

## Periodontitis en hemodiálisis

N. R. Robles, F. J. García Jerónimo, R. Pérez García y F. Valderrábano

Servicio de Nefrología. Hospital Provincial de Madrid.

Señor Director:

La hemodiálisis «per se» es capaz de mantener con vida al paciente de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal; pero es incapaz de corregir todos los trastornos del paciente urémico, el cual requiere tratamientos colaterales paliativos de algunos de sus problemas. Habitualmente se han considerado manifestaciones bucales de la uremia crónica la estomatitis, hemorragias gingivales e hiperqueratosis. Estas manifestaciones desaparecen tras tratamiento con hemodiálisis crónica (HD) y son en la actualidad una rareza<sup>1</sup>. La periodontitis (PO) es una inflamación de los tejidos que circundan al diente y cuyo primer estadio es la gingivitis. Su resultado final puede ser la pérdida de piezas dentarias. El «primus movens» de la PO son las sustancias liberadas por la placa bacteriana, cuya acción puede ser favorecida por alteraciones sistémicas u orales que disminuyan la inmunidad<sup>3</sup>, como sucede en la IRC<sup>4</sup>. Hemos evaluado la prevalencia y gravedad de la PO en los pacientes de IRC en tratamiento con HD en nuestro centro, utilizando el «Índice de necesidades terapéuticas de la Comunidad», elaborado por la FDI/OMS. Se cuantificó el porcentaje de personas afectas por cada grado de enfermedad. El análisis estadístico se realizó por la prueba de comparación de porcentajes del programa Invest II en un ordenador IBM PCXT.

En una primera parte comparamos la salud dental de 21 pacientes de IRC en HD con 21 personas de edad, sexo y situación socioeconómica similar. Encontramos que la gravedad de la PO es menor en los primeros (tabla I). En la segunda parte valoramos en 46 enfermos en HD la influencia de la edad, duración de la estancia en HD, causas de la IRC e intensidad del hiperparatiroidismo secundario sobre gravedad de la PO. No apreciamos que la causa de la IRC o la intensidad del hiperparatiroidismo, medio por la actividad de la fosfatasa alcalina sérica, afectara el grado de PO. Por el contrario, la edad y la duración de la estancia en HD se correlacionaron positivamente con la severidad de la PO (resultados y significaciones en la tabla I. NV = No valorable).

Sorprendentemente nuestros resultados sugieren

que la IRC, pese a disminuir las defensas del enfermo<sup>4</sup>, disminuye la gravedad de la periodontitis; esto concuerda con algunos estudios que demuestran que la inmunidad podría agravar los daños causados en el periodonto por la agresión bacteriana<sup>5</sup>. Adicionalmente, el nivel de cuidados estomatológicos y médicos en estos enfermos es superior al de la población normal y el consumo de antibióticos muy elevado, todo lo cual podría ayudar a retrasar la evolución de la PO.

La osteodistrofia renal propia de los pacientes de IRC es causada principalmente por el hiperparatiroidismo secundario, considerándose un índice útil de la intensidad de éste la actividad fosfatasa alcalina sérica<sup>6</sup>. Estudios previos en perros no han encontrado relación entre hiperparatiroidismo y PO<sup>7</sup>. Nuestros resultados confirman estos datos.

El efecto agravante de la edad sobre la PO había sido descrito previamente<sup>8</sup>. El aumento del tiempo de permanencia en HD conlleva un aumento de la severidad de la PO. Pese a ello, los cuidados asociados permiten que la PO afecte más levemente a los pacientes de IRC en HD que a la población normal.

Creemos que estos datos deben ser confirmados en estudios más amplios de poblaciones en HD.

### Bibliografía

1. Jones JH: Cardiovascular and renal disease. En: *Oral manifestations of systemic diseases*, pp. 248-261. Ed.: Jones JH y Mason DK. Saunders Co. Londres, 1980.
2. Ramfjord SP y Ash MM: *Periodontology and periodontics*. WB Saunders Co. Philadelphia, 1980.
3. Cuenca SE: La encuesta de la OMS sobre la salud bucodental en España. *Arch Odontostomatol* 12:15-22, 1986.
4. Goldblum SE y Reed WP: Host defenses and immunologic alterations associated with chronic hemodialysis. *Ann Intern Med* 93:567-593, 1980.
5. Nisengard RJ: The role of immunology to periodontal disease. *J. Periodont* 48:505-516, 1977.
6. Coburn JW y Slatopolsky E: Vitamin D, parathyroid hormone and renal osteodystrophy. En: *The Kidney* (3.ª ed.), pp. 1657-1729. Ed.: Brenner BM y Rector FC. WB Saunders Co. Philadelphia, 1976.
7. Svanberg G, Lindhe J, Hugeson A y Grondahl HG: Effect of nutritional hyperparathyroidism on experimental periodontitis in the dog. *Scand J Dent Res* 81:155-162, 1973.
8. Hansen GC: An epidemiologic investigation of biologic aging on the breakdown of periodontal tissue. *J Periodont* 44:269-277, 1973.

**Tabla I**

HEMODIALISIS FRENTE AL CONTROL									
Grupo	n	Grado de PO:	0	1	2	3	4	NV	
HD .....	21		0	18,41	36,82	18,41	7,95	18,41	
Control .....	21		0	5,41 *	35,10	35,10 *	10,92	13,59	

  

PACIENTES EN HD CRONICA									
Variable	Grupo	n	Grado de PO:	0	1	2	3	4	NV
Edad: años .....	< 39	8		0	36,36 (1)	45,45 (1)	9,09 (1)	0	9,09 (1)
	39-54	14		0	25,00	33,33	20,83	4,16	16,66
	> 55	24		0	5,76	25,00	25,00	15,38	28,84
Tiempo en HD: años	< 2	10		0	15,78	42,10	26,31	0	15,78
	2-5	13		0	7,69	19,23 (2)	23,07	15,38 (3)	34,61
Causa de IRC: .....	Enf. glom.	11		0	19,04	38,04	19,04	9,52	14,28
	Enf. int.	16		0	13,33	23,33	23,33	10,00	30,00
Fosfatasa alcalina sé-rica .....	< 280 U/l.	20		0	11,76	29,41	23,33	11,76	30,00
	280-500	12		0	16,00	32,00	24,00	4,00	16,00
	> 500 U/l.	11		0	17,39	26,06	21,73	13,04	21,73

\* p < 0,05.

(1) p < 0,05 respecto a > 55 años.

(2) p < 0,05 respecto a < 2 años.

(3) p < 0,01 respecto a < 2 años.