

ASOCIACIÓN OBESIDAD SIN COMORBILIDADES Y PERIODONTITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Janeth Pedroza Borrás¹, Jairo Correa², Diego Mosquera², Diego Infante Díaz²,
Luis Sánchez Lesmes²

¹. Odontóloga. Especialista en Periodoncia. Jefe del Posgrado de Periodoncia
UNICOC Bogotá

². Estudiantes IV semestre Posgrado de Periodoncia UNICOC Bogotá

Autor responsable de correspondencia: Janeth Pedroza Borrás
Correo electrónico: jpedroza@gmail.com

Resumen

Objetivo: del presente estudio fue determinar esta asociación a partir de la medicina basada en la evidencia por medio de una revisión sistemática de la literatura científica para establecer la condición periodontal de pacientes obesos sin comorbilidades. **Método:** se realizó una búsqueda electrónica desde el 1 enero de 2010 al 31 de agosto del 2013 en las bases de datos MEDLINE, EBSCO, LILIACS, SCIELO. Se incluyeron estudios de corte transversal, casos y controles, cohorte, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y metaanálisis, que incluían parámetros para la medición de la periodontitis y medidas antropométricas para determinar la obesidad. **Resultados:** posterior a la aplicación de los criterios de selección un total diez artículos fueron incluidos, de los cuales cinco fueron corte transversal, dos cohorte, una revisión sistemática, un ensayo clínico controlado y un metaanálisis. En los estudios se asoció la obesidad y/o sobrepeso y el perímetro de la cintura con el sangrado gingival ($p < 0.05$), asociación fuerte con periodontitis ya establecida ($p < 0.05$), bolsas mayores a 4 mm (OR ente 1.3 y 1.8). la revisión sistemática

relacionó la periodontitis con la obesidad (OR 2.13), el metaanálisis no encontró una asociación entre obesidad y periodontitis (OR 1.3). **Conclusión:** la literatura analizada encontró una posible relación entre la periodontitis y la obesidad sin comorbilidades. Sin embargo esta aún no es contundente en relación a los demás parámetros clínicos e inmunológicos establecidos en el estudio de esta asociación. Se sugiere a futuro, el diseño de estudios clínicos que permitan identificar la posible asociación entre las patologías analizadas en el presente estudio.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, enfermedad periodontal, índice de masa corporal, periodonto, diagnostico, factor de riesgo, sin comorbilidad

Abstract

Objective: of this study was to determine the association from evidence-based medicine through a systematic review of the scientific literature to establish the periodontal condition of obese patients without comorbidities . **Methods:** We conducted an electronic search from January 1, 2010 to August 31, 2013 in the databases MEDLINE , EBSCO , Liliacs , SCIELO . We included cross-sectional studies , case-control , cohort , systematic reviews , clinical trials and meta-analysis , which included parameters for measuring periodontitis and anthropometric measurements to determine obesity . **Results :** after application of the selection criteria a total ten articles were included , of which five were cross-sectional , two cohort , a systematic review , a controlled clinical trial and meta-analysis . The studies associated obesity and / or overweight and waist circumference with gingival bleeding ($p < 0.05$) , and strong association with established periodontitis ($p < 0.05$) , pocket larger than 4 mm (OR being 1.3 and 1.8) . systematic review periodontitis associated with obesity (OR 2.13) , the meta-analysis did not find a association

between obesity and periodontitis (OR 1.3) . **Conclusion** : The literature review found a possible link between periodontitis and obesity without comorbidities . However, this is not yet conclusive in relation to other clinical and immunological parameters established in the study of this association. It is suggested that future clinical study design to identify the possible association between the diseases analyzed in this study.

Keywords: obesity, overweight, periodontal disease, body mass index, periodontal diagnosis, risk factor, no comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial, desencadenada por el biofilm dental como factor etiológico primario y perpetuada por cambios en la respuesta inmune, que conduce a la pérdida de inserción de los tejidos alrededor del diente y es considerada una de las dos enfermedades orales mas importantes(4-6,9,28,31). Dentro de la clasificación de la enfermedad periodontal se identifican factores sistémicos relacionados con el desarrollo de la patología pero no se especifican como tal(27), sin embargo la obesidad ha sido ampliamente estudiada como un factor predisponente (4,6,9,10-13,15-22,25,26,31,32) .

