



Odontoestomatología

ISSN: 0797-0374

ISSN: 1688-9339

Facultad de Odontología - Universidad de la República

Rotemberg, Enrique; Capó, Claudia; Batlle, Alicia; Francia, Alejandro; Andrade, Ernesto

Evaluación del estado periodontal en una población afro-
uruguaya residente en Montevideo. Estudio transversal

Odontoestomatología, vol. XIX, núm. 30, 2017, pp. 67-77
Facultad de Odontología - Universidad de la República

DOI: 10.22592/ode2017n30a8

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479654215008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Evaluación del estado periodontal en una población afro-uruguaya residente en Montevideo. Estudio transversal

Evaluation of the periodontal status in an afro-uruguayan population resident in Montevideo. A cross sectional study

Enrique Rotemberg¹, Claudia Capó², Alicia Batlle³, Alejandro Francia⁴, Ernesto Andrade⁵

DOI: 10.22592/o2017n30a8

Resumen

El enfoque de diversidad en la salud se refiere a reconocer y atender especialmente los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas. La consideración étnico-racial en estos casos se torna fundamental. En Uruguay datos censales muestran que el 8,1% de la población (cerca de 255.000 personas) se reconocen como afrodescendientes, constituyendo la “principal minoría étnico - racial del país”. Hasta el presente no existen relevamientos sobre la condición periodontal de la población afrodescendiente de nuestro país. Objetivo: valorar el estado buco-dental y periodontal a través de indicadores del proceso salud-enfermedad. Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal no representativo de la población afrouruguaya. Criterios de inclusión: rango etario de 15 a 35 años con residencia en Montevideo. Criterios de Exclusión: estar embarazada, haber recibido terapia periodontal o tratamiento con antibióticos en los últimos 6 meses. El tamaño de cada muestra de población con o sin origen afro fue de 40 individuos, mitad hombres y mitad mujeres. Fue aplicada la Historia Clínica Rediente conjuntamente con un registro periodontal clínico, usando periodontímetro calibrado por milímetro examinando seis sitios por pieza dentaria en boca completa. Resultados: el grupo afrodescendiente tiene un diente menos en promedio que el grupo no afrodescendiente, particularmente primeros molares inferiores. Registra también mayor prevalencia, extensión y severidad de pérdida de inserción respecto al grupo control. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en referencia a la profundidad de sondaje entre ambas poblaciones. Conclusiones: La población afrodescendiente se integró a los sectores populares de la sociedad determinando mayor vulnerabilidad de la misma. En la franja etaria considerada (15-35 años) en el grupo de afrodescendientes hay mayor prevalencia, extensión y severidad de Pérdida de Inserción Periodontal en relación a los no afrodescendientes. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en relación a la Profundidad de Sondaje en las poblaciones examinadas.

Palabras clave: afrodescendiente, adolescente y adulto joven, enfermedad periodontal.

Abstract

The diversity approach in health focuses on recognizing and paying special attention to the different interests, demands, needs and health-disease processes specific to certain people. Ethnic-racial considerations in these cases become fundamental. In Uruguay, census data show that 8.1% of the population (approximately 255,000 people) consider themselves Afrodescendants, which makes them the main ethnic-racial minority of the country. To date, there are no surveys on the periodontal condition of Afrodescendant population in our country. Objective: to evaluate the oral and periodontal status of patients through health-disease process indicators. Materials and methods: descriptive, cross-sectional study of the Afro Uruguayan population. Inclusion criteria: age range from 15 to 35, living in Montevideo. Exclusion criteria: pregnancy, having received periodontal treatment or treatment with antibiotics in the last 6 months. The size of each population sample with or without African origin was of 40 individuals each, half men, half women. The Rediente Clinical History was used, the periodontal parameters were recorded using a periodontal probe calibrated by millimeter, and six sites per tooth were examined in a full mouth. Results: the group of Afrodescendants have one less tooth, on average, than non-Afrodescendants, especially the first mandibular molars. They also show higher prevalence, depth and severity of attachment loss compared to the control group. No statistically significant differences were found in probing depth between the two groups. Conclusions: Afrodescendants became part of the popular sectors of society, which makes them more vulnerable. In the age range considered (15-35), Afrodescendants have higher prevalence, extension and severity of clinical attachment loss than non-Afrodescendants. No statistically significant differences were found in the considered age range regarding probing depth in the populations examined.

Keywords: Afrodescendants, adolescents and young adults, periodontal disease.

1 Cátedra de Fisiología General y Buco-dental de Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. ORCID: 0000-0002-0686-8607.

2 Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. ORCID: 0000-0001-9888-506X.

3 Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. ORCID: 0000-0002-7307-2625.

