



DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS
PERTENECIENTES A LA CORPORACIÓN MIASTENIA GRAVIS

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano Dentista

Alumnas: Claudia Barría Gallardo
Ailyn Paredes Aracena

Docente Guía: Dr. Prof. Rodrigo Fuentes C.
Cátedra de Patología y Diagnóstico oral

Valparaíso-Chile
2010

ÍNDICE

I. Introducción

II. Marco Teórico

1. Miastenia Gravis: Concepto, epidemiología y clínica
2. Pruebas Diagnósticas
 - 2.1 Pruebas Electrofisiológicas
 - 2.2 Anticuerpos contra receptores de Acetilcolina
 - 2.3 Pruebas Imagenológicas
3. Terapia Farmacológica
 - 3.1 Corticoesteroides
 - 3.2 Azatioprina
 - 3.3 Ciclofosfamida
 - 3.4 Metotrexato
 - 3.5 Micofenolato Mofetil
 - 3.6 Ciclosporina
 - 3.7 Tacrolimus
 - 3.8 Rituximab
4. Miastenia Gravis y Salud Oral
 - 4.1 Recomendaciones para la atención odontológica
5. Interacciones Farmacológicas con Terapias Odontológicas
 - 5.1 Anestésicos Locales
 - 5.2 Relajantes Musculares
 - 5.3 Antibióticos
6. Protocolo de Atención Odontológica en pacientes con MG
7. Lesiones de Mucosa Oral
 - 7.1 Tumor Maligno
 - 7.2 Leucoplaquia
 - 7.3 Liquen Plano
 - 7.4 Úlcera Oral Recurrente
 - 7.5 Gingivitis Necrotizante Aguda
 - 7.6 Candidiasis
 - 7.7 Absceso
8. Trastornos Temporo-Mandibulares
9. Caries Dental
10. Enfermedades Periodontales
 - 10.1 Gingivitis
 - 10.2 Periodontitis
 - 10.3 Absceso Periodontal
11. Prótesis Dental
 - 11.1 Prótesis Fija
 - 11.2 Prótesis Removible

III. Objetivos

IV. Materiales y Métodos

1. Tipo de Estudio
2. Universo
 - 2.1 Población en Estudio
 - 2.2 Delimitaciones
3. Documentos para la Obtención de datos
 - 3.1 Encuesta sobre información médica
 - 3.2 Ficha Clínica de Anamnesis
 - 3.3 Ficha de Evaluación Bucodental
4. Variables
5. Definiciones Operacionales
 - 5.1 Paciente con Miastenia Gravis
 - 5.2 Antecedentes Sistémicos
 - 5.3 Lesiones de la Mucosa Oral
 - 5.4 Análisis de la Dentición
 - 5.5 Estado Periodontal
 - 5.6 Evaluación y Necesidad de Prótesis
 - 5.7 Necesidad de Asistencia y Consulta
6. Análisis de Datos
 - 6.1 Análisis Estadístico
 - 6.2 Programas a usar
 - 6.3 Pruebas Específicas
7. Calibración de Examinadores y validación de construcción de ficha dental de examen por profesionales idóneos
8. Presupuesto y Recursos
 - 8.1 Equipamiento
 - 8.2 Insumos
 - 8.3 Establecimientos
 - 8.4 Financiamiento

V. Resultados

1. Estadística Descriptiva
 - 1.1 Enfermedades Sistémicas
 - 1.2 Descripción de la Sintomatología asociada al aparato bucal
 - 1.3 Lesiones en Mucosa oral
 - 1.4 Salud Dentaria
 - 1.5 Salud Periodontal
 - 1.6 Alteraciones en Neuromusculatura y Articulación Temporomandibular
 - 1.7 Número de Fármacos
 - 1.8 Uso de Prótesis dental

VI. Discusión

VII. Conclusiones

VIII. Sugerencias

IX. Resumen

X. Referencias Bibliográficas

ANEXOS

Anexo 1: Carta a Comité de Ética.

Anexo 2: Carta a Corporación Miastenia Gravis.

Anexo 3: Consentimiento Informado.

Anexo 4: Consentimiento Informado para padres o responsable legal.

Anexo 5: Asentimiento Informado.

Anexo 6: Cuestionario para la valoración del estado de salud bucal.

Anexo 7: Ficha de Anamnesis.

Anexo 8: Ficha de Evaluación Bucodental.

Anexo 9: Tablas de tabulación de datos.

Anexo 10: Fotografías Clínicas.

I. INTRODUCCIÓN

La Miastenia Gravis es un trastorno neuromuscular autoinmune, en el cual hay un defecto en la transmisión de los impulsos nerviosos. Puede producir distintos grados de disfunción neurológica, caracterizada por debilidad y fatiga de los músculos esqueléticos y deficiencia en su mecanismo de control voluntario. Estos síntomas aumentan en períodos de esfuerzo físico y disminuyen con el descanso.

Un gran número de músculos faciales se pueden ver afectados con este trastorno, tales como los que controlan los movimientos de los ojos, la deglución, el habla, la masticación y la respiración. Es por esto, que como estomatólogos debemos poner especial énfasis en la atención de estos pacientes y por supuesto en la detección precoz de esta patología, así como de la comprensión de la enfermedad para cuando ellos requieran atención odontológica.