La obesidad y el sobrepeso se definen como el acúmulo anormal o excesivo de grasa que representa un riesgo para la salud general. Puede ser de origen genético, ambiental, socioeconómico o de comportamiento(1-3). Su prevalencia esta aumentando alarmantemente, alcanzando proporciones epidémicas, particularmente entre niños y adolescentes (2-4).

De acuerdo al **NHANES** (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos) del 2007 y 2008, el 32% de los hombres adultos y el 35.5% de mujeres adultas son obesas, y se estimó que cerca de 1 billón de personas presentan sobrepeso o son obesos, y este numero puede aumentar a 1.5 billones en el 2015 (25). En Colombia, en la encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN) realizada en el 2010 se identificó que uno de cada dos colombianos presenta exceso de peso y estas cifras aumentarán en los próximos 5 años (3).

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran enfermedades crónicas por el papel activo de las células adiposas en la regulación de la inflamación y la inmunidad (5).

Estudios como el de *Saito y col.* en el 98, *Nishimura y col.* en el 2000 y *Vendrell* en el 2004(6-8), demostraron que los adipocitos, propios del tejido graso producen diferentes citoquinas proinflamatorias incluyendo la leptina, Interleuquina 1, Interleuquina 6 y TNF alfa (factor de necrosis tumoral alfa) los cuales se unen a los múltiples receptores aumentados y presentes en la persona obesa llevando a un estado proinflamatorio.

La obesidad genera efectos sobre la salud general, entre ellos alteración de la presión arterial, resistencia a la insulina, dislipidemia y un estado de inflamación sistémica leve.

Las comorbilidades de la obesidad que se están estudiando en la actualidad son la diabetes, la enfermedad coronaria, los desordenes respiratorios, el cáncer, la

osteoartritis, la enfermedad hepática y de la vesícula biliar, entre otras.

La literatura científica menciona la posible relación entre la obesidad y la enfermedad periodontal con base en la hipótesis de que la inflamación sistémica asociada con la obesidad puede favorecer la susceptibilidad a enfermedades infecciosas crónicas. Se ha publicado evidencia que sugiere una posible asociación entre la obesidad y la enfermedad periodontal, enfermedades crónicas no transmisibles según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tienen en común la presencia de múltiples factores implicados en su inicio y progresión.

Existen publicaciones científicas sobre el estudio de la asociación de la obesidad y la enfermedad periodontal, con diversos diseños y diferentes niveles de evidencia; la mayor parte incluyen pacientes obesos con comorbilidades. Se considera importante estudiar la obesidad sin comorbilidades y su posible asociación con la enfermedad periodontal, a pesar del riesgo de sesgo que implica la temática propuesta.

El objetivo del presente estudio fue Identificar la posible relación de la Enfermedad periodontal con la obesidad sin comorbilidades a través de la medicina basada en la evidencia por medio de una revisión sistemática de la literatura científica.

MÉTODO

La presente revisión sistemática de la literatura, fue realizada mediante la búsqueda en bases de datos MEDLINE, EBSCO, LILIACS Y SCIELO, empleando los siguientes descriptores de búsqueda: *"obesity" AND "periodontal diseases" OR*

"periodontal", Obesity and periodontal disease, Obesity and Periodontal disease and diagnosis, Obesity and overweight and Periodontal disease and diagnosis, Obesity and Periodontal disease and diagnosis and risk factor, obesity and periodontal disease and diagnosis and risk factor and body mass index, Obesity and Periodontal disease and diagnosis and risk factor NO comorbidity.

