

Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos

Impact of oral injuries on the quality of life in patients

Díaz Cárdenas S*

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida relacionada con la Salud Oral (CVRSB) en adultos.

Materiales y métodos: Estudio analítico transversal, muestra a conveniencia de 292 pacientes, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, con lesiones orales en los últimos 3 meses y diligenciaron el Índice de Salud Oral General, GOHAI para evaluar CVRSB. Dos examinadores fueron calibrados para evaluar lesiones orales. Fue realizado análisis univariado y multivariado de Regresión de Poisson con varianza robusta y nivel de confianza del 95%.

Resultados: 39% (IC 95%: 33-44) de los pacientes presentaron un alto impacto de la CVRSO; 28,7 (DE: 0,45), fue la media del puntaje total GOHAI. La mayoría de las lesiones encontradas fueron lesiones secundarias deprimidas asociadas a dolor (aftas= 24,6%). Casi todas las lesiones orales se asociaron con los puntajes totales GOHAI en el análisis univariado ($p < 0,05$). El modelo final multivariado quedó ajustado así: las úlceras orales presentaron un impacto negativo sobre CVRSO (RR= 1,2, IC 95%: 1,1-1,3, $p = 0,000$), igual que la hiperplasia gingival (RR= 1,2, IC 95%: 1,03-1,4, $p = 0,02$) y el herpes labial (RR= 1,2, IC 95%: 1,02-1,4, $p = 0,02$), a diferencia del torus palatino (RR= 0,85, IC 95%: 0,7-0,9, $p = 0,001$), mientras tener trabajo presenta un impacto positivo (RR= 0,91, IC 95%: 0,86-0,97, $p = 0,007$). El dominio psicosocial fue el más comprometido.

Conclusiones: La úlceras orales, hiperplasia gingival y herpes labial presentan un impacto negativo sobre la CVRSO, a diferencia del torus palatino, mientras que el tener trabajo presenta un impacto positivo.

Palabras clave: Calidad de vida, úlcera orales, herpes labial, hiperplasia gingival, exostosis, satisfacción en el trabajo, salud bucal, adultos. (DeCS).

SUMMARY

Objective: Assess the impact of oral lesions on the quality of life related to Oral Health (QLROH) in adults.

Materials and methods: Transversal analytical study, a convenience sample of 292 patients, Faculty of Dentistry, University of Cartagena, with oral lesions in the last three months and administered the Oral Health Index General, GOHAI to evaluate QLROH. Two examiners were calibrated to evaluate oral lesions. It was conducted univariate and multivariate Poisson regression with robust variance and confidence level of 95%.

Results: 39% (95% CI: 33-44) of patients had a high impact of QLROH; 28,7 (SD: 0,45) was the mean total score GOHAI. Most of the injuries found were depressed secondary lesions associated with pain (aphtha= 24,6%). Almost all oral lesions were associated with total scores GOHAI in univariate analysis ($p < 0.05$). The final multivariate model was adjusted as follows: oral ulcers had a negative impact on QLROH (RR= 1,2, 95% CI: 1,1-1,3, $p = 0,000$), gingival hyperplasia (RR= 1,2, 95% CI: 1,03-1,4, $p = 0,02$) and herpes labialis (RR= 1,2, 95% CI: 1,02-1,4, $p = 0,02$) unlike the palatal torus (RR= 0,85, 95% CI: 0,7-0,9, $p = 0,001$), while having a job has a positive impact (RR= 0,91, 95% CI: 0,86-0,97, $p = 0,007$). The psychosocial domain was the most compromised.

* Odontóloga. Magíster en Salud Pública. Especialista en Salud Familiar y Gerencia en Salud. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Colombia.

Conclusions: The oral ulcers, gingival hyperplasia and herpes labialis have a negative impact on QLROH, unlike the palatal torus, while having a job has a positive impact.

Key words: Quality of life, oral ulcer, herpes labialis, gingival hiperplasia, exostoses, job satisfaction, oral health, adults. (MeSH).

Fecha de recepción: 6 de julio de 2015.

Aceptado para publicación: 30 de julio de 2015.

Díaz Cárdenas S. Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. *Av. Odontostomatol* 2016; 32 (1): 11-20.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud bucal no solo puede verse comprometido por alteraciones como la presencia de caries dental y gingivitis (1). Existen otras lesiones y enfermedades que pueden afectar el bienestar bucal del individuo y su calidad de vida como las lesiones que comprometen tejidos blandos de la boca a nivel de semimucosa, mucosas, paladar duro y blando, lengua y piso de boca (2,3).