Con el pasar de los años las modalidades de tratamiento han variado enormemente, siendo muy común, hoy por hoy, el uso primordial de inmunosupresores; esto ha traído como consecuencia una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad frente a esta enfermedad.

Pese a que la bibliografía es escasa con respecto a la asociación de patologías odontológicas y la Miastenia Gravis, y en muchas ocasiones redundante, es importante esclarecerlo. Con éste trabajo pretendemos describir el estado de la salud oral de los pacientes con Miastenia Gravis, y queremos conocer ¿Cuál es el estado de oral de los pacientes con MG?

Como futuros clínicos es importante que conozcamos esta alteración que aqueja a una pequeña, pero no menos importante parte de nuestra población.

II. MARCO TEÓRICO

1. MIASTENIA GRAVIS: concepto, epidemiología y clínica

La Miastenia Gravis (MG) es un desorden neuromuscular caracterizado por debilidad muscular, fluctuante e indolora. Comienza de forma típica en los músculos oculares externos, lo cual resulta en ptosis y diplopía, y se mantiene puramente ocular en un 15% de los pacientes. En el 85% restante, avanzan a una MG generalizada, usualmente descendiendo para involucrar los músculos bulbares, seguido por el cuello, extremidades proximales y a veces los músculos respiratorios. La debilidad bulbar o respiratoria severa constituyen una crisis miasténica, la cual puede requerir intubación y ventilación mecánica (Sathasivam, 2008 y Yarom y cols., 2005).

La MG es un desorden autoinmune que afecta la transmisión neuromuscular, usualmente es causado por anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos post-sinápticos de acetilcolina (AChRs). Los anticuerpos reducen el número de AChRs funcionales, lo que dificulta la transmisión neuromuscular (Sathasivam, 2008). Los anticuerpos contra receptores para acetilcolina (ACRA) reducen el número de receptores a través de diversos mecanismos: el bloqueo del receptor, la destrucción del receptor vía activación del complemento y la aceleración de la endocitosis del receptor. Los mecanismos de formación de los anticuerpos no se conocen con certeza, pero existe suficiente evidencia de que el timo a través de sus linfocitos, desempeña un papel importante en la patogenia de la enfermedad. De acuerdo con esta hipótesis, el timo contiene células semejantes a los miocitos que poseen en su superficie receptores para la acetilcolina. Estas células son vulnerables al daño inmunológico y liberarían la proteína sensibilizante que serviría de estímulo antigénico. Los linfocitos del timo (Linfocitos T) estimularían los linfocitos B, los cuales, a su vez, producirían los ACRA (Suárez y cols., 1999).

La prevalencia de la MG es aproximadamente de 5 casos /100.000 personas. La MG afecta a individuos de todas las edades, con una predilección por las mujeres de 20- 40 años y varones entre la sexta y séptima década de vida (Suarez y cols., 1999). Su incidencia es baja en la primera década de vida, en la que se presenta con diferentes formas clínicas. Además de la forma autoinmune o juvenil existe la variedad neonatal transitoria, la causa parece radicar en el paso transplacentario de anticuerpos IgG. Los signos y síntomas (llanto débil, no succionan adecuadamente, dificultad al respirar y sus músculos se notan flácidos) pueden ser graves y llevar al neonato a la muerte; afecta a un 15% de los niños de madres miasténicas. Los síndromes miasténicos congénitos, pueden presentarse antes del nacimiento con disminución de los movimientos fetales, después del nacimiento o cuando el niño tiene ya varios años. La madre no padece la enfermedad. Los síntomas son menos intensos, aunque más persistentes, que los de la enfermedad transitoria. La Miastenia grave juvenil, que puede aparecer en cualquier momento de la infancia se manifiesta, en general, con ptosis palpebral, diplopía u otros signos y síntomas bulbares con debilidad muscular (Suarez y cols., 1999; Téllez-Zenteno y cols., 2001; Sosa R. y Umerez C., 2003).

La debilidad de los músculos faciales y masticatorios puede aparecer con el progreso de la enfermedad, conduciendo a disfagia, disartria, y la apariencia de rostro inexpresivo. Puede presentarse una voz aberrante con un timbre nasal, debido a la debilidad del músculo del paladar blando y alteración del movimiento labial. Los músculos de las extremidades superiores, el diafragma y los músculos extensores del cuello también pueden estar afectados. La participación severa de músculos respiratorios puede llevar a una crisis miasténica, a un colapso respiratorio que ponga en peligro la vida con la necesidad de ventilación mecánica. Las crisis miasténicas ocurren en alrededor del 15%-20% de los pacientes con MG, dentro de los cuales un 4%-8% son fatales. Las infecciones, los procedimientos quirúrgicos, las drogas, y el estrés emocional pueden predisponer a una crisis miasténica. El grado clínico de la severidad de la MG ha sido clasificado, basado en la extensión de los músculos y regiones involucradas, en una escala de I a IV, que va desde una enfermedad focal restringida a los músculos oculares a una enfermedad severa generalizada con crisis miasténica (Yarom y cols., 2005).