En los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta artículos científicos cuya población de referencia se encuentre en un rango de edad entre los 18 a 60 años, artículos científicos en inglés y español, artículos científicos publicados desde enero 1 de 2000 a 31 agosto 2013, literatura científica cuyo diseño de estudio se relacione con estudios observacionales analíticos (Corte transversal, cohorte, casos y controles) revisiones sistemáticas y meta-análisis, artículos científicos cuya población de referencia sea diagnosticada con obesidad sin co-morbilidades, artículos científicos cuya población de referencia presente periodontopatía diagnosticada y soportada por índices epidemiológicos de enfermedad gingival y periodontal.

Se descartaron los artículos en los cuales incluían población gestante, población comprometida sistémicamente, pacientes con edentulismo superior a 10 dientes y tratamiento periodontal previo a 3 meses. Se realizó lectura inicial de títulos, donde se descartaron los artículos duplicados, posteriormente por lectura de abstract y finalmente se analizó el texto completo.

La evaluación de la calidad metodológica se realizó a través de listas de chequeo internacionales según el diseño del artículo. STROBE estudios observacionales

analíticos, QUORUM para ensayos clínicos controlados y PRISMA para revisiones sistemáticas. Se identificó el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los estudios seleccionados a través de los criterios sugeridos por el centro de medicina basada en la evidencia de Oxford.

Se diseñó una matriz bibliográfica que incluye el nombre del artículo, el autor, la publicación, el diseño de estudio, la población, variables analizadas, resultados, conclusiones de los autores, nivel de evidencia y grado de recomendación.

RESULTADOS

La búsqueda inicial arrojó 14.143 artículos científicos. Se excluyeron 368 por lectura de títulos y duplicados, 324 por abstract y 37 por evaluación de la calidad metodológica.

Un total de 10 artículos fueron incluidos en la revisión sistemática. Los revisores estuvieron de acuerdo con la inclusión de estos artículos (Figura 1).

Las características de los artículos seleccionados y excluidos se describen en la tabla 1 y 2.

Estudios como los de *de Castilhos y cols* y *Zuza P.* (9,13) relacionan el índice de masa corporal con la presencia de sangrado gingival. *Salekzamani, Suvan, Chaffee* y *Ekuni* (4,10,11,16) mencionan la incidencia de periodontitis en pacientes obesos. Con respecto a las bolsas periodontales, *Saxlin, Zuza, Saxlin, Ylostalo* (12,13,15,17) mencionan la presencia de bolsas mayores a 4 mm en pacientes con sobrepeso. Estudios realizados por *Zuza* (13) demuestran los efectos de la terapia

periodontal sobre los niveles de citoquinas proinflamatorias y *Takaaki* (14) hace referencia a la influencia de la dieta sobre la aparición de periodontitis.

Los estudios de *Salekzamani, Suvan, Chaffee y Ekuni* (4,10,11,16) demostraron la incidencia de personas con aumento de peso y sin comorbilidades sobre la periodontitis y se encontró que la obesidad no interviene en condiciones iniciales de la enfermedad periodontal, solo es estadísticamente significativa cuando esta enfermedad ya se encuentra establecida ($p < 0.05$) y que la periodontitis leve y la gingivitis no están influenciadas por las medidas antropométricas.

Jean Suvan y cols (11) menciona que las personas obesas o con sobrepeso sin comorbilidades tienen un riesgo de 2.13 veces mayor de padecer periodontitis en comparación a personas con peso normal y que los sujetos con periodontitis previa tienen un OR de 1.16 mayor riesgo de sufrir periodontitis por cada Kg/m^2 ($p < 0.01$) (4). El Promedio de OR para la asociación entre enfermedad periodontal y obesidad fué de 1.35 (95% IC 1.23 – 1.47) ($p < 0.05$), y por cada unidad de índice de masa corporal incrementa el riesgo 1.2 veces de padecer periodontitis ($p = 0.08$) (16).

Los estudios refieren que el número de dientes con bolsas de 4 mm o más se asociaron a personas obesas sin comorbilidades, presentando un OR de 1.08 a 1.09 (12). Se asoció un alto número de dientes con bolsas mayores a 4mm en personas con alto porcentaje de grasa corporal (OR 1.0-1.7) y perímetro de la cintura (OR 1.1 - 2.3) (12). La incidencia de nuevas bolsas periodontales mayores a 4 mm fue de 3.6 para pacientes con sobrepeso y de 3.7 para pacientes obesos sin comorbilidades (15).

