



A obesidade pode estar associada a diferentes doenças crônicas. Estudos vêm revelando que a causa pode ser devido à produção e liberação de citocinas pró-inflamatórias por parte do tecido adiposo, além da modulação da resposta imunológica do indivíduo obeso; assim sendo, a obesidade pode interferir na homeostase periodontal, uma vez que essa apresenta uma característica imune-inflamatória. Sistemáticamente, diferentes estudos epidemiológicos transversais e longitudinais têm encontrado associação positiva entre essas duas condições. Entretanto, o efeito da obesidade sobre os desfechos do tratamento periodontal ainda não foi estudado experimentalmente.

OBJETIVO

Comparar o efeito do tratamento periodontal não-cirúrgico sobre os parâmetros clínicos em mulheres obesas e não-obesas ao longo de 12 meses.

MATERIAIS E MÉTODOS

Ensaio clínico randomizado, controlado por placebo, duplo-cego, em paralelo.

Alocada aleatoriamente uma amostra de 60 mulheres (35 a 65 anos) com diagnóstico de periodontite crônica (pelo menos 2 dentes com PS \geq 6 mm e PI \geq 4 mm).

Fatores de inclusão: boas condições de saúde geral (não apresentar diabetes), pacientes não fumantes ou ex-fumantes há pelo menos 3 anos, história negativa de antibioticoterapia nos últimos 6 meses, não ser gestante ou lactante.

Todas participantes receberam tratamento periodontal não-cirúrgico, com uso concomitante de antibioticoterapia ou placebo.

→ 400mg de 8/8 horas durante 10 dias.

→ Exames de reavaliação ocorreram depois de 3, 6, 9 e 12 meses

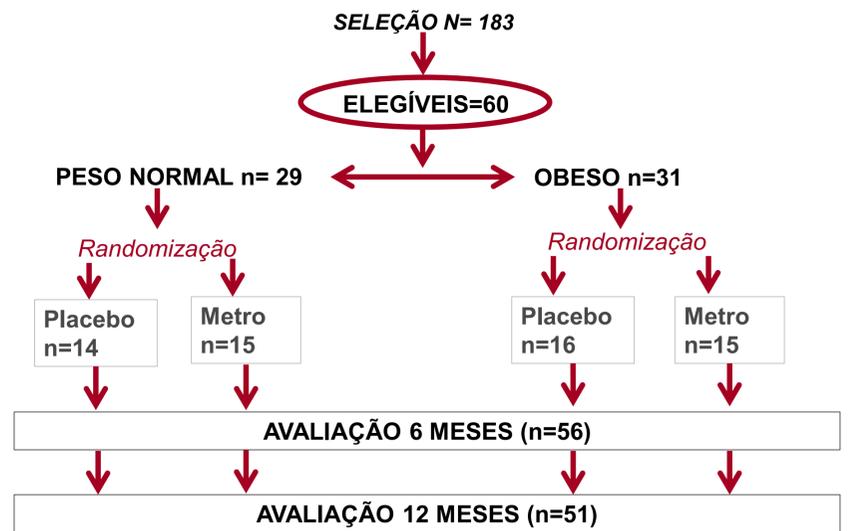


Figura 1. Fluxograma do Estudo

RESULTADOS

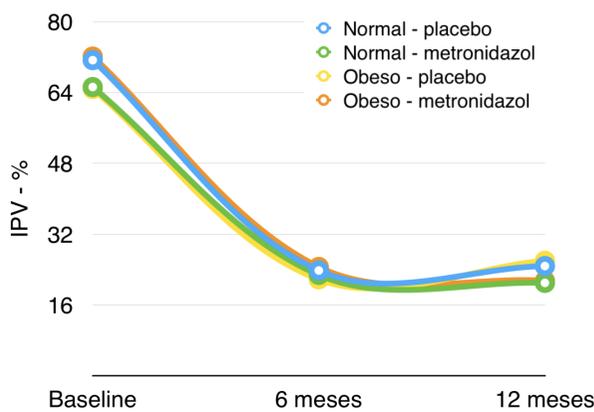


Figura 2. Índice de placa visível de acordo com o grupo experimental ao longo do estudo. Kruskal-Wallis usado para comparação entre os grupos. P inicial = 0.68; P 12meses = 0.54