La salud bucal se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir (4); esta no solo comprende una definición, sino que incluye otros aspectos como el impacto del dolor bucal en la vida diaria de los individuos y el grado de inhabilidad o “disfunción” de esta (5). Un problema bucal puede limitar las actividades cotidianas del individuo, a nivel de la nutrición, comunicación, expresión, generando molestias, dolor etc. deteriorando la calidad de vida (6). Estos problemas a su vez pueden generar baja autoestima, tristezas, preocupación y hasta depresión en algunos pacientes. Por ello aparece el concepto de Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSO) concebida como: “*la percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta*” (6). Muchos autores dan cuenta de esto, como Meller en Alemania, quien afirma que existe una relación entre las enfermedades orales y la calidad de vida

(7); en este mismo sentido, autores como Montes en Santiago de Chile (8) y Pinzón en España (9), reportaron que el dolor dental es un factor importante en la predicción del impacto psicosocial de la salud bucal en Colombia. Concha, en Santander (10), Duque, en Medellín (11) y Díaz, en Cartagena (12) evaluaron la asociación entre la calidad de vida con las condiciones orales en adultos mayores, pero estos muestran asociaciones con la presencia de caries dental, uso de prótesis dentales por la población de estudio adulta mayor y presencia de restos radiculares.

En la actualidad, son escasos los estudios reportados a nivel local que nos reporten relaciones entre la calidad de vida con otros tipos de problemas bucales diferentes a la caries y a la enfermedad periodontal (3). La presencia de algunas lesiones orales como aftas (13), herpes labial (14), queilitis angular (15), hiperplasia gingival (16), torus palatino y mandibular (17) y úlceras orales (18) generan mucho dolor e incomodidad en el paciente y pueden comprometer roles sociales y emocionales en este. Por eso el objetivo de este estudio es conocer el impacto de las lesiones orales sobre la calidad de vida de pacientes adultos atendidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, con el fin de aumentar la evidencia científica y mejorar la calidad de la atención en salud bucal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal, en 292 pacientes adultos escogidos a conveniencia, que asistieron a las Clínicas en la Facultad de Odontología de la Univer-

sidad de Cartagena, de enero a abril de 2014. Se tuvieron en cuenta todos los adultos que inicialmente aceptaran participar en el estudio y posteriormente presentaran al examen diagnóstico lesiones orales y que no presentaran una discapacidad mental y sensorial-motora. Para el inicio de las mediciones se solicitó el consentimiento informado por escrito de los pacientes, teniendo en cuenta las disposiciones las disposiciones internacionales: Declaración de Helsinki (modificación de Edimburgo 2000) y normativa para Colombia (resolución 8.430 de 1993, Ministerio de Salud).

La recolección de datos fue realizada en dos etapas: en primer lugar, se aplicó un instrumento que indagaba por las variables sociodemográficas como edad, sexo, ingresos socioeconómicos, estado civil, escolaridad, seguridad social, estado laboral y religión. Luego se aplicaba el Índice de Salud Oral General (GOHAI) (19), que evalúa los niveles de percepción de CVRSO. El entrevistador era ciego a los diagnósticos de salud oral que se realizarían en el paciente y fue entrenado en la lectura y entonación de cada pregunta y la opción de respuestas. Este instrumento fue descrito por Atchison y Dolan (19) y consiste en un cuestionario de solo 12 preguntas que evalúa problemas relacionados con la salud bucal a nivel de tres dimensiones:

1. Función física (comer, hablar, deglutir).
2. Función psicosocial (preocupación por la salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales).
3. Dolor e incomodidad (uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral).

El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como: 0= nunca; 1= rara vez; 2= a veces; 3= a menudo; 4= muy a menudo; 5= siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica un mayor impacto de la salud oral sobre la calidad de vida. Posteriormente se realizaron los exámenes clínicos en las unidades odontológicas por un odontólogo diagnosticador diferente al primer entrevistador para evaluar la presencia de lesiones mucosas que pudieran limitar las funciones

de la boca como aftas, queilitis angular, torus palatino, lengua geográfica, lengua surcada, estomatitis subprotésica, herpes labial, fibroma traumático, leucoqueratosis nicotínica, hiperplasia gingival, torus palatino, torus mandibular, mucocele, queilitis exfoliativa y úlceras orales entre otras que presentara el paciente; además se evaluó la presencia de caries y restos radiculares y el número de dientes en boca.

Los datos fueron analizados utilizando STATA 11.2 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.). Inicialmente, se realizó el análisis descriptivo evaluado con medidas de tendencia central (medias y desviaciones estándar) del resultado total y de los dominios individuales del GOHAI y frecuencias y proporciones de las lesiones orales. En un primer momento, se realizó la Regresión de Poisson con varianza robusta para correlacionar las variables sociodemográficas y lesiones orales con la puntuación total del GOHAI y con los dominios individuales. En este análisis, el conteo del resultado de CVRSO fue empleado. Los modelos multivariados fueron construidos con covariables seleccionadas por un procedimiento delantero por fases teniendo en cuenta las que arrojaron valor de $p=0,20$ como el punto de corte. Las covariables fueron retenidas en el modelo final si $p=0,05$. Para los análisis categóricos (tablas 4 y 5) se usaron razones de tasas (RR) calculados con intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

Participaron 292 personas mayores de 18 años que asistieron a las clínicas de la Facultad de Odontología y que cumplían los criterios de inclusión; la gran mayoría de sexo femenino (67,5%), adultos maduros, con una edad promedio de 49,5 años (DE: $\pm 0,9$), de bajo nivel escolar (62,7%) y con ingresos económicos mayores a un Salario Mínimo Mensual (menos de 644.350 pesos colombianos) (61,3%). Con respecto a las lesiones orales, las más encontradas fueron las aftas, seguidas de la estomatitis subprotésica (Tabla 1) y de mayor en la distribución en mujeres (Tabla 2).