El riesgo de que un paciente con sobrepeso tenga una bolsa periodontal es de 1.2 (95% IC 0.7-1.8) y para obesos de 1.3 (95% IC 0.7 – 2.1) (15). El hábito de fumar fue un factor modificador de la asociación de índice de masa corporal y número de dientes con bolsas ($p < 0.05$) y entre no fumadores la asociación de índice de masa corporal y bolsas de 4 mm presentó un riesgo relativo de 1.1 a 1.3.

Contrario a los resultados obtenidos, Saxlin (15) en su artículo determinó que hay una asociación débil entre el índice de masa corporal y la presencia de bolsas profundas con un OR de 1.04 lo que indica que no es una asociación estadísticamente significativa.

En un estudio hecho en población universitaria, estudiantes con sobrepeso y sin comorbilidades presentaron un mayor riesgo de padecer periodontitis por el incremento en el consumo de dieta grasa ($p = 0.021$) (14).

No hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) entre obesos y no obesos para los niveles de citoquinas proinflamatorias, y hubo diferencias significativas antes y después del tratamiento donde se redujeron los niveles de FNT- α e IL-6. En los pacientes obesos los niveles de IL-6 y FNT- α se mantuvieron altos incluso 3 meses después del tratamiento no quirúrgico ($P < 0.05$) (13).

DISCUSIÓN

La literatura científica incluida en la revisión encontró que 7 de 10 artículos determinan una posible relación entre el paciente obeso sin comorbilidades y la

periodontopatía. Aunque estos reportes se inclinan por confirmar esta asociación, los autores de los estudios analizados, sugieren realizar investigaciones adicionales con parámetros e índices estandarizados para establecer la naturaleza de esta posible relación. (4,9,10-12,14,16,17)

La presencia de bolsas periodontales mayores a 4mm fueron relacionadas en mayor medida a pacientes obesos que a pacientes con peso normal (12,17). estos hallazgos se relacionan con los encontrados por *Saito y cols* (18) donde establecieron que un índice de masa corporal mayor a 25 Kg/m², una categoría alta y muy alta de grasa corporal y una categoría alta de relación cintura cadera, se encuentran directamente relacionadas con la presencia de bolsas periodontales mayores a 4 mm en comparación con los sujetos con peso normal.

De otro modo los resultados de los análisis de *Pekka Ylöstalo y col*(17) mostraron que había una asociación consistente entre el peso corporal y la presencia de bolsas periodontales de 4 mm o más. Adicional a la presencia de bolsas, la pérdida de inserción clínica es tomada como parámetro de enfermedad periodontal, donde según estudios de *Al-Zahrani y Dalla vecchia* (19-20), muestran un OR de 1.37 en relación con la pérdida de inserción clínica de más de 3 mm para pacientes con índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m².

En el estudio de *Pataro*(21) con 594 sujetos, encontró que el índice de sangrado gingival fue mayor en las personas obesas (IMC <40Kg/m²) en comparación con sujetos de peso normal. Autores como de *Castilhos* (9) y *Haffajee* (28) muestran

una asociación positiva entre parámetros antropométricos y sangrado gingival ($p < 0.05$).

En relación a los marcadores proinflamatorios como el factor de necrosis tumoral alfa (FNT-a), la interleucina 6 (IL-6) y la interleucina 8 (IL-8) fueron evaluados en estudios como el de Zuza (13) donde reporta que estas citoquinas se disminuyen después del tratamiento periodontal no quirúrgico, sin embargo, en pacientes obesos estos marcadores se mantienen hasta tres meses después.