4 Cátedra de Fisiología General y Buco-dental de Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. ORCID: 0000-0002-7942-9189.

5 Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. ORCID: 0000-0002-9511-3678.

Antecedentes y Justificación

El enfoque de diversidad en la salud se refiere a reconocer y atender especialmente los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas. La consideración étnico-racial en estos casos se torna fundamental⁽¹⁾. El presente trabajo surgió a partir de interrogantes planteadas por promotores del colectivo afrouruguayo sobre la situación buco-dental de sus integrantes en el país. La ascendencia étnico-racial establece como criterio de respuesta la autoidentificación de las personas con una de las opciones disponibles. Se consideran afrodescendientes quienes declaran tener: a) exclusivamente ascendencia afro; b) más de una ascendencia señalando la afro como principal; c) más de una ascendencia, entre ellas la afro aunque ésta no sea considerada la principal. Los individuos no afrodescendientes relatan otra/s ascendencia/s que no incluyen la afro⁽²⁾. La raza (concepto en desuso) es el resultado de una categorización social externa, mientras que etnia responde a una definición interna que refiere al sentimiento de pertenencia a una comunidad⁽³⁾.

La población afrodescendiente de las Américas se concentra en las áreas residenciales más pobres, con mayor déficit de vivienda, poco accesibles, con medios de transporte inadecuados y mayor exposición al crimen y la violencia. Dicha realidad podría influir en éste colectivo en su bajo nivel de asistencia sanitaria sumado a la falta de: enfoque intercultural del tratamiento médico; políticas que aborden específicamente las enfermedades que más afectan las personas afrodescendientes y; previsión de medicación específica⁽⁴⁾.

Las dificultades de acceso a los Servicios de Salud estarían relacionadas con las limitaciones económicas que padece la mayoría de la población afrodescendiente (INE, 2008)⁽⁵⁾. Encuestas realizadas en la capital de nuestro país en el marco de un estudio piloto mostraron que el porcentaje de población afrouruguaya que se atiende en servicios odontológicos públicos

y privados fue 50 y 50 %, mientras que en otra muestra de similar tamaño, situación socio-demográfica y relación hombre-mujer aunque no afrodescendiente, la proporción fue 40 y 60 % (Rotemberg y col, 2017)⁽⁶⁾.

En Uruguay datos censales demuestran un fuerte componente del origen caucásico de la población. Sin embargo 255.000 afrodescendientes (cerca del 8,1% del total) son reconocidos como la “principal minoría étnico - racial del país”. Se ubican mayoritariamente en la frontera seca con Brasil y en los barrios periféricos del Departamento de Montevideo⁽²⁾.

Los afrodescendientes evidencian niveles de instrucción más bajos que el resto de la población pese a las mejoras en la cobertura de educación. En poblaciones mayores a 12 años la brecha en la asistencia a la educación formal se comienza a advertir y acentuar con el incremento de la edad, en especial en el tramo etario de 18 a 24 años. La inclusión en la enseñanza terciaria de individuos con ascendencia afro es sensiblemente menor. Los jóvenes afrodescendientes ingresan tempranamente al mercado laboral y lo abandonan tardíamente comparados con el resto de la población⁽⁷⁾.

El censo realizado en Uruguay en el año 2012 mostró que el colectivo afrodescendiente presenta mayor número de necesidades básicas insatisfechas con respecto a la población no afro y la tasa de pobreza supera el doble al resto de la población: 27,2% en la población afrodescendiente mientras que en la población total el valor fue de 12,4%⁽⁸⁾.

Al considerar el consumo de tabaco según género, los varones presentan mayor porcentaje de consumo diario de tabaco (22,3%), siendo la brecha con las mujeres de 7,6%. Según la ascendencia étnica, la población de ascendencia afro contiene también mayor porcentaje de consumidores diarios de tabaco (24,6%) y la diferencia con la población no afro es de 6,7%. Por otra parte, el consumo de tabaco según la línea de pobreza muestra que el 25,3% de las personas en situación de pobreza son consumi-

dores diarios de tabaco, en tanto en las personas que están por encima la línea de pobreza el valor es de 17,6%⁽⁹⁾.

Se ha mencionado que los afrodescendientes tienen mayor riesgo de contraer determinadas patologías con posibilidad de afectar a su descendencia. Es así que la población con raíces africanas en su árbol genealógico tiene más chance de padecer glaucoma^(10,11) hemoglobinopatías⁽¹²⁻¹⁴⁾ hipertensión arterial^(14,15) y diabetes^(15,16).

Investigaciones realizadas en afro-americanos residentes en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) encontraron mayor prevalencia de enfermedad periodontal en dicha población (7,5%), seguida de poblaciones hispana (4,4%) y blanca (1,2%)⁽¹⁷⁾.