Al aplicar el GOHAI, los dominios con puntajes más altos fueron los relacionados con la función psicosocial. Los puntajes totales del GOHAI oscilaron entre

| TABLA 1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA (N= 292) | |
|---|------------|
| VARIABLES | n (%) |
| Edad: | |
| • Adultos jóvenes (18-44 años) | 98 (33,6) |
| • Adultos maduros (45-59 años) | 104 (35,6) |
| • Adultos mayores (más de 60 años) | 90 (30,8) |
| Sexo: | |
| • Femenino | 197 (67,5) |
| • Masculino | 95 (32,5) |
| Estado civil: | |
| • Casados | 158 (54,1) |
| • Solteros | 134 (45,9) |
| Escolaridad: | |
| • Baja escolaridad | 183 (62,7) |
| • Alta escolaridad | 109 (37,3) |
| Tener trabajo: | |
| • No | 144 (49,3) |
| • Si | 148 (50,7) |
| Religión: | |
| • Católica | 214 (73,3) |
| • Otra religión | 78 (26,7) |
| Procedencia: | |
| • Rural | 73 (25) |
| • Urbana | 219 (75) |
| Seguridad social en salud: | |
| • Público | 121 (41,4) |
| • Privado | 171 (58,6) |
| Estrato socioeconómico: | |
| • Bajo | 274 (93,8) |
| • Alto | 18 (6,2) |
| Ingresos socioeconómicos: | |
| • Menores a un SMMLV | 113 (38,7) |
| • Mayores a un SMMLV | 179 (61,3) |
| Lesiones orales: | |
| • Lengua geográfica | 14 (4,8) |
| • Lengua surcada | 22 (7,5) |
| • Estomatitis su protésica | 56 (19,2) |
| • Aftas menores | 72 (24,6) |
| • Herpes labial | 12 (4,1) |
| • Queilitis angular | 19 (6,5) |
| • Fibroma traumático | 17 (5,8) |
| • Leucoqueratosis nicotínica | 6 (2,0) |
| • Agrandamiento gingival | 18 (6,2) |
| • Torus palatino | 19 (6,5) |
| • Torus mandibular | 14 (4,8) |
| • Mucocele | 6 (2) |
| • Queilitis exfoliativa | 9 (3,1) |
| • Ulceración | 9 (3,1) |
| Presencia de menos de 19 dientes | 199 (68,2) |
| Presencia de caries dental | 167 (57,2) |
| Presencia de restos radiculares | 35 (12) |

| TABLA 2.- DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES ORALES POR SEXO EN PACIENTES ADULTOS DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA 2014 | | |
|---|------------------|------------------|
| Lesiones orales | Mujeres Fcia (%) | Hombres Fcia (%) |
| Lengua geográfica | 11 (5,6) | 3 (3,2) |
| Lengua surcada | 16 (8,1) | 6 (6,3) |
| Estomatitis subprotésica | 44 (22,3) | 12 (12,6) |
| Aftas | 44 (22,3) | 28 (29,5) |
| Herpes labial | 8 (4,6) | 3 (3,2) |
| Queilitis angular | 10 (5,1) | 9 (9,5) |
| Fibroma traumático | 12 (6,1) | 5 (5,2) |
| Leucoqueratosis nicotínica | 5 (2,5) | 1 (1,1) |
| Agrandamiento gingival | 10 (5,1) | 8 (8,4) |
| Torus palatino | 8 (4,1) | 11 (11,6) |
| Torus mandibular | 10 (5,1) | 4 (4,2) |
| Mucocele | 2 (2,5) | 1 (1,1) |
| Queilitis exfoliativa | 6 (3,1) | 3 (3,2) |
| Ulceración | 7 (3,5) | 2 (2,1) |

los valores de 9-54 y 28,7 (DE: 0,45), fue la media del puntaje total GOHAI. (Tabla 3).