Lundin (23) manifiesta una correlación del índice de masa corporal, FNT-a y la IL_8 en el fluido crevicular en sujetos jóvenes obesos (IMC >40), sin embargo éstos niveles de citoquinas pueden ser afectados por la condición de obesidad a través del efecto sistémico. Teniendo en cuenta que dichos biomarcadores se pueden expresar en diferentes procesos inflamatorios intra o extraorales y a su vez expresarse en diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad de diferentes patologías..(29-30)

Otro factor modificador de las condiciones periodontales en pacientes obesos es el tipo de dieta, donde *Takaaki* en su estudio "Relationships Between Eating Habits and Periodontal Condition in University Students" (14) llevado a cabo en jóvenes universitarios, demostró, que el riesgo de periodontitis fue mayor en los obesos que incluían en su dieta altos niveles de grasa, debido que el estrés oxidativo y el estado antioxidativo se encuentran involucrados en la progresión de la periodontitis. *Chapple* (24) estudio el efecto del estrés oxidativo sobre el tejido periodontal y encontró que un aumento de las concentraciones de radicales libres induce una

peroxidación del ácido araquidónico lo cual puede producir aumento de los niveles creviculares del 8- isoprostano y generar según su grado de concentración ya sea muerte celular y apoptosis o necrosis favoreciendo la degradación del tejido periodontal.

Respecto al comportamiento de la enfermedad periodontal en la población con sobrepeso y obesa, *Salekzamani* (10) demuestra que solo existe diferencia estadísticamente significativa entre la obesidad y la periodontitis ya establecida, donde la periodontitis inicial y la gingivitis no están influenciadas por las medidas antropométricas. *Khader y cols*(31) sugiere que la periodontitis es mas prevalente en sujetos con un amplio perimetro de la cintura, *Amin y col*(32) nos dice que la obesidad general y abdominal en mujeres jovenes y la obesidad abdominal en hombres fue significativamente asociada con enfermedad periodontal .

Aunque los sujetos con periodontitis previa, tienen un OR de 1.16 más riesgo de padecer periodontitis por cada kilogramo de peso sobre metro cuadrado (IMC)(18), *Al-Zahrani y cols* en su estudio (*Obesity and periodontal disease in young, middle-aged, and older adults*)(19) menciona que la obesidad caracterizada por un perímetro de la cintura amplio o un alto índice de masa corporal, se asoció con periodontitis en adultos jóvenes (de 18 a 34 años); después de ajustar los resultados para las variables relacionadas con el sexo, etnia, nivel educativo, índice de pobreza, tabaquismo, la diabetes, y el tiempo transcurrido desde su última visita al odontólogo. Argumento que apoya *Eun-Jin Kim*(25) quien demuestra que después de ajustar resultados para factores como estado sociodemográfico, comportamiento de cuidado oral y el estado de salud general y oral, la periodontitis esta asociada

con un amplio perímetro de la cintura, mientras que el índice de masa corporal no tuvo ninguna relación.

Estudios de *Morita y cols* (26) determinaron que la relación entre el índice de masa corporal y la incidencia de periodontitis parece ser mas fuerte en mujeres que en hombres, teniendo un OR de 1.3 - 1.4 para hombres y de 1.7 -3.24 para mujeres, comparado con el grupo control.

CONCLUSIONES

La literatura científica analizada sugiere una posible relación entre la enfermedad periodontal y la obesidad sin comorbilidades, en relación al componente descrito para poblaciones con periodontopatía ya establecida y para la población cuyo signo clínico de obesidad se relaciona con el perímetro de la cintura aumentado.

Sin embargo la literatura aun no es contundente en relación a los demás parámetros clínicos e inmunológicos establecidos en el estudio de esta asociación.

Por lo tanto la literatura analizada no demuestra suficiente evidencia científica que sustente la asociación entre la enfermedad periodontal y la obesidad sin comorbilidades.

