

Revista de Revistas

Tratamiento de la enfermedad periodontal y el riesgo de parto prematuro (1)

Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, Buchanan W, Bofill J, Papapanou PN, Mitchell DA, Matseoane S, Tschida PA; OPT Study. *Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. N Engl J Med 2006;355(18):1885-94.*

Análisis crítico: JORGE CARVAJAL C. PhD, CLAUDIO VERA P-G.

Unidad de Medicina Materno-Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad periodontal materna ha sido asociada con un aumento en el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. **Métodos:** Se asigna al azar a mujeres entre 13 y 17 semanas de edad gestacional a destartraje y pulido radicular ya sea antes de las 21 semanas (413 pacientes en el grupo tratado) o después del parto (410 pacientes en el grupo control). Las pacientes en el grupo tratamiento también recibieron pulido dental mensual e instrucción en higiene oral. La edad gestacional al final del embarazo fue el resultado primario preespecificado. Resultados secundarios fueron el peso de nacimiento y la proporción de infantes pequeños para la edad gestacional. **Resultados:** En el análisis de seguimiento, el parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) ocurrió en 49 de 407 mujeres (12,0%) en el grupo tratamiento (resultando en 44 nacidos vivos) y en 52 de 405 mujeres (12,8%) en el grupo control (resultando en 38 nacidos vivos). Aunque el tratamiento periodontal mejoró las mediciones de periodontitis ($p < 0,001$), no alteró significativamente el riesgo de parto prematuro ($p = 0,70$; riesgo para el grupo tratamiento vs control, 0,93; IC95%: 0,63 a 1,37). No hubo diferencias significativas entre el grupo tratamiento y control en peso de nacimiento ((3239 g vs 3258 g, $p = 0,64$) o en la tasa de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (12,7% vs 12,3%; OR 1,04; IC95%: 0,68 a 1,58). Hubo 5 abortos espontáneos o mortinatos en el grupo tratamiento, comparado con 14 en el grupo control ($p = 0,08$). **Conclusiones:** El tratamiento

de la periodontitis en la mujer embarazada mejora la enfermedad periodontal pero no altera significativamente la tasa de parto prematuro, bajo peso al nacer o restricción de crecimiento fetal.

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Relevancia clínica de la investigación

En población no seleccionada: ¿Puede el tratamiento de la enfermedad periodontal materna reducir el riesgo de parto prematuro?

Escenario clínico: El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el período perinatal. El desarrollo de estrategias efectivas para prevenirlo ha desvelado a muchos investigadores. Se ha demostrado la asociación de riesgo entre la enfermedad periodontal y una mayor probabilidad de parto prematuro (2,3). Es lógico postular que el tratamiento de la enfermedad periodontal puede resultar en una reducción del riesgo de prematuridad en pacientes afectadas. Se han publicado dos estudios randomizados que sugieren un beneficio de este tratamiento (4,5).

B. El estudio (1)

Diseño: Es un estudio randomizado, ciego, controlado, realizado en 4 centros hospitalarios norteamericanos.

Pacientes: Se incluyeron mujeres de más de 16 años de edad, cursando embarazo de menos de 17 semanas de edad gestacional, con diagnóstico de enfermedad periodontal (efectuado por cri-

Tabla I
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE PARTO PREMATURO.

<i>Resultado</i>	<i>Grupo tratado (n=407)</i>	<i>Grupo control (n=405)</i>	<i>Riesgo relativo (IC 95%)</i>
Parto < 37 semanas	49 (12,0%)	52 (12,8%)	0,062 (-0,351-0,349)

Calculados efectuados con los datos del estudio usando EBM Calculator v1.1 (www.cebm.utoronto.ca)

terios diagnósticos específicos bien avalados y definidos). No se seleccionó a la población según riesgo de parto prematuro. Se excluyeron mujeres con menos de 20 piezas dentarias, embarazos múltiples, pacientes que requirieran profilaxis antibiótica para el tratamiento periodontal o aquellas con una enfermedad médica que impidiera el tratamiento dental.

Intervención: Grupo tratado: las pacientes fueron sometidas a tratamiento de la enfermedad periodontal mediante destartraje y pulido radicular antes de las 21 semanas más instrucción en higiene oral. Continuaron con pulido dental mensual y un nuevo destartraje y pulido radicular según necesidad hasta el parto. Grupo control: fueron a un examen dental breve de modo mensual (misma frecuencia que el grupo tratado). Estas pacientes recibieron tratamiento de su enfermedad periodontal en el postparto. Resultado primario: el resultado primario analizado fue la edad gestacional al final del embarazo, categorizado para evaluar tasa de parto antes de las 37 semanas. Los resultados secundarios analizados fueron peso de nacimiento, tasa de pequeños para la edad gestacional, Apgar y admisión a unidad de cuidado intensivo.

Resultados: El tratamiento no se asoció a reducción en la incidencia del resultado primario medido (tasa de partos antes de las 37 semanas) (Tabla I).

C. Análisis crítico

Validez interna: Se trata de un estudio randomizado, ciego, controlado donde se describe adecuado resguardo de la secuencia de randomización y donde los grupos a comparar presentan variables pronósticas similares entre sí antes de la intervención. No existe cointervenciones. El análisis es por intención a tratar y la ausencia de ciego en los pacientes no influye en resultado pues quienes extrajeron los datos de las fichas, los tratantes y quienes analizan los datos si fueron ciegos a la intervención. El seguimiento de pacientes fue muy bueno, más de 98%. Se efectuó un cálculo apro-

piado del tamaño muestral para el resultado primario (parto antes de las 37 semanas).

Comentario: Se trata de un estudio randomizado, ciego, controlado de buen diseño cuyo nivel de evidencia corresponde a nivel 1 de la clasificación de la ACOG, con baja probabilidad de sesgo en sus resultados. El estudio muestra ausencia de beneficio del tratamiento evaluado. El estudio nos parece de alta calidad metodológica, consistente y con validez interna y externa cautelada. La única observación que debemos tener en consideración es que estos resultados se aplican a una población NO seleccionada y probablemente de bajo riesgo (12% de prematuros).

Conclusión: No es posible sostener en base a estos datos si el tratamiento de la enfermedad periodontal es de utilidad en población de alto riesgo de parto prematuro. Se requerirá de un estudio de diseño similar, pero que incorpore sólo población de alto riesgo, para definir este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, Buchanan W, Bofill J, Papapanou PN, Mitchell DA, Matseoane S, Tschida PA; OPT Study. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med* 2006; 355(18):1885-94.
2. Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, Faye-Petersen O, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):777-83.
3. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lief S, McKaig RG, Mauriello SM, Moss KL, Beck JD. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2006;107(1):29-36. Erratum in: *Obstet Gynecol* 2006;107(5):1171.
4. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002;73(8):911-24.
5. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, Goldenberg RL. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol* 2003;74(8):1214-8.