Las enfermedades periodontales representan un conjunto de patologías de origen multifactorial, siendo iniciadas por un biofilm específico donde la respuesta del paciente es modulada por diversos factores como el hábito de fumar, la diabetes mellitus, la obesidad y el nivel socioeconómico⁽¹⁸⁾.

Relevamientos epidemiológicos realizados en (EUA) han mostrado que los adolescentes afro-americanos tienen 5 a 15 veces más probabilidad de desarrollar periodontitis en comparación con adolescentes caucásicos. El porcentaje se incrementa a medida que aumenta la edad de la población^(19,20). Además, la interacción raza-género muestra que los hombres tienen casi tres veces más probabilidad de padecer periodontitis que las mujeres de tez morena⁽¹⁷⁾.

Un estudio de base poblacional en Brasil, donde se evaluaron más de 11000 personas en edades comprendidas entre los 35 - 44 mostró que los afrodescendientes presentaban 1.6 veces más posibilidades de desarrollar periodontitis al ser comparados con los no afrodescendientes⁽²¹⁾. Una revisión sistemática con artículos publicados entre 1999 - 2008 en Brasil analizó variables periodontales en relación a desigualdades sociales (raza inclusive), mostrando una

asociación significativa entre la raza y la enfermedad periodontal⁽²²⁾.

Durante los años 2010 - 2011 la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (UdelaR) realizó el Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en la población joven y adulta uruguaya. Al comparar por grupos de edad se destaca que en el rango etario de 15 a 24 años el porcentaje de individuos sin signos de sangrado, con ausencia de sarro y de bolsas periodontales de ≥ 4 mm fue cercano al 30%, casi el doble del existente en la población uruguaya⁽²³⁾.

Morales y col. (2015) observaron adolescentes entre 15 a 19 años de América Latina (incluido Uruguay). Un 28,6% de los revisados presentaron $\geq 25\%$ de sitios con sangrado al sondaje mientras que cerca del 60% registraron profundidad de sondaje ≥ 4 mm⁽²⁴⁾. Sin embargo, ninguno de los trabajos mencionados anteriormente reportó datos respecto al origen étnico-racial de adolescentes o adultos jóvenes y su asociación con la enfermedad periodontal.

El impacto de los determinantes sociales que sufre la población afrodescendiente y sus vínculos con las afecciones periodontopáticas radica en una mayor cantidad de situaciones estresantes (consecuencia de las desigualdades laborales y educativas entre otras), cuyo resultado directo es un deterioro en la función defensiva frente a la colonización bacteriana, así como un aumento en la síntesis de citoquinas proinflamatorias⁽²¹⁾.

El genotipo JP2 del *A.actinomycetemcomitans* está presente en forma endémica en poblaciones originarias de África. Estudios han mostrado que la elevada leucotoxicidad del genotipo JP2 de *A.actinomycetemcomitans* ha sido asociada con pérdida de inserción periodontal en población afrodescendiente⁽²⁵⁻²⁷⁾.

El polimorfismo genético de IL-1 juega un rol fundamental en la enfermedad periodontal. El genotipo 2/2 del antagonista del receptor de la IL-1 (IL-1ra) y el alelo T de IL-1beta en la muestra de afroamericanos y mulatos de una

población brasileña se asocia a periodontitis crónica, lo que sugiere una susceptibilidad genética a dicha enfermedad⁽²⁸⁾.

En Uruguay no existen antecedentes de estudios que revelen la condición periodontal de la población afrodescendiente.

Objetivo general: Valorar la situación bucodental de afrodescendientes, comparando con una muestra de sectores no afrodescendientes de similares condiciones socio-demográficas y rango etario.

Objetivo específico: Estimar mediante indicadores del proceso salud-enfermedad el estado periodontal en una muestra de la población afro-uruguaya adolescente y adulta joven.

Material y método: Se trató de un estudio transversal en poblaciones de ambos sexos en edades comprendidas entre 15 y 35 años, residentes en distintos Municipios de Montevideo, teniendo como referencia el Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República, el Área Naval del Cerro y la Casa de la Cultura Afrouruguaya. La muestra incluyó 40 individuos afrodescendientes y 40 individuos no afrodescendientes, con similares características socio-demográficas y relación de género. El tipo de muestreo por cuota (el mismo número de participantes por grupo) de algunas regiones geográficas de la capital del país no pretende ser representativo de la población afrouruguaya. La información socio-demográfica, el auto-reporte de enfermedades sistémicas y hábitos relacionados con la higiene oral fueron recopilados en la Historia Clínica REDIENTE aprobada por el Consejo de la Facultad de Odontología⁽²⁹⁾.