Se sugiere a futuro, el diseño de estudios clínicos que permitan identificar la posible asociación entre las patologías analizadas en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zimmet P, Thomas CR. Genotype, obesity and cardiovascular disease – has technical and social advancement outstripped evolution? *J Intern Med* 2003;254:114-125.
2. Friedman JM. Obesity in the new millennium. *Nature* 2000;404:632-634.
3. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Bienestar Familiar, Ministerio de la protección Social de Colombia, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 ENSIN. (sitio internet). Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallICBF/NormatividadGestion/ENSIN1>.
4. Ekuni D, Yamamoto T, Koyama R, Tsuneishi M, Naito K, Tobe K. Relationship between body mass index and periodontitis in young Japanese adults. *J Periodontol Res* 2008; **43**: 417–421.
5. Nanci A and Bosshardt D. Structure of periodontal tissues in health and disease. *Periodontology* 2000 2006; 40: 11–28.
6. Saito T, Shimazaki Y, Sakamoto M. Obesity and periodontitis. *N Engl J Med* 1998;339:482-483.
7. Nishimura F, Kono T, Fujimoto C, Iwamoto Y, Murayama Y. Negative effects of chronic inflammatory disease on diabetes mellitus. *J Int Acad Periodontol* 2000;2:49-55.
8. Vendrell J, Broch M, Vilarrasa N, Molina A, Gómez JM, Gutiérrez C, Resistin, adiponectin, ghrelin, leptin, and proinflammatory cytokines: Relationships in obesity. *Obes Res* 2004;12: 962-71.
9. De Castilhos ED, Horta BL, Gigante DP, Demarco FF, Peres KG, Peres MA. Association between obesity and periodontal disease in young adults: a population-based birth cohort. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 717–724.
10. Salekzamani Y, Shirmohammadi A, Rahbar M, Shakouri S, and Nayebi F. Association between Human Body Composition and Periodontal Disease. *International Scholarly Research Network ISRN Dentistry* 2011;9; 1-5.
11. Suvan J, D’Aiuto F, Moles D, Petrie A. and Donos N. Association between overweight/obesity and periodontitis in adults. A systematic review. *obesity reviews* 2011; 12: e381–e404.
12. Saxlin T, Ylöstalo P, Suominen-Taipale L, Mañnisto S, Knuuttila M. Association between periodontal infection and obesity: results of the Health 2000 Survey. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 236–242
13. Zuzá E, Barroso E, Carrareto A, Pires J, Carlos I, Theodoro L, and Egbert B. The Role of Obesity as a Modifying Factor in Patients Undergoing Non-Surgical Periodontal Therapy. *J Periodontol* 2011;82:676-682.
14. Takaaki T, Michiko F, Ekuni, Koichiro Irie, Tetsuji Azuma, Yoshiaki Iwasaki, and Manabu Morita. Relationships Between Eating Habits and Periodontal Condition in University Students. *J Periodontol* 2011; 82:1642-1649
15. Saxlin T, Ylöstalo P, Suominen-Taipale L, Aromaa A, Knuuttila M. Overweight and obesity weakly predict the development of periodontal infection. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 1059–1067.