Aproximadamente el 15% de los pacientes con MG generalizada no tienen anticuerpos contra AChRs detectables; sin embargo, el suero de estos pacientes negativo para anticuerpos contra AChRs contiene otros factores inmune, incluyendo anticuerpos IgG contra el receptor de tirosinasa muscular específica (MuSK), en una fracción de los casos (<40%). La activación de las Células B y T es importante en la patogénesis e inmunoregulación de la MG (Sathasivam, 2008).

La historia natural de esta enfermedad se caracteriza por exacerbaciones y remisiones. En la MG no tratada, la fase más incapacitante, a veces poniendo en peligro la vida, ocurre usualmente en los primeros 5 a 7 años. Las remisiones espontáneas, a menudo temporales, ocurren en el 10-15% de los pacientes en los 10 años posteriores al comienzo de la enfermedad (Sathasivam, 2008).

La historia y hallazgos físicos son generalmente las pistas iniciales más importantes para el diagnóstico de MG. Para la confirmación de la presencia de MG, es importante llevar a cabo pruebas diagnósticas; entre las cuales encontramos: prueba farmacológica, pruebas electrofisiológicas, anticuerpos contra receptores de acetilcolina y estudios radiográficos (Suárez y cols., 1999; Yarom y cols., 2005).

2. Pruebas Diagnósticas

La primera prueba diagnóstica se realiza generalmente con el cloruro de edrofino, inhibidor de la acetilcolinesterasa (prueba de Tensilon endovenoso), mostrando una mejoría inequívoca en un músculo débil. Esta prueba es de gran utilidad en pacientes con ptosis o debilidad de los músculos extraoculares y tienen una sensibilidad del 80-95% en pacientes con Miastenia gravis ocular (MGO) (Suárez y cols., 1999; Yarom y cols., 2005).

2.1 Pruebas Electrofisiológicas

La estimulación repetitiva de distintos nervios es el método electrofisiológico más frecuentemente utilizado para detectar una alteración de la transmisión neuromuscular. La prueba se considera positiva cuando existe una diferencia de amplitud de más del 10% entre el primer y quinto potencial evocado (Suárez y cols., 1999). La sensibilidad de esta prueba va del 62-85%, según la gravedad de la enfermedad, y la especificidad es del 87% (Téllez-Zenteno y cols., 2001).

El electromiograma de fibra aislada (EMGFA) es una prueba más sensible para estudiar la transmisión neuromuscular. Aproximadamente un 90% de los pacientes con MG leve presentan una EMGFA anormal. Un 60% de los individuos con MGO muestran anomalías en el EMGFA de músculos de miembros superiores (Suárez y cols., 1999). Esta prueba tiene una sensibilidad de 100% (Téllez-Zenteno y cols., 2001).

2.2 Anticuerpos contra receptores de Acetilcolina

La presencia de ACRA en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles o características de la MG confirma el diagnóstico. Existen tres tipos de anticuerpos: bloqueadores, moduladores y de ligadura (Suárez G.A., 1999). Su presencia depende de la gravedad y extensión de la enfermedad; de acuerdo con diversos estudios, su frecuencia es la siguiente: en pacientes con MGO, 80%; miastenia en remisión, 88%; enfermedad generalizada leve, 91%, y enfermedad generalizada grave, 96% (Téllez-Zenteno y cols., 2001).

2.3 Pruebas Imagenológicas

Un 10% de los enfermos de MG padecen timomas. La mayoría son benignos pero son localmente invasores. Por esto se recomienda obtener una tomografía computarizada o una resonancia magnética del tórax en todo paciente diagnosticado con MG. (Suárez y cols., 1999)

Como se mencionó previamente, cambios en los músculos masticatorios y otros músculos faciales pueden resultar en limitaciones funcionales. La "Miastenia gravis bulbar" se refiere a la debilidad en músculos inervados por los nervios craneales V, VII, y IX-XII (Oosterhuis, 1993 citado en Weijnen y cols., 2002). Los pacientes con disfunción bulbar pueden experimentar dificultades en la masticación (van der Bilt et al., 2001 citado en Weijnen y cols., 2002), salivación (Ertekin et al., 1998 citado en Weijnen y cols., 2002), habla (Sellman and Mayer, 1985 citado en Weijnen y cols., 2002), debilidad facial (Weijnen y cols., 2000b citado en Weijnen y cols., 2002) y debilidad de los músculos extensores y flexores del cuello (Oosterhuis, 1993 citado en Weijnen y cols., 2002). Weijnen y cols. demostraron una significativa reducción en la fuerza masticatoria de pacientes con MG cuando se compara con electromiogramas de pacientes de control sanos. En MG extrema, los pacientes tienen que sostener su mandíbula durante las comidas para realizar la masticación y entre las comidas para prevenir una caída espontánea de la mandíbula

y la apertura de la boca. También puede ocurrir la pérdida de peso (Yarom y cols., 2005; Weijnen y cols., 2002).

Alrededor de un cuarto de todos los pacientes con MG inicialmente se presentan con ptosis y solo un 4% tienen dificultad en la masticación. También es raro para un paciente con MG que se presente inicialmente con problemas de masticación (Sasakura y cols., 2000).

Una función masticatoria reducida se puede intensificar, resultando en problemas durante la masticación, esto puede llevar a malnutrición en pacientes edéntulos con MG que usan dentaduras removibles. Una lengua fruncida, de aspecto clínico flácido, puede ser vista debido a la atrofia lipomatoso. Un triple fruncido longitudinal de la lengua (lengua miasténica) puede estar presente en casos severos.