Al realizar el análisis univariado se encontró que el ser adulto joven, presentar estomatitis subprotésica, herpes labial y úlceras orales presenta un impacto negativo sobre la CVRSO a nivel del puntaje total del GOHAI. (Tabla 4). Al realizar asociaciones de varia-

| TABLA 3.- PROMEDIO DE LOS PUNTAJES Y VARIANZAS POR CADA DOMINIO Y DEL PUNTAJE TOTAL DEL INSTRUMENTO GOHAI | | |
|---|-----------------------------|-------------------|
| Dominios del GOHAI | Media de los puntajes (±SD) | Rangos observados |
| Función física | 11,46 (0,24) | 4-19 |
| Función psicosocial | 15,30 (0,40) | 0-27 |
| Función dolor | 4,64 (0,18) | 0-10 |
| Puntaje total o global | 31,50 (0,63) | 9-54 |

TABLA 4.- ANÁLISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CONDICIONES CLÍNICAS ASOCIADAS CON EL PUNTAJE DE CADA DOMINIO Y TOTAL DEL GENERAL ORAL HEALTH ASSESMENT IMPACT (GOHAI)

| VARIABLES INDEPENDIENTES | DOMINIOS DEL GOHAI | | | | | | GOHAI | |
|----------------------------------|--------------------|-------|------------------|-------|------------------|------|------------------|-------|
| | Física | | Psicosocial | | Dolor | | Puntaje total | |
| Variables sociodemográficas | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p |
| Edad: | | | | | | | | |
| • Jóvenes | | | | | | | | |
| • Adultos maduros | 1,07 (0,9-1,14) | 0,05 | 1,1 (1,01-1,22) | 0,03 | 1,06 (0,95-1,2) | 0,26 | 1,09 (1,01-1,16) | 0,01 |
| Sexo: | | | | | | | | |
| • Masculino | | | | | | | | |
| • Femenino | 1,09 (0,94-1,07) | 0,7 | 1,1 (1,01-1,21) | 0,026 | 1,01 (0,9-1,14) | 0,7 | 1,05 (0,98-1,13) | 0,1 |
| Estado civil: | | | | | | | | |
| • Solteros | | | | | | | | |
| • Casados | 1,01 (0,95-1,07) | 0,6 | 1,02 (0,94-1,11) | 0,5 | 1,08 (0,96-1,2) | 0,18 | 1,02 (0,96-1,09) | 0,3 |
| Nivel de escolaridad: | | | | | | | | |
| • Alto nivel | | | | | | | | |
| • Bajo nivel | 0,96 (0,9-1,03) | 0,2 | 0,97 (0,89-1,07) | 0,65 | 1,02 (0,91-1,15) | 0,6 | 0,98 (0,91-1,04) | 0,5 |
| ¿Trabajan?: | | | | | | | | |
| • No | | | | | | | | |
| • Si | 0,9 (0,85-0,96) | 0,002 | 0,93 (0,85-1,01) | 0,104 | 0,90 (0,80-1,01) | 0,07 | 0,91 (0,86-0,97) | 0,006 |
| Seguridad social: | | | | | | | | |
| • Sector privado | | | | | | | | |
| • Sector público | 1,02 (0,95-1,08) | 0,5 | 0,93 (0,85-1,02) | 0,13 | 1,05 (0,93-1,19) | 0,39 | 0,99 (0,93-1,06) | 0,9 |
| Estrato socioeconómico: | | | | | | | | |
| • Alto estrato | | | | | | | | |
| • Bajo estrato | 1,07 (0,92-1,25) | 0,3 | 1,05 (0,87-1,27) | 0,5 | 1,13 (0,87-1,47) | 0,3 | 1,07 (0,91-1,27) | 0,38 |
| Ingresos socioeconómicos: | | | | | | | | |
| • Más de 1 SMMLV | | | | | | | | |
| • Menos de 1 SMMLV | 1,07 (1,1-1,2) | 0,02 | 1,07 (1,0-1,14) | 0,028 | 1,05 (0,93-1,19) | 0,39 | 1,0 (0,94-1,06) | 0,9 |
| Lesiones orales: | | | | | | | | |
| • Lengua geográfica | 0,9 (0,83-1,15) | 0,8 | 0,89 (0,71-1,11) | 0,3 | 0,96 (0,78-1,19) | 0,7 | 0,93 (0,78-1,11) | 0,4 |
| • Lengua surcada | 1,02 (0,92-1,14) | 0,6 | 0,98 (0,82-1,17) | 0,86 | 1,18 (0,97-1,43) | 0,09 | 1,03 (0,91-1,15) | 0,6 |
| • Estomatitis subprotésica | 1,13 (1,04-1,22) | 0,001 | 1,1 (1,0-1,2) | 0,04 | 0,96 (0,81-1,13) | 0,6 | 1,09 (1,01-1,18) | 0,01 |
| • Aftas | 0,89 (0,82-0,96) | 0,004 | 0,91 (0,82-1,0) | 0,07 | 1,05 (0,92-1,21) | 0,39 | 0,92 (0,85-0,99) | 0,04 |
| • Herpes labial | 1,09 (0,94-1,25) | 0,23 | 1,22 (1,03-1,4) | 0,02 | 1,09 (0,85-1,39) | 0,46 | 1,15 (1,00-1,33) | 0,04 |
| • Queilitis angular | 1,07 (0,96-1,18) | 0,17 | 0,9 (0,74-1,08) | 0,28 | 0,92 (0,76-1,13) | 0,4 | 0,96 (0,86-1,0) | 0,6 |
| • Fibroma traumático | 1,1 (0,97-1,23) | 0,11 | 1,11 (0,98-1,27) | 0,09 | 1,01 (0,78-1,32) | 0,89 | 1,09 (0,98-1,21) | 0,08 |
| • Leucoqueratosis nicotínica | 0,95 (0,86-1,05) | 0,3 | 1,07 (0,87-1,31) | 0,5 | 0,69 (0,41-1,16) | 0,16 | 0,97 (0,82-1,14) | 0,7 |
| • Agrandamiento gingival | 0,96 (0,86-1,09) | 0,6 | 1,2 (1,03-1,39) | 0,01 | 0,99 (0,81-1,23) | 0,98 | 1,08 (0,99-1,18) | 0,06 |
| • Torus palatino | 0,87 (0,78-0,98) | 0,024 | 0,76 (0,66-0,86) | 0,000 | 0,90 (0,76-1,06) | 0,21 | 0,82 (0,75-0,90) | 0,000 |
| • Torus mandibular | 0,90 (0,76-1,08) | 0,2 | 0,81 (0,69-0,94) | 0,007 | 0,82 (0,67-1,01) | 0,07 | 0,85 (0,75-0,95) | 0,006 |
| • Mucocele | 0,90 (0,71-1,15) | 0,4 | 1,07 (0,85-1,34) | 0,5 | 1,05 (0,78-1,4) | 0,7 | 1,00 (0,83-1,21) | 0,9 |
| • Queilitis exfoliativa | 0,96 (0,82-1,13) | 0,6 | 0,85 (0,65-1,11) | 0,25 | 0,87 (0,58-1,32) | 0,5 | 0,9 (0,72-1,12) | 0,3 |
| • Ulceración | 1,01 (0,91-1,13) | 0,7 | 1,3 (1,1-1,5) | 0,000 | 1,17 (0,94-1,46) | 0,15 | 1,17 (1,07-1,28) | 0,000 |
| Menos de 19 dientes | 1,09 (1,02-1,17) | 0,009 | 1,10 (1,01-1,2) | 0,02 | 1,05 (0,92-1,20) | 0,42 | 1,09 (1,02-1,16) | 0,006 |
| Caries dental | 1 (0,93-1,06) | 0,96 | 0,98 (0,90-1,07) | 0,78 | 1,08 (0,96-1,22) | 0,15 | 1,00 (0,94-1,07) | 0,84 |
| Restos radiculares | 1,05 (0,96-1,15) | 0,2 | 1,10 (0,98-1,23) | 0,09 | 1,06 (0,87-1,3) | 0,5 | 1,08 (0,99-1,17) | 0,06 |