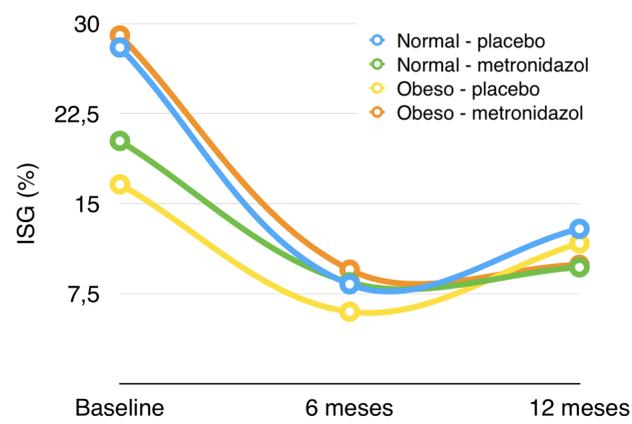


Figura 3. Índice de sangramento à sondagem de acordo com o grupo experimental ao longo do estudo. K-Wallis usado para comparação entre os grupos. P inicial = 0.12; P 12meses = 0.48

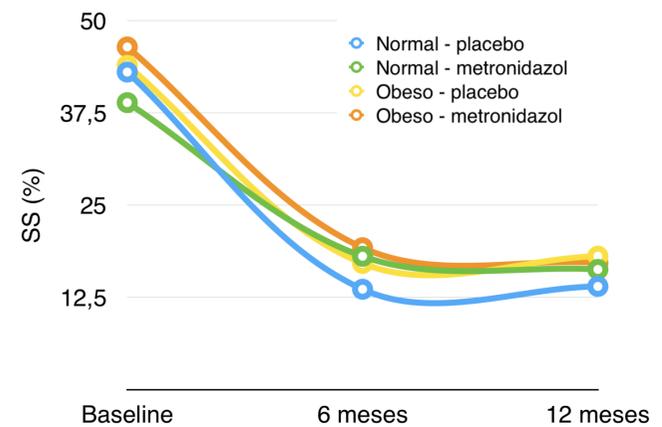


Figura 4. Índice de sangramento subgengival de acordo com o grupo experimental ao longo do estudo. K-Wallis usado para comparação entre os grupos. P inicial = 0.71; P 12meses = 0.62

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas, sociais e clínicas do estudo de acordo com os diferentes grupos experimentais.

Variável	Peso Normal		Obeso		P
	Placebo	Metronidazol	Placebo	Metronidazol	
n	14	15	16	15	
Idade (anos, média \pm DP)	42.3 \pm 6.8	45.1 \pm 6.3	46.1 \pm 6.3	42.6 \pm 5.3	0.53
Educação (%)					
≤ 8 anos	43	32	68	60	
9 - 11 anos	30	46	16	26	0.62
> 11 anos	27	22	16	14	
IMC (média \pm DP)	22.5 \pm 0.8	23.7 \pm 1.0	33.6 \pm 2.1	34.1 \pm 2.5	0.0001
Número de dentes (média \pm DP)	22.3 \pm 2.1	23.1 \pm 3.1	21.3 \pm 3.0	21.9 \pm 4.2	0.81

Tabela 2. Média de profundidade de sondagem de acordo com os grupos experimentais durante o estudo.

Grupo - Tratamento (n)	Profundidade de Sondagem (média \pm DP)			
	Baseline	6 meses	12 meses	P*
Normal - placebo (14)	3.59 (0.4)	2.55 (0.3)	2.62 (0.5)	0.52
Normal - metronidazol (15)	3.65 (0.6)	2.44 (0.4)	2.45 (0.4)	0.69
Obeso - placebo (16)	3.58 (0.7)	2.48 (0.5)	2.61 (0.6)	0.81
Obeso - metronidazol (15)	3.69 (0.6)	2.38 (0.6)	2.42 (0.4)	0.69
P**	0.61	0.43	0.13	---

*ANOVA de medidas repetidas
**ANOVA de uma via

CONCLUSÃO

Todos os grupos experimentais se beneficiaram com os tratamentos supra e subgengival, independente da categoria do IMC. Além disso, não existem diferenças significativas entre os grupos experimentais em nenhum dos parâmetros clínicos periodontais estudados.