La terapia inmunosupresora puede predisponer a pacientes con MG a infecciones fúngicas y cicatrización tardía (Yarom y cols., 2005).

3. Terapia Farmacológica

En los últimos 40 años, los avances en el tratamiento han reducido considerablemente la morbilidad y mortalidad de MG. En la MG Generalizada la primera opción es la terapia sintomática con inhibidores de la colinesterasa. La terapia definitiva incluye inmunosupresión con esteroides, azatioprina, ciclosporina, metotrexato, mofetil micofenolato, tacrolimus, ciclofosfamida o rituximab. La Tímectomía también puede ser útil en casos seleccionados de MG Generalizada. El intercambio de plasma, inmunoadsorción e inmunoglobulina intravenosa son útiles en terapias de emergencia en MG Generalizada (Sathasivam, 2008).

El manejo actual de la MG incluye el uso de drogas anticolinesterasa para una mejora temporal de la transmisión neuromuscular, la remoción de los anticuerpos anti-AChR por intercambio de plasma o procedimientos de inmunosupresión específicos, uso de inmunosupresores no específicos o inmunomoduladores para disminuir la respuesta anti-AChR y Tímectomía (Conti-Fine y Kaminski, 2006).

Las drogas anticolinesterasas mejoran los síntomas miasténicos en casi todos los pacientes, pero el alivio completo de los síntomas se presenta sólo en unos pocos. Así, la mayoría de los pacientes requiere tratamiento inmunosupresivo adicional (Conti-Fine y Kaminski, 2006).

3.1. Corticoesteroides

A pesar de la falta de ensayos clínicos controlados, los corticoesteroides son los agentes inmunosupresivos más frecuentemente usados para el tratamiento de MG y los más efectivos (Bedlack R.S. y Sanders D.B., 2002 citado en Conti-Fine y Kaminski, 2006). Son administrados en altas dosis por varios meses y en bajas dosis por años. Los niveles de anticuerpo anti-AChR disminuyen en los primeros meses de

la terapia. La mayoría de los pacientes obtienen un beneficio clínico, el cual puede estar relacionado con la reducción de la diferenciación y proliferación de linfocitos, la redistribución de linfocitos en tejidos que no son sitios de inmunoadividad, cambios en la expresión de citoquinas (TNF, IL-1 y IL-2), inhibición de la función de macrófagos y el procesamiento y presentación de los antígenos, o un posible aumento en la síntesis muscular de AChR. La dificultad del tratamiento con corticoesteroides son las frecuentes complicaciones asociadas a los esteroides, el uso de estos a largo plazo está asociado con muchos eventos adversos, incluyendo: características cushinoides, infecciones, hipertensión, diabetes, osteoporosis, hiperlipidemia, obesidad (Nagaishi A y cols., 2008), desordenes psiquiátricos, insomnio y elevación de recuento de células blancas. Esto ha motivado el uso de otros inmunosupresores, ya sea agentes que restringen los esteroides o agentes sustitutos de corticoesteroides; una proporción de los pacientes con MG puede ser tratado exitosamente sin corticoesteroides (Conti-Fine y Kaminski, 2006).

3.2. Azatioprina

Reduce la síntesis de ácidos nucleicos, de este modo interfiere con la proliferación de células T y B. Su mayor desventaja es la retardada respuesta clínica, la cual puede tomar más de 15 meses. Los eventos adversos comunes, incluyen hepatotoxicidad, náuseas, vómitos, rash, citopenia y pancreatitis (Conti-Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008). Se sabe que el Imuran produce supresión del sistema inmunológico, predisposición a la infección de heridas bucales y retraso en la cicatrización de heridas (Sosa y Umerez, 2003).

Un estudio realizado por Rawoot y cols. (2006), en el cual se buscaba establecer el riesgo de malignidad en pacientes en tratamiento a largo plazo con azatioprina, no se encontró un riesgo incrementado de cáncer en pacientes tratados con este fármaco, por menos de 5 años.

3.3. Ciclofosfamida

Administrada intravenosa y oralmente es un tratamiento efectivo para la MG; más de la mitad de los pacientes se vuelven asintomáticos después de un año de tratamiento. Su efecto retardado y efectos adversos no deseados limitan su uso para el manejo de pacientes que no responden a otros tratamientos inmunosupresivos. Esta droga está asociada con un relativo alto riesgo de toxicidad severa, incluyendo supresión de la médula ósea, infecciones oportunistas, infertilidad y malignidad. Otros efectos adversos comunes incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, caída del pelo y decoloración de la piel (Conti-Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008).

3.4. Metotrexato

Esta droga se debe considerar como una segunda opción de tratamiento en pacientes con MG generalizada que son intolerantes o no responden a la azatioprina. Los efectos adversos generalmente son leves, como mucositis, alopecia, intolerancia gastrointestinal, leve elevación de enzimas hepáticas; también se presentan efectos

adversos severos como supresión hematopoyética, hepatotoxicidad y a veces también puede ocurrir neumonitis (Conti- Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008).