bles sociodemográficas y lesiones orales con los dominios individuales del GOHAI también se mostraron correlaciones con la variable dependiente ($p < 0,05$) (Tabla 4). A nivel del análisis multivariado las variables que más mostraron un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral fueron las úlceras orales (RR= 1,2, IC 95%: 1,1-1,3, $p = 0,000$), comprometiendo además específicamente el dominio psicosocial (RR= 1,3, IC 95%: 1,12-1,5, $p = 0,000$); el herpes labial y la hiperplasia gingival presentando también un impacto negativo sobre la calidad de vida a nivel de este dominio (RR: 1,2, IC 95%: 1,02-1,4, $p = 0,02$) y (RR: 1,2, IC 95%: 1,03-1,4, $p = 0,02$) respectivamente. El contar con un trabajo presentó un impacto positivo sobre CVRSO (RR= 0,91, IC 95%: 0,86-0,97, $p = 0,007$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La presencia de algunas lesiones orales puede comprometer el bienestar integral del individuo. Es el caso reportado en este estudio de las úlceras orales, la hiperplasia gingival y las lesiones herpéticas que presentaron un mayor impacto sobre la CVRSO frente a

otros tipos de lesiones como el torus palatino. Las úlceras orales se encuentran fuertemente asociadas a la presencia de dolor, al igual que las lesiones herpéticas las cuales también comprende úlceras. Actualmente, la Estomatitis Aftosa Recidivante, como también se le llama a este tipo de ulceraciones, se reconoce como la enfermedad más común de la mucosa bucal conocida en el humano constituyendo una de las urgencias en Odontología, la cual puede afectar a la mucosa bucal frecuente y se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño (18,20). Estas úlceras mostraron más impacto a nivel del dominio dolor en relación a la CVRSO en el estudio a diferencia de lo reportado por Fisher et al., (21) en un estudio realizado en pacientes con cáncer en etapa terminal donde aquellos pacientes con ulceraciones orales presentaron más compromiso de su Calidad de Vida frente a los pacientes que no presentaban ulceraciones, pero presentaron más impacto a nivel psicosocial, aunque el impacto de las lesiones orales fue evaluado con el OHIP (6), instrumento que al igual que el GOHAI también goza de excelentes propiedades psicométricas para evaluar la CVRSO.