El examen clínico fue realizado en consultorio odontológico. La inspección bucal descartando lesiones de partes blandas fue seguida por el registro del número de piezas perdidas. Todos los dientes completamente erupcionados (excepto terceros molares) fueron examinados en seis sitios: mesio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mesio-lingual o mesio-palatino, lingual o palatino y disto-lingual o disto-pala-

tino, con periodontímetro Hu Friedy modelo Carolina del Norte (UNC PCP 15) calibrado por milímetro. Se consideran como variables la Profundidad de Sondaje y la Recesión Gingival. La Profundidad de Sondaje es la distancia del margen gingival al fondo de surco gingival o bolsa periodontal⁽³⁰⁾. La Recesión Gingival se definió desde el límite amelo cementario hasta el margen gingival⁽³¹⁾.

Consideraciones éticas: El proyecto “Evaluación del estado de salud buco-dental y periodontal en la población afrouruguaya” fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología en Montevideo, con fecha 06 de agosto de 2013, Expediente N° 091900-000135-13.

Reproductibilidad de los Examinadores: A los efectos de controlar el error o sesgo, los examinadores (ER, AB, CC y AF) fueron sometidos a un proceso de entrenamiento y calibración sobre las variables periodontales (Profundidad de Sondaje y Recesión Gingival) junto con docentes de la Cátedra de Periodoncia (UdelaR). En forma previa aspectos teóricos de cada indicador fueron definidos y acordados entre todos los integrantes del equipo de examinación, seguido de una etapa de entrenamiento clínico. Finalmente ocho pacientes con diverso grado de patología periodontal sirvieron para cuantificar la reproductibilidad de las mediciones⁽³²⁾. Tanto para la Profundidad de Sondaje como para la Recesión Gingival el Índice de Correlación Intraclass fue de 0,7, considerado satisfactorio⁽³³⁾.

Análisis Estadístico: Para los cálculos estadísticos los investigadores definieron seguir las pautas de Holtfreter y col. 2015⁽³⁴⁾. Como variable primaria se consideró la Pérdida de Inserción (PI) a partir del cálculo de la Profundidad de Sondaje junto con la Recesión Gingival. La Profundidad de Sondaje se definió como variable secundaria. Análisis univariados fueron realizados en primera instancia para comparar en las poblaciones de estudios: edad, consumo de tabaco, auto - reporte de enfermedades sisté-

micas, necesidad de prótesis, municipio donde residen y total de piezas dentarias erupcionadas. La exposición al tabaco, el auto - reporte de padecer enfermedades sistémicas y la necesidad de prótesis fueron clasificadas como variables dicotómicas (0 - ausencia/ 1 - presencia). Por otro lado, las piezas dentales perdidas se consideraron en forma cuantitativa. Particularmente para la edad se calculó la media por grupo además de subdividir en franjas etarias: 15 - 24 años y 25 - 35 años. El municipio de residencia se categorizó en dos estratos: 0 - "Nivel socio económico Bajo" (Municipios A, D, F y G) y 1 - "Nivel socio económico Alto" (Municipios B, C, Ch y E). (Figura 1 - Mapa de Municipios de Montevideo) ⁽³⁵⁾.

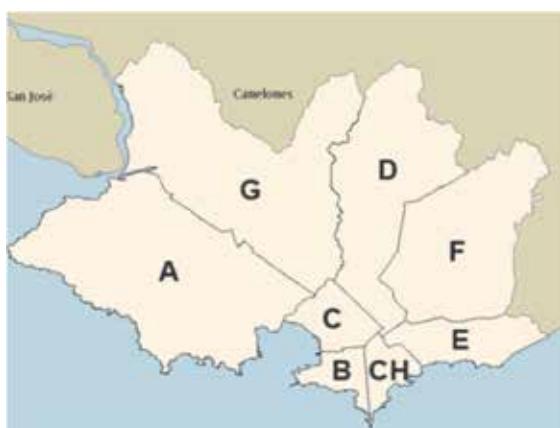


Fig. 1 - Mapa de Municipios de Montevideo

Para detectar diferencias entre los grupos, se realizó Test de Wilcoxon en los casos de Pérdida de Inserción y Profundidad de Sondaje, mientras que en los indicadores dicotómicos se utilizó Test de Chi-cuadrado.

La prevalencia de la Pérdida de Inserción (PI) se categorizó en $>3\text{mm}$ y $>5\text{mm}$, mientras que la Profundidad de Sondaje (PS) en $\geq 4\text{ mm}$ y $\geq 6\text{ mm}$. La severidad se obtuvo a partir de la comparación de medias y la extensión por la cantidad de sitios/boca de PI $> 3\text{mm}$ y $> 5\text{mm}$ así como de PS $\geq 4\text{mm}$ y $\geq 6\text{mm}$ ⁽³⁴⁾.