3.5. Micofenolato Mofetil

Droga usada como tercera opción de tratamiento, tanto como inmunosupresor único, como agente restrictivo de esteroides. Se sugiere en estudios que tiene una toxicidad limitada. En general, los efectos adversos son leves, jaquecas, náuseas o diarrea. Sin embargo, se pueden presentar efectos adversos severos como infecciones y supresión hematopoyética (Conti- Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008).

3.6. Ciclosporina

Esta droga bloquea la síntesis de citoquinas, receptor de IL-2 y otras proteínas críticas en la función de las células T CD4. A pesar de mostrar efectividad clínica en el tratamiento de la MG, ha sido asociada con una serie de efectos adversos que incluyen: nefrotoxicidad, hipertensión y malignidad. Otros efectos adversos comunes son: hipertricosis, hiperplasia gingival, mialgia y síntomas similares a una gripe (Conti- Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008).

En el caso de la hiperplasia gingival, ésta puede comenzar incluso en el primer mes de uso de la droga. Su aparición depende del acúmulo de placa bacteriana y otros irritantes locales, de la susceptibilidad individual y del tipo de ciclosporina utilizada (Sosa y Umerez, 2003).

3.7. Tacrolimus

Es similar a la ciclosporina en actividad biológica. A pesar de ser relativamente segura en las dosis usadas en el tratamiento de pacientes con MG, es recomendada como una tercera opción de tratamiento. Dentro de los efectos adversos comunes incluyen: hipertensión, leve elevación de la creatinina sérica, jaquecas, dolor ocular, incremento de la hemoglobina 1c, y elevado recuento de neutrófilos y disminución de linfocitos. También puede aumentar la incidencia de malignidad (Conti-Fine y Kaminski, 2006; Sathasivam, 2008).

3.8. Rituximab

Es un anticuerpo monoclonal contra un marcador de superficie de las células B, ha sido usado recientemente en pacientes que no mejoraban con el uso de esteroides o con ninguna de las drogas inmunosupresoras descritas anteriormente, solas o en combinación. El mecanismo de acción del Rituximab es a través de la disminución de las células B, se postuló que ocurre vía citotoxicidad mediada por el complemento, citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos e inducción de apoptosis (Sathasivam, 2008).

4. Miastenia Gravis y Salud Oral

No existe evidencia respecto de lesiones en boca que tengan una prevalencia mayor en relación a la población normal en personas que padecen de miastenia gravis. No obstante, estimamos que dada a las condiciones medicamentosas a las que son expuestos, los deja en una situación de riesgo para desarrollar trastornos principalmente de tipo infecciosos. La cantidad de inmunosupresores con los que deben de ser medicados, actúan interviniendo en la inmunidad natural y adaptativa, por lo que son condicionantes directos para el desarrollo de infecciones oportunistas en piel y mucosas.

Tomando como referencia a otros grupos susceptibles en cuanto a la exposición farmacológica, en un estudio realizado por Estela de la Rosa García y col. en el 2004, buscaba determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes con trasplante renal, y analizar la posible asociación entre las lesiones, con los fármacos y variables clínicas y de laboratorio. Se estudiaron 90 pacientes que se encontraban bajo un tratamiento inmunosupresor con Ciclosporina A, Azatioprina, y Prednisona.

La entidad identificada con mayor frecuencia fue lengua saburreal (20 casos) y al examen de citología exfoliativa teñida con PAS resulto negativa a *Candida sp.* La prevalencia de esta alteración fue mayor en pacientes que tenían menos de un año de haber sido transplantados; no se encontró asociación entre la prevalencia de lengua saburreal y la dosis o niveles de ciclosporina A en sangre, nivel de función renal, recuento de leucocitos totales o la higiene bucal (de la Rosa García y cols., 2005).

La candidiasis bucal es una infección oportunista asociada a múltiples factores de riesgo local y sistémico. Las prevalencias descritas en pacientes inmunocomprometidos por distintas causas son diferentes: 15,1%, en diabéticos insulino dependientes, 36,6% en diabéticos tipo 2 con mal control glicémico, 17,4% en pacientes con carcinomas bucales o faríngeos y radioterapia, 27% en pacientes con cáncer de cabeza y cuello y radioterapia, 37,8% en infección por VIH/SIDA, en asociación con cuentas bajas de linfocitos CD4 y niveles altos de carga viral, 38,2% en pacientes con primera identificación de serología positiva a VIH (de la Rosa García y cols., 2005).

En el estudio 17 pacientes presentaban Candidiasis bucal. De los cuales 10 presentaban la forma eritematosa solo en el dorso de la lengua y dos tanto en el dorso de la lengua como el paladar duro. En 3 de los 17 pacientes se observó de forma simultánea C. Eritematosa y Pseudomembranosa. No se observó asociación entre Candidiasis bucal y el recuento de leucocitos totales, dosis o niveles de ciclosporina A en sangre, la dosis de prednisona o azatioprina, o uso de antimicrobianos en el momento del estudio (de la Rosa García y cols., 2005).

En otros estudios de pacientes con trasplante renal se ha reportado la presencia de Candidiasis bucal en: 10,1%, 3,7%, 15,5% y 42,9%, esta última cifra se

consideró asociada a inmunosupresión triple a base de CsA, azatioprina y prednisona. Al igual que en la mayoría de los estudios, la variedad eritematosa fue la más prevalente con 13,3%. Otros estudios han reportado 3,8% y 15,5%. La patogénesis de la infección por *Candida* sp es compleja; las diferentes prevalencias reportadas en la literatura se deben en parte a diferencias en las características del huésped y numerosos factores de riesgo, que en el paciente trasplantado incluyen uso de medicamentos inmunosupresores (de la Rosa García y cols., 2005).

