipidemia se comportan a juicio de los autores como factores que potencian el avance de la EPIC.

Cuando se analiza la significación de los niveles plasmáticos de leucocitos, se encontró en la literatura consultada que el recuento leucocitario constituye una variable predictora independiente de mortalidad a largo plazo y está asociado a una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV). Además, los leucocitos se han correlacionado positivamente con los niveles de interleucina 8 (IL-8) y metaloproteinasa de matriz-8 (MMP-8) en la placa ateromatosa. ⁽²²⁾

Considerables datos observacionales, genéticos y experimentales han establecido una clara asociación entre la infiltración de leucocitos en los tejidos periodontales y la gravedad y progresión de las EPIC. ⁽²²⁾

El parámetro periodontal de mayor significación, en este estudio, fue la higiene bucal desfavorable. Coincide con toda la literatura revisada, la cual demuestra que los microorganismos de la placa dentobacteriana con su permanente presencia y actividad metabólica en las inmediaciones de los tejidos periodontales, constituye el factor de riesgo principal de la EP, sin dejar de restarle importancia a un conjunto de indicadores de riesgo que predisponen los tejidos a la acción de las bacterias.

La relación existente entre la deficiente higiene bucal y el riesgo de sufrir una patología coronaria, se presenta independientemente de otros factores como la hipertensión arterial, la edad, el sexo, el hábito de fumar o la presencia de diabetes mellitus. Esta afirmación a criterio de los autores de la presente investigación, se basaría en la capacidad que tiene la infección periodontal para alterar la respuesta inflamatoria del individuo.

Se coincide además con lo demostrado en la literatura científica que, aunque las bacterias por sí solas no son suficientes para producir la EPIC, son esenciales para que se produzca el proceso inflamatorio. Por tanto, es evidente que sin bacterias las enfermedades periodontales no existen, por lo que el control de las bacterias supondría el control de la enfermedad. Tanto la PD, como las ECV pueden prevenirse con modificaciones en los hábitos de higiene bucal.

Se reitera que las enfermedades secundarias a la aterosclerosis, dígame EAP y EAC, y la EP comparten algunos factores de riesgo como la obesidad, edad, estrés y factor socioeconómico. Estos factores podrían ser potencialmente de confusión y mostrar una asociación cuando realmente no hay una relación causal. Aún así cada día se publica más sobre una posible asociación de riesgo entre estas enfermedades.

El alcance del estudio está en demostrar que la salud periodontal debe ser uno de los elementos a considerar en la prevención de las ECV. Por ello, es importante el trabajo conjunto de los cardiólogos, médicos de atención primaria y estomatólogos, que ayude a la prevención de las ECV y EP.

CONCLUSIONES.

Predominaron los pacientes masculinos y la mayoría presentó periodontitis.

Entre los factores de riesgo aterogénicos establecidos el de mayor influencia para la enfermedad periodontal fue el índice de masa corporal.

En cuanto a la extensión de la enfermedad periodontal, predominó la pérdida de inserción generalizada en ambas enfermedades y con relación a la severidad en la enfermedad arterial periférica existió una preponderancia de la forma grave, mientras que en la enfermedad arterial coronaria la moderada.

En la población estudiada con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, según criterios de inclusión y con los parámetros analizados presenta probabilidad de tener enfermedad periodontal.

REFERENCIAS

1. Li X-y, Liu H, Zhang L-y and Yang X-t. The association of healthy eating index with periodontitis in National Health and Nutrition Examination Study 2011–2012. *Front. Nutr.* 2022; 9: 999620. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.999620>
2. Czerniuk MR, Surma S, Romańczyk M, Nowak JM, Wojtowicz A, Filipiak KJ. Unexpected Relationships: Periodontal Diseases: Atherosclerosis-Plaque Destabilization? From the Teeth to a Coronary Event. *Biology (Basel)*. 2022 Feb 9; 11(2): 272. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology11020272>
3. Wang J, Geng X, Sun J, Zhang S, Yu W, Zhang X, Liu H. The risk of periodontitis for peripheral vascular disease: a systematic review. *Rev Cardiovasc Med.* 2019 Jun 30; 20(2): 81-89. DOI: <https://doi.org/10.31083/j.rcm.2019.02.52>
4. Yeh YT, Tseng YS, Wu YL, Yang SF, Wang BY, Wang YH, Yeh LT, Yeh YT, Chan CH. Risk of Peripheral Arterial Occlusive Disease with Periodontitis and Dental Scaling: A Nationwide Population-Based Cohort

- Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 15; 19(16): 10057. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610057>
5. Zardawi F, Gul S, Abdulkareem A, Sha A, Yates J. Association Between Periodontal Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Diseases: Revisited. *Front Cardiovasc Med*. 2021 Jan 15; 7: 625579. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.625579>
 6. Kaschwich M, Behrendt CA, Heydecke G, Bayer A, Debus ES, Seedorf U, Aarabi G. The Association of Periodontitis and Peripheral Arterial Occlusive Disease-A Systematic Review. *Int J Mol Sci*. 2019 Jun 15; 20(12): 2936. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms20122936>
 7. Pineda Bombino L, Toledo Pimentel BF, Veitia Cabarrocas F. Enfermedad periodontal inflamatoria crónica y enfermedades cardiovasculares. *Medicentro Electrónica*. 2020 [acceso 20/06/2023]; 24(2): 337-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000200337&lng=es
 8. Larvin H, Kang J, Aggarwal VR, Pavitt S, Wu J. Risk of incident cardiovascular disease in people with periodontal disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Dent Res*. 2021 Feb; 7(1): 109-122. DOI: <https://doi.org/10.1002/cre2.336>
 9. Moreno M. Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23(2): 124-128. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
 10. Carlos JP, Wolfe MD, Kingman A. The extend and severity index: a simple method for use in epidemiology studies of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1986; 13: 500-5. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1986.tb01497.x>
 11. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and Severity. *Acta Odont. Scand*. 1963 Dec; 21(6): 533-51. DOI: <https://doi.org/10.3109/00016356309011240>
 12. Loe H. The gingival index, the plaque index, and the retention index systems. Part II. *J Periodontol*. 1967 Nov-Dec; 38(6): Suppl:610-6. DOI: <https://doi.org/10.1902/jop.1967.38.6.610>

13. García Núñez JA, Cuadrado Alonso J. Epidemiología e índices periodontales. En: Bascones Martínez, A. (coord.). Tratado de Odontología. Madrid: Trigo ediciones, S.L. 1998; Tomo III: 3342.
14. Martínez Pérez M.L, Cedeño Ramírez R. Estado periodontal de pacientes con cardiopatía isquémica. Artículo original. MEDISAN. 2021 [acceso 20/06/2023]; 25 (6), 1280-1296. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000601280&lng=es
15. Rojas G., Silva S. ¿Es la proteína C reactiva un indicador de riesgo periodontal?. ODOVTOS. 2021 [acceso 20/06/2023]; 23(2), 171-180. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-3411202100
16. Rodríguez Díaz A.M, Toledo Pimentel B.F, Pérez Alfonso A, García Águila E.J. Características clínicas epidemiológicas de los pacientes con enfermedad periodontal de la tercera edad. Invest. Medicoquir. 2021 [acceso 20/06/2023]; 14(1). Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/761>
17. Baudo J.E, Tosti S.B, Cecho A.C, Allegretti P.E. Asociación de enfermedad periodontal y cardiovascular con niveles de proteína C reactiva. Revista de la Facultad de Odontología. 2020 [acceso 20/06/2023]; 107-110. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/121546>
18. Marchesan JT, Girnary M, Moss K, Monaghan ET, Egnatz GJ, Jiao Y, et al. Role of inflammasomes in the pathogenesis of periodontal disease and therapeutics. Periodontol 2000. 2020; 82(1): 93-114. DOI: <https://doi.org/10.1111/prd.12269>
19. Jacobi N, Walther C, Borof K, Heydecke G, Seedorf U, Lamprecht R, Beikler T, Debus SE, Waldeyer C, Blankenberg S, Schnabel RB, Aarabi G, Behrendt CA. The Association of Periodontitis and Peripheral Arterial Occlusive Disease in a Prospective Population-Based Cross-Sectional Cohort Study. J Clin Med. 2021; 10(10): 2048. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10102048>

20. Carvalho Goulart A, Armani F, Arap AM, Nejm T, Andrade J B, et al. Relations hip between periodontal disease and cardiovascular risk factors among young and middle-aged Brazilians. Cross-sectional study. Sao Paulo Med. J. 2017; 135(3): 226-233. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0357300117>
21. Martínez Pérez ML, Camejo Roviralta L, Sánchez Sánchez RJ. Relación entre la enfermedad periodontal y la cardiopatía isquémica. Correo Científico Médico (CCM). 2019 [acceso 20/06/2023]; 23(4). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3345>
22. Sarduy Bermúdez L, González Díaz ME, de la Rosa Samper H, Morales Aguiar DR. Etiología y patogenia de la enfermedad periodontal. En: Compendio de Periodoncia. 2^{da} ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2017.p.73-147.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores.

Revisión bibliográfica, curación de datos, validación, redacción, borrador original y revisión del artículo: Lisbet Pineda Bombino.

Idea original, conceptualización, diseño metodológico, revisión, edición del artículo: Lisbet Pineda Bombino, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Rubén Tomás Moro Rodríguez, Ana Laura Ramos Morales.

Análisis bioestadístico y revisión del artículo: Evelyn Tejeda Castañeda.

Diseño metodológico y revisión del artículo: Lisbet Pineda Bombino, Bárbara Francisca Toledo Pimentel, Rubén Tomás Moro Rodríguez, Ana Laura Ramos Morales.