En todos los casos fue considerado un nivel de significancia estadística de 95% ($p<0,05\%$). Libre Office 5.1\Calc®, EPIDAT 4.2 y R Stu-

dio 1.0.44 fueron los softwares estadísticos utilizados.

Resultados

Un total de 80 personas fueron relevadas: 40 "afrodescendientes" y 40 "no afrodescendientes", siendo en cada grupo la misma proporción de hombres que mujeres (Tabla 1).

De lo relevado surge que es una población joven, con un promedio de edad de $26,6 \pm 6,4$ años. Sin embargo, los afrodescendientes tienen en conjunto más años que los no afrodescendientes $28,9 \pm 6,1$ vs. $24,2 \pm 6$ y a su vez una mayor proporción de individuos correspondientes a la segunda franja etaria (25 - 35 años): 29 (36,2%) vs. 16 (20%) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,006$).

En relación al hábito de fumar 16 personas (20% de total de la población) del grupo motivo de estudio fuman, mientras que en el grupo control solo 5 lo hacen (6,2%) ($p=0,01$).

Son pocas las personas que reportan tener enfermedades generales (12,5% del total), mientras que el 17,5% manifiestan la necesidad de prótesis, no existiendo diferencias significativas entre los grupos de estudio ($p=0,73$ y $p=0,76$). En su mayoría, la población observada proviene del municipio "A" 73%. El resto reside en el B (8,7%), G (6,2%), CH (5%), D (2,5%), F (2,5%), E (1,2%). A su vez, 31 afrodescendientes residen en los municipios considerados de "bajo nivel socio-económico", mientras que en la población no afrodescendiente son 37 los pertenecientes a dicho estrato, ($p=0,11$).

Dentro de los hábitos de higiene oral relevados, aproximadamente el 90% de los participantes reportaron cepillar sus dientes por lo menos dos veces por día mientras que un 85% informó la utilización de cepillos con cerdas de dureza "media" o "dura". En ningún caso existieron diferencias significativas entre los grupos.

Por otro lado, más de la mitad de las personas (55%) relataron concurrir al odontólogo en los últimos 12 meses. En este caso tampoco hubo

diferencias significativas entre las poblaciones de estudios. Comparando con la asistencia a la consulta médica, un 83% de personas de origen afro de 18 años en adelante declaró haber ocurrido el último año en un estudio realizado en el Municipio B, existiendo una brecha de género a favor de las mujeres ⁽¹⁴⁾.

En el presente trabajo las enfermedades sistémicas registradas en la población afrodescendiente fueron: hepatitis B, hipertiroidismo y epilepsia, cada cuadro en un participante diferente, e hipertensión arterial en tres participantes. En la población de origen no afro las enfermedades sistémicas fueron: asma, meningitis (cada patología en un individuo diferente) e hipertensión arterial en dos casos.

El grupo afrodescendiente tiene en promedio un diente menos que los no afrodescendientes ($23,6 \pm 4,1$ versus $25,2 \pm 2,9$, $p=0,001$). Siendo los molares los dientes que más se perdieron (específicamente los primeros molares inferiores). Los afrodescendientes presentaron mayor prevalencia de PI $>3\text{mm}$ ($7,4\%$ versus. $1,8\%$) y 5 mm o más ($2,1\%$ versus. $0,3\%$, $p=0,0000$) así como más sitios con PI $>3\text{mm}$ $12,4 \pm 17,2$ versus. $3,1 \pm 6,1$ y $>5\text{mm}$ $3,4 \pm 7,1$ versus. $0,6 \pm 1,7$, $p=0,0000$. También evidenciaron mayor severidad de PI que los no afrodescendientes, $0,39\text{mm} \pm 1,2$ versus $0,09\text{mm} \pm 0,5$, $p=0,0000$. Para el caso de la Profundidad de Sondaje no hubo diferencias estadísticamente significativas en términos de prevalencia, extensión ni severidad entre ambas poblaciones.

Tabla 1 - Características de las poblaciones de estudio según grupo étnico-racial

		Afro	No Afro	Total
Número de sujetos		40(50%)	40(50%)	80(100%)
Edad (años)*		$28,9 \pm 6,1$	$24,2 \pm 5,9$	$26,6 \pm 6,4$
Franjas Etarias*	15 - 24 (años)	11(13,7%)	24(30%)	35(43,7%)
	25 - 35 (años)	29(36,2%)	16(20%)	45(56,2%)
Hombre/Género		20(50%)	20(50%)	40(50%)
Fumador actual*	Si	16(20%)	5(6,2%)	21(26,2%)
	No	24(30%)	35(43,7%)	59(73,7%)
Enf. Sistémica**	Si	6(7,5%)	4(5%)	10(12,5%)
	No	34(42,5%)	36(45%)	70(87,5%)
Nec. Prótesis**	Si	8(10%)	6(7,5%)	14(17,5%)
	No	32(40%)	34(42,5%)	66(82,5%)
Frecuencia Cepillado/ Día**	<2/ Día	4 (5%)	4 (5%)	8 (10%)
	$\geq 2/ Día$	36 (45%)	36 (45%)	72 (90%)