El hallazgo simultáneo de dos formas clínicas de Candidiasis bucal se ha interpretado como inmunosupresión grave en el paciente con VIH/SIDA (de la Rosa García y cols., 2005).

De la Rosa García y cols. (2005) para el diagnóstico de leucoplasia vellosa al momento de examinar a los participantes del estudio, siguieron los criterios presuntivos de LV del EC-Clearinghouse sobre problemas orales relacionados a la infección por VIH y el Centro Colaborativo de la OMS para manifestaciones orales del virus de inmunodeficiencia, que describe a la Leucoplasia Vellosa como una lesión blanco-grisácea en los márgenes laterales de la lengua, que no se desprende, puede exhibir corrugaciones verticales, y no responde al tratamiento antimicótico, o que ocurre en un estado de inmunodeficiencia demostrada. La lesión así identificada se denominó clínicamente compatible con leucoplasia vellosa.

La prevalencia de lesiones compatibles con leucoplasia vellosa, fue 12,2%, y su presentación se asoció a Candidiasis bucal: cuatro pacientes presentaron simultáneamente candidiasis bucal y lesiones compatibles con leucoplasia vellosa, tres de los cuales tenían dos formas clínicas de Candidiasis bucal. No se identificó asociación con otras lesiones bucales, dosis o niveles de ciclosporina A, dosis de azatioprina o prednisona, uso de antibióticos, cuenta de leucocitos totales o creatinina sérica. Siete pacientes tuvieron herpes simple, seis en los bordes bermellones y uno en la mucosa del paladar duro; tres de esos casos ocurrieron también en pacientes con Candidiasis bucal, uno de los cuales tenía también dos formas clínicas de la lesión. No se identificó asociación con otras variables (de la Rosa García y cols., 2005).

La importancia potencial del hallazgo de lesiones compatibles con leucoplasia velluda en este grupo de pacientes es, por una parte, que la leucoplasia velluda posee una relación etiológica conocida con el virus VEB, su frecuente hallazgo y su carácter de lesión predictora de SIDA en pacientes inmunosuprimidos por VIH, y su asociación con inmunosupresión grave en esta circunstancia. Por otra parte, también se le ha identificado en otro tipo de pacientes: con trasplante renal, mieloma múltiple, leucemia linfocítica aguda, excepcionalmente en pacientes inmunocompetentes sin factores de riesgo identificados, y en pacientes bajo tratamiento con corticoesteroides tópicos o sistémicos por enfermedad vesículo-ulcerativa de la mucosa bucal o asma bronquial, su hallazgo puede tener implicaciones distintas en condiciones distintas (de la Rosa García y cols., 2005).

En el estudio de De la Rosa y cols. (2005), se observó la presencia de hiperplasia gingival en 44 (48,9%) casos.

4.1 Recomendaciones para la atención odontológica

El gran desafío del profesional odontólogo es la prestación de un tratamiento de rutina para un paciente con MG. Para esto es esencial un conocimiento básico de la naturaleza de la enfermedad y de las drogas empleadas en su tratamiento, para evitar las complicaciones. La comunicación entre paciente, neurólogo y dentista es necesaria para evitar complicaciones médicas y funcionales. Las citaciones deben ser múltiples, cortas y temprano en la mañana, para evitar la acumulación diaria de debilidad muscular y para tomar ventaja de la mayor fuerza muscular típicamente notada durante las horas de la mañana. Los agentes orales anticolinesterasa deben ser administrados 1,5 horas antes del tratamiento dental para lograr el máximo efecto durante la sesión odontológica (Yarom y cols., 2005).

El estrés emocional puede predisponer a los pacientes a sufrir una crisis miasténica. Debe establecerse una relación de confianza y abierta con el paciente, así como debe efectuarse un buen control del dolor. La sedación con Oxígeno- oxido nitroso puede reducir el estrés y ansiedad asociada con el tratamiento odontológico (Yarom y cols., 2005).

La salivación aumentada, como resultado del efecto adverso muscarínico de la colinesterasa, así como el fracaso del constrictor supraglótico para sellar la entrada de la laringe, puede resultar en la aspiración de saliva o residuos dentales durante el tratamiento odontológico. La rápida remoción de restos y el uso de goma dique pueden ser de ayuda. Un abreboca también puede ser útil para ayudar a los pacientes miasténicos a mantener la boca abierta. Los pacientes deben permanecer sentados hasta que todos los restos dentales sean removidos y la fuerza muscular este bien controlada (Yarom y cols., 2005).

5. Interacciones Farmacológicas con Terapias Odontológicas

Drogas usadas durante el tratamiento odontológico pueden potencialmente llevar a efectos adversos cuando son usados por pacientes miasténicos, entre ellos encontramos:

5.1 Anestésicos Locales

Debido a que los anestésicos locales tipo éster, como la procaína, son hidrolizados por colinesterasas plasmáticas se produce una disminución de la efectividad de la terapia anticolinesterasa en pacientes con MG. Tienen que ser evitados.