16. Chaffee B and Weston S. Association Between Chronic Periodontal Disease and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J periodontol*. 2010;81:1708- 1724.
17. Ylösto P, Suominen-Taipale L, Reunanen A, Knuutila M. Association between body weight and periodontal infection. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 297-304.
18. Saito, T., Shimazaki, Y., Koga, T., Tsuzuki, M. & Ohshima, A. Relationship between upper body obesity and periodontitis. *Journal of Dental Research* 80, 2001; 1631–1636.
19. Al-Zahrani MS, Bissada NF, Borawski EA Obesity and periodontal disease in young, middle-aged, and older adults. *J. periodontology* 2003; 74:610-615.
20. Dalla Vecchia CF, Susin C, Rosing CK, Oppermann RV, Albandar JM. Overweight and obesity as risk indicators for periodontitis in adults. *J Periodontol* 2005; **76**: 1721–1728.
21. Pataro A, Costa F, Cortelli S, Cortelli J, Guimarães M, Costa A, Association between severity of body mass index and periodontal condition in women, *Clinical Oral Investigations* 2012; **16**: 727-734
22. Gorman A, Kaye EK, Apovian C, Fung TT, Nunn M, Garcia RI. Overweight and obesity predict time to periodontal disease progression in men. *J Clin Periodontol*. 2012; 39:107-114.
23. Lundin M, Lindberg T, Dahllof G, Modeer C. Correlation between TNF- α in gingival crevicular fluid and body mass index in obese subjects. *Acta Odontol Scand* 2004;62:273-277.
24. Chapple IL, Matthews J. The role of reactive oxygen and antioxidant species in periodontal tissue destruction. *Periodontology* 2000. 2007;43:160-232.
25. Kim E, Bo-Hyoung Jin, and Kwang-Hak Bae. Periodontitis and Obesity: A Study of the Fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol* 2011;82:533-542.
26. I. Morita, Y. Okamoto, S. Yoshii, H. Nakagaki, K. Mizuno, A. Sheiham, and W. Sabbah. Five-Year Incidence of Periodontal Disease Is Related to Body Mass Index. *J Dent Res* 2011 90(2):199-202.
27. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4:1-6.
28. Haffajee A, Socransky S. Relation of body mass index, periodontitis and *Tannerella Forsythia*. *Journal clinical Periodontology*. 2009; 36: 89-99.
29. Dandona P, Weinstock R, Thusu K, Abdel-Rahman E, Aljada A, Wadden T. Tumor necrosis factor- α in sera of obese patients: fall with weight loss. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83: 2907-2917.
30. Fain JN, Madan AK, Hiler ML, Cheema P, Bahouth SW. Comparison of the release of adipokines by adipose tissue, adipose tissue matrix, and adipocytes from visceral and sub- cutaneous abdominal adipose tissues of obese humans. *Endocrinology* 2004;145:2273±82.
31. Khader Y, Bawadi H, Haroun T, Alomari M, and Tayyem R. F., “The association between periodontal disease and obesity among adults in Jordan. *Journal of Clinical Periodontology* 2009;36:18–24.
32. Amin H.-S., “Relationship between overall and abdominal obesity and periodontal disease among young adults. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010;16:429–433.
33. Saxlin T, Suominen-Taipale L, Kattainen A., Association between serum lipid

- levels and periodontal infection. *Journal Clinical Periodontology* 2008; 35: 1040–1047.
34. Kumar S, Dagli RJ, Dhanni C, Duraiswamy P. Relationship of Body Mass Index with periodontal health status of green marble mine laborers in Kesariyaji, India. *Brazilian Oral Research* 2009;23:365-369.
 35. Pradeep AR, Kumari M, Kalra N, Priyanka N. Correlation of MCP-4 and high-sensitivity C-reactive protein as a marker of inflammation in obesity and chronic periodontitis. *Cytokine* 2013;61:772-777.
 36. Gorman A, Kaye EK, Nunn M, Garcia RI. Changes in Body Weight and Adiposity Predict Periodontitis Progression in Men *Journal Dental Research* 2012;91:921-926.
 37. Takagiri S, Nitta H, Nagasawa T, Izumi Y, Kanazawa M, Matsuo A, Chiba H, Miyazaki S, Miyauchi T, Nakamura N, Ando Y, Hanada N, Inoue S. High prevalence of periodontitis in non-elderly obese Japanese adults. *Obesity Research & Clinical Practice* 2010; 4: 301-306.
 38. Saito T, Yamaguchi N, Shimazaki Y, Hayashida H, Yonemoto K, Doi Y, Kiyohara Y, Lida M, Yamaschita Y. Serum levels of resistin and adiponectin in women with periodontitis: the Hisayama study. *Journal Dental Research*. 2008; 87:319-22.

Figura 1 : Selección de estudios.