		Afro	No Afro	Total
Consistencia Cerda Cepillo**				
	Dura	13 (16,2%)	6 (7,5%)	19 (23,7%)
	Media	20 (25%)	29 (36,5%)	49 (61,5%)
	Blanda	7 (8,7%)	5 (6,2%)	12 (14,9%)
Última visita al odontólogo**				
	Dentro de los últimos 12 meses	22 (27,5%)	22 (27,5%)	44 (55%)
	Menor frecuencia	18 (22,5%)	18 (22,5%)	36 (45%)
Municipios agrupados**				
	Nivel socio-económico bajo	31(45%)	37(54%)	68(85%)
	Nivel socio-económico alto	9(75%)	3(25%)	12(15%)
Piezas Rem+,*		23,6±4,1	25,20±2,9	24,4±3,6

+Excluidos terceros molares, *p=0,01, **NS

Tabla 2 - Variables periodontales en relación a los grupos de estudio

	Afrodescendientes	No Afrodescendientes	Total
Pérdida de Inserción			
Media(mm)*	0,39±1,2	0,09±0,5	0,2±0,9
Prevalencia PI≥3mm*	7,4%	1,8%	4,6%
Prevalencia PI≥5mm*	2,1%	0,3%	1,2%
Proporción sitios/boca PI≥3mm*	12,4±17,2	3,1±6,1	7,8±13,6
Proporción sitios/boca PI≥5mm*	3,4±7,1	0,6±1,7	2,1±5,3
Profundidad de Sondaje			
Media(mm)**	1,73±0,74	1,69±0,6	1,71±0,7
Prevalencia PS≥4mm**	1,4%	0,5%	1%
Prevalencia PS≥6mm**	0,01%	0,01%	0,01%
Proporción sitios/boca PS≥4mm**	2,3±8,5	1±3,4	1,6±5,3

*p=0,0000, **p=NS

Discusión

Pese al importante porcentaje de población de origen afrodescendiente en Uruguay, país donde se mezclan razas, etnias, culturas, prácticas y creencias religiosas, no se registran relevamientos epidemiológicos sobre el estado de salud general y buco-dental de la población con ancestros africanos.

Fue aplicado un registro periodontal de boca completa, sistema de registro que se considera en la actualidad el más adecuado para la valoración periodontal⁽³⁶⁾.

Diversos estudios han evaluado la condición periodontal en poblaciones afrodescendientes^(21,31,37,38).

Los afrodescendientes uruguayos han registrado mayor prevalencia, extensión y severidad de Pérdida de Inserción cuando se los comparó con una población “blanca” pareada por sexo y condición socioeconómica. Estos hallazgos han sido observados en varios estudios^(21,37,38). Algunas dificultades se deben mencionar cuando comparamos nuestros resultados con otros estudios. El Índice Periodonal Comunitario (CPI) fue el índice periodontal más utilizado fundamentalmente en América Latina, lo que determina categorías y definiciones de enfermedad periodontal diferentes a las aplicadas^(21,37-39). Otro problema que se observa es que algunas investigaciones incluyeron dos grupos de estudios, “blancos y no blancos”, comprendiendo en esta última categoría diversas razas (entre otras afrodescendientes y mulatos)⁽³⁶⁾.

Borrell y Talih 2012, analizaron diversas variables individuales en relación a la PI y la PS. En el caso de la Pérdida de Inserción, para la población afrodescendiente fue de $0,86\text{mm}\pm0,04$ versus $0,76\text{mm}\pm0,03$; mientras que la Profundidad de Sondaje en los hispanos afrodescendientes fue de $1,18\text{mm}\pm0,03$ versus $0,97\text{mm}\pm0,02$ para el caso de hispanos blancos, resultados semejantes a los obtenidos en este relevamiento⁽⁴⁰⁾.

Los afrodescendientes integran los sectores más pobres de la sociedad. Registran bajos ingresos, menor cantidad de años de estudio, dificultad de acceso a los servicios de salud en relación a poblaciones caucásicas y peores condiciones de salud general. Las inequidades sociales estresantes se vinculan con un estado de inmunosupresión, lo que propicia alteraciones en los niveles de mediadores inflamatorias y la respuesta en la defensa favoreciendo el desarrollo de la enfermedad periodontal^(21,38).