Los Anestésicos locales tipo amidas, como la lidocaína o mepivacaína, pueden ser administrados de forma segura (Yarom y cols., 2005).

Consideraciones en el uso de anestésicos locales:

1. Usar anestesia tipo amida en lugar de éster.
2. Evitar la inyección intravascular.
3. Utilizar anestesia con vasoconstrictor para aumentar la eficacia de la anestesia en el espacio bucal.
4. Minimizar la dosis de anestesia.
5. Utilizar técnicas de anestesia intrapulpar e intraligamentosa, si el procedimiento odontológico permite su uso.

5.2 Relajantes Musculares

Por la naturaleza de la enfermedad, los pacientes con MG tienen una sensibilidad aumentada al efecto de los relajantes musculares. Su uso sin un apropiado ajuste de la dosis de anticolinesterasa puede amplificar los síntomas clínicos de la enfermedad.

5.3 Antibióticos

Debido a las propiedades relajantes musculares de algunos antibióticos (ej.: tetraciclina, polimixin, aminoglicosidos, eritromicina, y así sucesivamente), su uso debe ser cuidadosamente seleccionado. Generalmente, la penicilina y sus derivados no están asociados con el bloqueo de las propiedades neuromusculares, aunque en algunos casos se ha descrito el agravamiento de la MG después de su administración. Se recomienda que los antibióticos sean usados sólo después de consultar con el neurólogo del paciente (Yarom y cols., 2005).

Resumiendo, según la revisión hecha por Patton y Howard (1997) y como fue publicado por la Fundación Americana de Miastenia Gravis, muchas drogas comunes usadas en odontología tienen potencial para producir complicaciones en pacientes con MG por la exacerbación de la debilidad muscular o por la interferencia en la respiración (Yarom y cols., 2005).

Drogas Contraindicadas

- Procaína ® Novocaína. Es un anestésico local del grupo de los ésteres metabolizado por la enzima plasmática colinesterasa.
- Eritromicina, Gentamicina, Neomicina, Polimixina, Bacitracina, Clindamicina.
- Aminoglicósidos y Quinolonas.
- Agentes antiarritmias.
- Agentes antihipertensivos: Beta Bloqueadores y Bloqueadores de los canales de Calcio.

Drogas usadas con precaución

- Lidocaína, Mepivacaína, Bupivacaína, Prilocaína
- Morfina y derivados, Narcóticos, Benzodiazepinas, Hipnóticos, Barbitúricos.
- Metronidazol, Tetraciclina, Vancomicina, Corticoesteroides.

Drogas usadas de forma segura

- Acetaminofen, AINES, Aspirina, Sedación con oxido nitroso N2O/O2
- Penicilina y derivados.

Yarom y cols. (2005) cita un estudio de Patton y Howard, donde se realizó un seguimiento a 16 pacientes durante 44 visitas odontológicas. Se presentaron 5 episodios de complicaciones (en 4 pacientes) durante el tratamiento, los cuales fueron asociados como efectos adversos neuromusculares, incluyendo una aislada debilidad mandibular transitoria, letargo, ptosis, disartria, disfagia, y debilidad extrema. En uno de los pacientes, una mujer de 35 años con MG moderada, describe que de un tratamiento endodóntico resultó en una disfagia, ptosis, y debilidad severa.

6. Protocolo de Atención Odontológica en los pacientes con MG

Sosa y Umerz (2003) generaron un protocolo de atención para pacientes que padecen MG, el cual describe:

1. Tener conocimiento de las complicaciones y situaciones de emergencia que podrían presentarse. Preguntar al paciente acerca de su debilidad.
2. Fijar citas de corta duración en las mañanas, para reducir el estrés, minimizar la fatiga, y aprovechar la ventaja que los músculos tienen mayor fuerza en la mañana.
3. Fijar las citas 1-2 horas después de tomar droga anticolinesterasa. Si las condiciones físicas lo permiten, se puede fijar la cita 1 hora después de la toma de la droga permitida.
4. Fijar períodos de descanso durante el tratamiento para disminuir la fatiga muscular.
5. En casos de Miastenia moderada se puede atender al paciente en el consultorio privado. Si se trata de pacientes con Miastenia Grave, donde puede haber debilidad general y complicaciones respiratorias es preferible tratar al paciente en un hospital o servicio de emergencia en donde se cuente con el equipo para soporte respiratorio.
6. En casos de Miastenia Grave donde sea necesario realizarle al paciente extracciones de terceros molares o extracciones múltiples puede aplicársele la terapia de plasmaféresis al paciente antes de la intervención. Es necesario consultar con su médico tratante.
7. En caso de emergencia respecto al aparato respiratorio el odontólogo debe estar preparado a realizar una reanimación cardiopulmonar si fuese necesario.
8. Utilizar la alta succión para evacuar restos de materiales y secreciones de la orofaringe, aspirando los obstáculos mecánicos de las vías aéreas.
9. Utilizar dique de goma para mantener el agua y los restos de materiales, lejos de la garganta.
10. Realizar los tratamientos odontológicos en sillones reclinables. Esto con la finalidad de poder controlar si la garganta del paciente está cerrada y controlar si está teniendo dificultades con la respiración.