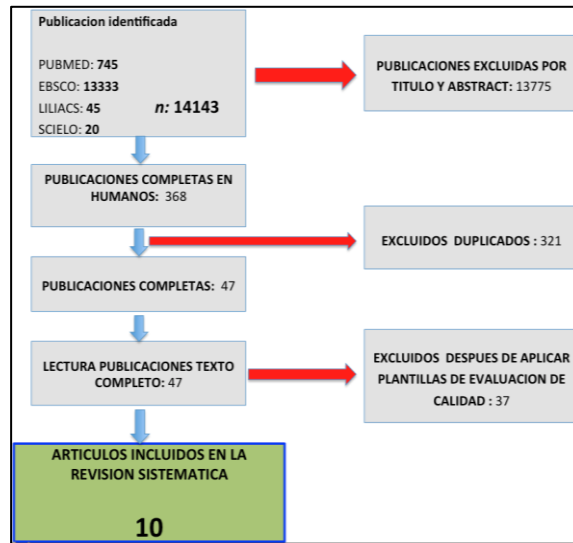


TABLA1: Características de los artículos incluidos

Autor	Diseño de estudio	Resultados
de Castilhos ED et al., 2012 (9)	Corte transversal	Asociación positiva entre parámetros antropométricos y sangrado gingival ($p < 0.05$)
Yagoub Salekzamani et al., 2011 (10)	Corte transversal	La obesidad se relaciona con periodontitis ya establecida ($p < 0.05$)
Suvan Jean et al., 2011 (11)	Revisión sistemática	Las personas obesas o con sobrepeso tienen un OR 2.13 mayor riesgo de presentar periodontitis comparadas con grupo control
Saxlin T. Et al., 2011 (12)	corte transversal	Se asoció el BMI (30 Kg/m^2) con bolsas de 4 mm (OR 1.3-1.8). Hombres obesos OR 2.2 mayor riesgo de presentar bolsas de 7 mm o más. El perímetro de la cintura mostró un OR 1.5 mayor riesgo en hombres de presentar bolsas de más de 4 mm.
Zuza E. Et al., 2011 (13)	Ensayo clínico controlado	No hay diferencias significativas en la presencia de citoquinas proinflamatorias (FNT-a, IL-8, IL-6) entre pacientes obesos y no obesos ($p > 0.05$)

Takaaki T. Et al., 2011 (14)	Corte transversal	El incremento de consumo de dieta grasa se relacionó con riesgo de periodontitis (p=0.01)
Saxlin T. Et al., 2010 (15)	Cohorte	No encontró asociación estadísticamente significativa entre el peso corporal y la profundidad de la bolsa(OR 1.0)
Chafee B. Et al., 2010 (16)	Revisión sistemática y metaanálisis	No hay asociación fuerte entre la obesidad y periodontitis cuando los resultados se basan en individuos jóvenes, mujeres y no fumadores (OR 1.3).
Ylostalo P. Et al., 2008 (17)	Cohorte	El RR fue de 1.1 a 1.3 cuando se asoció el BMI con bolsas de 4 mm o más
Ekuni D. Et al., 2008 (4)	Corte transversal	Los sujetos con periodontitis previa tienen un OR de 1.6 mayor riesgo de presentar periodontitis por cada Kg/ m ² .

Tabla 2. Artículos excluidos

Título	Autor	Motivo de exclusión
Association between serum lipid levels and periodontal infection (2008)	Saxlin T, Suominen-Taipale L, Kattainen A (33)	No cumple con nivel de evidencia SIGN
Relationship of Body Mass Index with periodontal health status of green marble mine laborers in Kesariyaj (2009)	Santhosh Kumar(a) Rushabh J Dagli (34)	No cumple con nivel de evidencia SIGN
Correlation of MCP-4 and high-sensitivity C-reactive protein as a marker of inflammation in obesity and chronic periodontitis (2013)	A.R. Pradeep , Priyanka (35)	No cumple con nivel de evidencia SIGN
Changes in Body Weight and Adiposity Predict Periodontitis Progression in Men (2012)	A. Gorman , E.K. Kaye (36)	No cumple con nivel de evidencia SIGN
High prevalence of periodontitis in non-elderly obese Japanese adults (2010)	Sayaka Katagiria, Hiroshi Nitta (37)	No cumple con nivel de evidencia SIGN
Serum Levels of Resistin and Adiponectin in Women with Periodontitis: the Hisayama Study (2008)	T. Saito1, N. Yamaguchi (38)	No cumple con nivel de evidencia SIGN