TABLA 5.- MODELO MULTIVARIADO AJUSTADO POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIONES CLÍNICAS ASOCIADAS CON LOS PUNTAJES DE LOS DOMINIOS INDIVIDUALES Y PUNTAJE TOTAL DEL GENERAL ORAL HEALTH ASSESMENT IMPACT (GOHAI)

| VARIABLES INDEPENDIENTES | DOMINIOS DEL GOHAI | | | | | | GOHAI | |
|-----------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|-------------|---|------------------|-------|
| | Física | | Psicosocial | | Dolor | | Puntaje total | |
| Variables sociodemográficas | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p | RR (95% IC) | p |
| ¿Trabajan?: | | | | | | | | |
| • No | | | | | | | | |
| • Si | 0,91 (0,86-0,97) | 0,004 | * | | – | | 0,91 (0,86-0,97) | 0,007 |
| Lesiones orales | | | | | | | | |
| • Herpes labial | * | | 1,2 (1,02-1,4) | 0,02 | – | | * | |
| • Aftas | 0,89 (0,83-0,96) | 0,006 | * | | – | | * | |
| • Agrandamiento gingival | * | | 1,2 (1,03-1,4) | 0,02 | – | | * | |
| • Torus palatino | * | | 0,77 (0,7-0,9) | 0,000 | – | | 0,85 (0,7-0,9) | 0,001 |
| • Torus mandibular | * | | 0,01 (0,7-0,9) | 0,015 | – | | * | |
| • Úlceración | * | | 1,3 (1,12-1,5) | 0,000 | – | | 1,2 (1,1-1,3) | 0,000 |

* Variables no asociadas con los dominios respectivos en el modelo final multivariado después del ajuste. Valores del modelo final con el puntaje total: $X^2 = 33,7$; $p = 0,01$.

Con respecto a la prevalencia de estas lesiones, en este estudio se hallaron altas prevalencias de todas las lesiones que comprenden úlceras (alrededor de un 34,9% en total, entre lesiones aftosas menores, herpéticas, queilitis exfoliativa y úlceras aisladas) a diferencia de lo reportado por Demko et al., 2009 (22), con prevalencias de hasta un 14% en pacientes adultos que asisten a consultorios Odontológicos.

Así mismo se observó en el estudio cómo se presentaron más lesiones ulcerosas en mujeres que en hombres. La ocurrencia de esta afección en general benigna es considerada elevada, aportando cifras de un 5-66% con una media de 20% de la población general, variando entre distintos tipos de población, aunque en algunos estudios se han encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más elevado estándar socioeconómico y en mujeres especialmente en la menopausia (18). Aunque se presenta en ambos sexos, las mujeres generalmente son más susceptibles que los hombres. Ninguna edad está exenta de ella, por lo general es más frecuente en jóvenes (18). Sería importante distinguir porque en nuestra población se presentan prevalencias más altas, que las reportadas en otros estudios, recomendación que surge para otros trabajos dada su génesis multifactorial.

Otra de las lesiones que mostraron un impacto negativo en la CVRSO fue la hiperplasia o agrandamiento gingival, mostrando compromiso específicamente a nivel del dominio psicosocial. El *agrandamiento gingival* se define como una lesión infiltrante, no neoplásica, que se caracteriza por un lento y progresivo incremento en el tamaño y volumen de las encías (16). Clínicamente, se presenta la encía de color rosa, firme, con diversos grados de apariencia (lisa, nodular, fibrosa); ésta puede llegar a cubrir las coronas de los dientes por completo, y comúnmente se presenta en las zonas posteriores de los maxilares; aunque también se han reportado casos en las que aparece de forma generalizada (16). Esto conlleva a problemas estéticos, funcionales, dificultad en el habla, la oclusión y en la higiene bucal (23), confirmado por los hallazgos de este estudio. Por otro lado el agrandamiento gingival puede ser ulcerado dado su tamaño y traumatizarse en los momentos de oclusión, lo que también podría generar dolor aunque este no fue el caso para el estudio. Caso contrario sucede

con la presencia de otras lesiones como los torus palatino, que no presentaron un impacto negativo sobre la CVRSO. Probablemente esto se deba a su ubicación en el paladar duro y por su tamaño que no genera un impacto negativo sobre las funciones de la boca a menos que el paciente vaya a ser sometido a un tratamiento de rehabilitación que amerite la escisión quirúrgica de este, pero generalmente este es su principal motivo de escisión quirúrgica y no por motivos funcionales (17).

Caso similar ocurrió con la presencia de torus mandibular que no presentó un impacto negativo sobre la CVRSO. La baja presencia de torus reportada en este estudio confirma las prevalencias reportadas en estudios de 27/1.000 adultos y cerca del 10% de la población general está afectada (17). Ninguna de las exostosis óseas o torus requieren tratamiento a menos que sean grandes, alteren la función, ubicación, acción del diente, produzcan trauma de la superficie como la ulceración. Cuando el tratamiento es indicado las lesiones pueden ser talladas o pueden ser removidas cortándose desde la base de la unión, ya que este generalmente se ubica en las tablas internas ósea del arco mandibular lo que dificultaría la masticación y ubicación adecuada de la lengua para su fonación (24). De todas formas es importante seguir estudiando el impacto de este tipo de lesiones sobre la CVRSO ya que Meza (25) describe la relación del torus (palatino-mandibular) y el estrés oclusal como indicativo de actividad parafuncional (cerrar los dientes, masticar, bruxismo) encontrándose que el torus mandibular puede ser usado como un signo referente de alteración parafuncional (26), incrementa el riesgo de desórdenes temporomandibulares en algunos pacientes (27) y recientemente la migraña en pacientes con desórdenes temporomandibulares y podría entonces a largo plazo comprometer la CVRSO (28).