Considerando el factor socio-económico las poblaciones del presente estudio residían en municipios semejantes, con lo cual se equilibra la posibilidad de que existan diferencias socioeconómicas entre ellas.

Por otra parte, otra explicación sobre peores condiciones de salud periodontal en poblaciones afrodescendientes radica en la elevada leucotoxicidad del genotipo JP2 de *A.actinomycetemcomitans*, la cual ha sido asociada con pérdida de inserción periodontal en población afrodescendiente. El genotipo JP2 del *A.actinomycetemcomitans* está presente en forma endémica en poblaciones originarias de África⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Pese a ésto si bien la evidencia disponible respalda la idea de peores condiciones de salud oral en poblaciones afrodescendientes, aún no es claro el mecanismo que subyace dicha asociación.

En el caso de la Profundidad de Sondaje, la prevalencia, extensión y severidad fue evaluada. A pesar que los afrodescendientes presentaron peores scores, la diferencia en ningún caso alcanzó la significancia estadística.

Este estudio presenta varias limitaciones que se deben considerar. El diseño transversal no permite realizar inferencias sólidas sobre asociación entre exposición y enfermedad. Por otro lado, la forma de selección de la muestra (no representativa) impide extrapolar los resultados al resto de la población objetivo (validez externa). Debido a estos aspectos no se consideró apropiado realizar un análisis regresivo multivariado donde

considerar en conjunto edad, hábito tabáquico y etnia en relación a la Pérdida de Inserción. Por otro lado, se debe mencionar su valor fundamental por ser el primero en relevar el estado periodontal la población afrodescendiente de Uruguay, aunque no a partir de una muestra representativa.

Conclusiones

La población afrodescendiente se integró a los sectores populares de la sociedad. Respecto a los dientes remanentes, los afrodescendientes tienen en términos promedio un diente menos que los no afrodescendientes. A su vez presentan mayor prevalencia, extensión y severidad de Pérdida de Inserción Periodontal al compararlos con no afrodescendientes. Para la franja etaria considerada no se encontraron diferencias significativas en relación a la Profundidad de Sondaje en las poblaciones examinadas.

Agradecimientos

Al Grupo Promotor Afro y la Casa de la Cultura Afrouruguaya por la difusión del estudio.

Referencias

1. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. 2009.
2. Cabella W, Nathan M, Tenenbaum M. Atlas Socio Demográfico y de la Desigualdad del Uruguay. La población afro-uruguaya en el Censo 2011. 2011.
3. Bucheli M, Cabella W. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. 2006.
4. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La situación de las personas afrodescendientes en las Américas. OEA/Ser.L/V/II.Doc.62. 5 diciembre 2011. Disponible en línea: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8311.pdf>
5. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Scuro Somma L (coord.). Población Afrodescendiente y Desigualdades étnico-raciales en Uruguay. PNUD: 2008. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/799de886-e409-45db-868d-d4bd5ff4egza>
6. Rotemberg E, Almaráz MT, Ferreira B, Acosta N, López A, Muñoz M, Urioste A. Estudio sobre salud bucal en afrodescendientes en Montevideo. Revista IT 2017; 5(5): 41-54.
7. Uruguay. Instituto Nacional de las Mujeres Inmujeres. La población afrodescendiente de Uruguay desde una perspectiva de género. [Internet]. 2010. Available from: <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18350/1/cuadernos.pdf>
8. Calvo J. Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. [Internet]. Trilce; 2011. Available from: <http://www.trilce.com.uy/pdf/Atlas-NBI.pdf>
9. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Afrodescendientes y derecho a la salud. Montevideo:Ministerio de Desarrollo Social, 2015.
10. Tielsch JM, Sommer A, Katz J, Royall RM, Quigley HA, Javitt J. Racial variations in the prevalence of primary open-angle glaucoma. The Baltimore Eye Survey. JAMA. 1991 Jul 17; 266(3):369-74.
11. Budenz DL, Barton K, Whiteside-de Vos J, Schiffman J, Bandi J, Nolan W, et al. Prevalence of glaucoma in an urban West African population: the Tema Eye Survey. JAMA Ophthalmol. 2013 May; 131(5):651-8.
12. Rosero M, Bermúdez A. Análisis de hemoglobinas y hemoglobinopatías en regiones afrocolombianas usando muestras de sangre seca de cordón umbilical. Acta Médica Colomb. 2012;37(3):118-24.
13. Castillo M, Oliveras A. Caracterización de alteraciones en la molécula de hemoglobina en afrodescendientes colombianos. NOVA 2014; 21(12):151-6.
14. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Informe sobre relevamiento étnico-racial en el Ba-