Por otro lado, llama la atención que las lesiones herpéticas labiales no mostraron un impacto negativo a nivel de la función psicosocial de la CVRSO similar a lo encontrado por Lorette et al. (29), en un estudio donde no se encontraron diferencias entre pacientes con herpes labiales y pacientes controles y los puntajes de calidad de vida reportados por el SF-36, instrumento que evalúa la calidad de vida en relación con el estado de salud (29). Caso contrario

es reportado por Dreno et al. en 2013 (30), quien describe que estas lesiones mostraron un impacto sobre la calidad de vida, aunque los pacientes reportan conocer y asumir adecuadamente el tratamiento tópico de estas lesiones. Probablemente estas sean las causas para que en este estudio no se reporten impactos negativos sobre la calidad de vida y estos pacientes se encuentren resignados a la reincidencia de las lesiones y lo asuman como algo que hace parte de sus vidas. Valdría la pena considerar no solo su presencia sino ya entrar a asociar la reincidencia y su impacto sobre la calidad de vida.

Con respecto a las variables sociodemográficas, muchas de estas variables pueden representar un factor riesgo o de protección al paciente frente al manejo de sus problemas de salud, tal y como se reporta en el estudio de Bonenberger et al. (31), en un estudio realizado en Ghana, donde se muestra como el contar con un trabajo disminuye las probabilidades de aparición de enfermedades. En este estudio se halló que el contar con un trabajo en los pacientes con lesiones orales presenta un impacto positivo frente a la CVRSO. A nivel de salud oral, se ha demostrado cómo los bajos ingresos socioeconómicos, al no disponer de un trabajo, pueden comprometer el estado de salud oral en los pacientes (31,32) al no contar con recursos para costear un régimen de salud que cubra sus necesidades, compra de medicamentos y de implementos para la higiene oral. Por ende, esto conllevaría a un pobre estado de salud y a un compromiso en la calidad de vida de los pacientes como lo reporta Díaz et al. en un estudio con adultos mayores y CVRSO (12).

Con respecto al impacto de la salud bucal sobre la percepción de la calidad de vida, se reportaron mayores puntuaciones en la dimensión que evaluaba la función psicosocial, al no sentirse cómodos al comer delante de otras personas por problemas con sus dientes, comparada con la función física y la sensibilidad al dolor. Así mismo, estas dimensiones o dominios se han evaluado en otros estudios, los cuales mostraron más comprometidos los aspectos funcionales y psicosociales sobre la salud bucal (12,34,35).

Por todo lo anterior, es importante considerar a nivel de la atención odontológica no solo los compo-

nentes funcionales y aspectos a tratar como el dolor. Instrumentos como el GOHAI se convierten en una herramienta fundamental para el odontólogo para conocer qué aspectos específicamente comprometen más la CVRSO en los pacientes teniendo en cuenta la subjetividad del concepto de calidad de vida.

El GOHAI ha sido ampliamente estudiado y hasta comparado con otros instrumentos que también evalúan la CVRSO, como el OHIP-14 (36-39), pero aún muchos estudios reportan cómo presenta más propiedades discriminantes para detectar el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida a nivel de los aspectos funcionales y psicosociales, por lo cual se recomienda seguir usándolo en estudios con objetivos similares a éste; inicialmente usado en población geriátrica pero, posteriormente, aceptado para ser usado en población adulta en general.

Este tipo de cuestionarios que evalúan la CVRSO ofrecen un conocimiento más amplio en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento a realizar en el paciente, además que permite una participación activa de este frente a su salud bucal y una mejor comprensión sobre las percepciones del paciente con respecto a la importancia que este le da a su salud bucal en relación a su calidad de vida. Esto generaría intervenciones más efectivas a nivel de educación en salud oral que propendan una mejor utilización de los servicios y recursos y ofrezcan una atención integral al paciente teniendo en cuenta sus necesidades a nivel de todos sus dominios físicos, psicológicos y sociales.

BIGLIOGRAFÍA

1. Singh M, Ingle NA, Kaur N, Yadav P, Ingle E, Charania Z. Dental Caries Status and Oral Hygiene Practices of Lock Factory Workers in Aligarh City. *J Int Oral Health*. 2015;7(6):57-60.
2. Abid A, Maatouk F, Berrezouga L, Azodo C, Uti O, El-Shamy H, Oginni A. Prevalence and Severity of Oral Diseases in the Africa and Middle East Region. *Adv Dent Res*. 2015;27 (1):10-7.
3. Barmes DE. A global view oral disease: today and tomorrow. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27: 2-7.