- rio Palermo. [Internet]. 2015. Available from: <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/55619/1/informe-relevamiento-etnico-racial.pdf>
15. Baena Diez J. Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* 1998; 2(12):62–5.
 16. López-Jaramillo P. Consenso Latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Acta Med Colomb*. 2013; 38(3).
 17. Löe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in the United States of America. *J Periodontol*. 1991 Oct; 62(10):608–16.
 18. Albandar JM, Brown LJ, Genco RJ, Löe H. Clinical classification of periodontitis in adolescents and young adults. *J Periodontol*. 1997 Jun; 68(6):545–55.
 19. Jenkins WM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontol* 2000. 2001; 26:16–32.
 20. Albandar JM, Tinoco EMB. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol* 2000. 2002; 29:153–76.
 21. Peres MA, Antunes JLF, Boing AF, Peres KG, Bastos JLD. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. *J Clin Periodontol*. 2007 Mar; 34(3):196–201.
 22. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad Saude Pública*. 2011; 27 Suppl 2:S141-153.
 23. Lorenzo S, Álvarez R, Blanco S, Peres M. Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya 2010-2011. Aspectos metodológicos. *Odontoestomatología*. 2013; 15:8-25.
 24. Morales A, Carvajal P, Romanelli H, Gómez M, Loha C, Esper M, et al. Prevalence and predictors for clinical attachment loss in adolescents in Latin America: cross-sectional study. *J Clin Periodontol*. 2015; 42(10):900–7.
 25. Haubek D, Ennibi OK, Poulsen K, Poulsen S, Benzarti N, Kilian M. Early-onset periodontitis in Morocco is associated with the highly leukotoxic clone of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. *J Dent Res*. 2001 Jun; 80(6):1580–3.
 26. Åberg CH, Kwamin F, Claesson R, Johansson A, Haubek D. Presence of JP2 and Non-JP2 Genotypes of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* and attachment loss in adolescents in Ghana. *J Periodontol*. 2012 Dec; 83(12):1520–8.
 27. Jensen AB, Ennibi OK, Ismaili Z, Poulsen K, Haubek D. The JP2 genotype of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* and marginal periodontitis in the mixed dentition. *J Clin Periodontol*. 2016 Jan; 43(1):19–25.
 28. Trevilatto PC, de Souza Pardo AP, Scarel-Caminaga RM, de Brito RB, Alvim-Pereira F, Alvim-Pereira CC, et al. Association of IL1 gene polymorphisms with chronic periodontitis in Brazilians. *Arch Oral Biol*. 2011 Jan; 56(1):54–62.
 29. Simini F, Salveraglio I, Redin A, Piovesan S, Ressi S, Amorin C, et al. REDIENTE: historia clínica odontológica ubicua con indicadores de calidad de servicios y evaluación epidemiológica [Internet]. 2013. Available from: http://www.nib.fmed.edu.uy/sitio_nib/publicaciones/CAIS-REDIENTE-2013-julio2013.pdf
 30. Page R, Eke P. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol*. 2007; 78:1387-1399.
 31. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol*. 2004; 75:1377-1386.
 32. World Health Organization. *Oral Health surveys Basic Methods*. 2013.
 33. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33:159-174.
 34. Holtfreter B, Albandar J, Dietrich T, Dye B, Eaton K, Eke P, et al. Standards for reporting chronic periodontitis prevalence and severity in epidemiologic studies: Proposed standards from the Joint EU/USA Periodontal Epidemiolo-

- gy Working Group. J Clin Periodontol. 2015; 42(5): 407-12.
35. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Principales resultados Encuesta Continua de Hogares. Montevideo: INE, 2014.
36. Susin C, Kingman A, Albandar JM. Effect of partial recording protocols on estimates of prevalence of periodontal disease. J Periodontol. 2005 Feb; 76(2):262-7.
37. Kim JK, Baker LA, Seirawan H, Crimmins EM. Prevalence of oral health problems in U.S. adults, NHANES 1999-2004: exploring differences by age, education, and race/ethnicity. Spec Care Dent 2012 Dec; 32(6):234-41.
38. Vettore MV, de Amorim Marques R, Peres M. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. Rev Saúde Pública. 2013; 47 (suppl.3).
39. Lorenzo S. y col. Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya. Aspectos metodológicos. Odontostomatología 2013; 15 (nºspe): 8-25.
40. Borrell LN, Talih M. Examining periodontal disease disparities among U.S. adults 20 years of age and older: NHANES III (1988-1994) and NHANES 1999-2004. Public Health Rep. 2012 Sept-Oct; 127(5): 497-506.

Enrique Rotemberg: erotemb@yahoo.com.ar

Fecha de recibido: 18.12.2016 – Fecha de aceptado: 31.05.2017