4. Locker D, Allen F. What do measures of "oral health-related quality of life" measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;3(6):401-11.
5. Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community Dent Health* 2004; 64(2):71-5.
6. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En: *Revista Dental de Chile* 2005;96(2):28-35.
7. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor. Una aproximación personal. 2008;1 (2):73-82.
8. Montes J. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile* 2001; 92(3):29-31.
9. Pinzón S, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol* 1999; 9:216-24.
10. Concha S, Camargo M. Análisis de la Asociación entre la Calidad de Vida y la Condición Oral de Adultos Mayores vinculados a tres Instituciones geriátricas de Bucaramanga. *Revista UtaSalud Odontológica* 2007; 6:71-138.
11. Duque V, Tamayo J, Echeverri P, Gutiérrez A, Sepúlveda D, Giraldo O et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontol* 2013;26(1):10-23.
12. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clín Med Fam* 2012;5(1):9-16.
13. Bellon S, Calzadilla X. Efectividad del uso del propóleo en el tratamiento de la estomatitis aftosa. *Rev Cubana Estomatol* 2007;44(3):6-9.
14. González B, Hernández A, Estévez A. Tratamiento del herpes simple labial con láser de baja potencia. *Colomb Med* 2008;39(2):175-81.
15. Rodríguez J et al. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* 2002; (39)2:187-233.
16. Gómez V, Fang L, Herrera A, Díaz A. El níquel y su vínculo con el agrandamiento gingival: revisión de la literatura. *Avances en Periodoncia* 2014;26(2):83-9.
17. Shah DS, Sanghavi SJ, Chawda JD, Shah RM. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in 1000 patients. *Indian J Dent Res* 1992;3:107-10.
18. Murriay LN; Amedee RGJ. Recurrent Aphtous Stomatitis. *La State Med Soc* 2000;152(1):10-4.
19. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;4: 680-7.
20. Cooke BE. Recurrent oral ulceration. *British Journal Dermatology* 1969;(81):159-61.
21. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally-ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2014;22(3):803-10.
22. Demko CA, Sawyer D, Slivka M, Smith D, Wotman S. Prevalence of oral lesions in the dental office. *Gen Dent* 2009;57(5):504-9.
23. Guiducci R, Vieira M, De Oliveira M, Chaves M, Lourenço A, Junior E. Tratamiento de la hiperplasia gingival en una escuela odontológica de Brasil. Conceptos generales, diagnóstico y tratamiento. *Int J Odontostomat* 2009;3:55-60.
24. Pynn B, y cols. Tori Mandibularis: a case report and review of the literature. *Journal of the Canadian Dental Association* 1995;61(12):1057-66.
25. Meza JL. Cavidad Oral: Torus palatinus y Torus mandibularis. *Rev Gastroenterol Perú* 2004;24(4):343-8.
26. Kerdpon D, Sirirungrojying SA. Clinical study of oral tori in Southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci* 1999;107(1): 9-13.
27. Sirirungrojying S, Kerdpon D. Relationship between oral tori and temporomandibular disorders. *Int Dent J* 1999;49(2):101-4.
28. Clifford T, Lamey PJ, Fartash L. Mandibular tori, migraine and temporomandibular disorders. *Br Dent J* 1996;180(10):382-4.
29. Lorette G, Crochard A, Mimaud V, Wolkenstein P, Stalder JF, El Hasnaoui A. A survey on the prevalence of orofacial herpes in France: the instant Study. *J Am Acad Dermatol* 2006;55(2):225-32.
30. Dreno B, Malkin JE, Saiag P. Understanding recurrent herpes labialis management and impact on patients' quality of life: the herpes cop study. *Eur J Dermatol* 2013;23(4):491-9.
31. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K. The effects of health worker motivation and job satisfaction on turn over intention in Ghana: a cross-sectional study *Human Resources for Health* 2014;12: 43-8.

32. Mejia G, Jamieson LM, Ha D, Spencer AJ. Greater inequalities in dental treatment than in disease experience. *J Dent Res* 2014;93(10):966-71.
33. Ahluwalia KP, Cheng B, Josephs PK, Lalla E, Lamster IB. Oral disease experience of older adults seeking oral health services. *Gerodontology* 2010;27(2):96-103.
34. Bortoletto A, Oliveira T. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. *Rev Odonto Ciênc* 2010;25:126-31.
35. Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de Atención Odontológica en Adultos Mayores Mediante la Aplicación del GOHAI. *Revista ADM* 2010;57:127-31.
36. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(5):373-81.
37. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health* 2014;14:106-9.
38. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012;10:131-9.

CORRESPONDENCIA

Shyrley Díaz Cárdenas
Facultad de Odontología
Universidad de Cartagena
Campus de la Salud
Barrio Zaragocilla
Cartagena de Indias. Colombia.

Grupo de Investigación en Salud Pública GISPOUC
Correo electrónico: sdiazc@unicartagena.edu.co