11. Recomendar al paciente cepillos eléctricos y facilitarle manuales para el correcto cepillado, puesto que su higiene bucal puede verse afectada por la debilidad en sus extremidades y disminución del agarre manual.
12. Desde el punto de vista protésico: no sobreextender las prótesis totales con flancos gruesos. Esto interfiere con los músculos y podría causar fatiga muscular y alteración de la salivación. Una prótesis mal confeccionada o adaptada podrían producir disfagia, fonación inadecuada, problemas de masticación, fatiga lingual, resequedad de la boca, exacerbar los síntomas de la Miastenia y dificultad para cerrar la boca.
13. Evitar la interacción de drogas con efectos secundarios.
14. El odontólogo deberá revisar cuidadosamente la historia del paciente en lo que respecta a su estado de salud que contraindican el uso de ciertas drogas y soluciones anestésicas locales, antes de emplearlas.

7. Lesiones de la Mucosa Oral

Debido al prolongado tratamiento farmacológico de tipo inmunosupresor, creemos que es importante observar el estado de las mucosas de los pacientes con MG, ya que son varias las alteraciones que podrían observarse a causa de la inmunosupresión prolongada, o a otras causas que ameriten un diagnóstico diferencial; presentamos una descripción de cada una de ellas. A continuación, procederemos a describir aquellas más asociadas a estados de inmunosupresión:

7.1 Tumor Maligno

El cáncer bucal es una enfermedad de alta incidencia. Se estima que cerca del 7% de la población mundial lo está padeciendo (Boraks, 2004). Cuando es diagnosticado en sus comienzos puede ser curado en un gran número de casos.

De los tumores malignos que ocurren en la boca, el de mayor frecuencia es el carcinoma espinocelular con aproximadamente 95% de prevalencia (Boraks, 2004). Entre sus causas se encuentran el alcohol, tabaco, sífilis, radiación actínica, SIDA, déficit nutricional y anemia ferro priva. Generalmente se presenta en personas de más de 50 años de edad y de sexo masculino. Un 50% de los casos presentan la lesión en el borde o cara ventral de la lengua y un 35% en el piso de boca (Martínez, 2009). Las lesiones en etapas de mayor avance se encuentran muchas veces ulceradas, con bordes irregulares, indurados de fondo sucio y generalmente los pacientes no relatan síntomas

El CE de la lengua se presenta más en el tercio posterior del borde de ella, un 20% se puede ver en la cara ventral y un 4% en el dorso. La lesión se presenta indurada e indolora y en algunas ocasiones asociada a una leucoplasia o eritroplasia. Un 50% de los pacientes presentan compromiso ganglionar (Mashberg y Samit, 1995).

El CE del piso de boca se encuentra con mayor incidencia es el sexo masculino. Las lesiones se presentan sin dolor, sin embargo, cuando esta es de

mayor tamaño puede haber dolor irradiado al oído, salivación excesiva, dificultad para mover la lengua y como una lesión ulcerada de borde indurado. El 50 al 60% de los pacientes tiene compromiso ganglionar (Martínez B., 2009).

EL CE del borde bermellón se caracteriza por presentarse en personas de tez blanca, que pasan muchas horas expuestos al sol. El 95% o más se ubican el labio inferior, con aspecto costroso, a veces ulcerado y con bordes indurados. (Martínez, 2009).

7.2 Leucoplaquia

Es un término clínico utilizado para designar aquellos trastornos de las mucosas que dotan a éstas de una coloración más blanca que la normal (Sapp y cols., 2005).

La leucoplaquia es un tipo de lesión que puede confundirse fácilmente con otras que tienen un aspecto de mancha blanca, sin embargo su diagnóstico es válido sólo cuando la lesión no se desprende al ser frotada suavemente, se evite cualquier eventual estímulo que pudiera justificarla por 14 días y tiende estar asociada al consumo de tabaco

Clínicamente la leucoplaquia es una mancha blanca que varía desde muy pequeña hasta extensas lesiones en varias zonas de la mucosa. La superficie puede ser lisa, o resquebrajada, con un aspecto como el barro reseco resquebrajado. El color puede ser blanco, grisáceo, amarillento o cafésoso (Martínez, 2009).

7.3 Liquen Plano

Es una enfermedad cutánea frecuente en la cavidad oral, donde se manifiesta en forma de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas con gran respuesta de linfocitos T en el tejido conjuntivo subyacente e inmediato (Sapp y cols., 2005).

Es una enfermedad de etiología desconocida, probablemente de origen inmunológico y asociada al stress, que afecta piel y mucosa. Generalmente se observa más en mujeres (Sapp y cols., 1999).

Existen tres formas clínicas distintas de presentación: reticular, erosivo o atrófico y tipo placa;

Al momento del examen debe realizarse el diagnóstico diferencial con una reacción linfenoide y siempre sospechar la posibilidad de hipersensibilidad a materiales dentales, drogas, alimentos, etc. que pueden estar ocasionando lesiones similares a la clínica del liquen plano (Martínez, 2009).

7.4 Úlcera Oral Recurrente (URO)

Son úlceras muy dolorosas, pero menos frecuentes que el afta, miden entre 10-30 mm. y recidivan con frecuencia, afectando especialmente el paladar blando, mejilla, cara interna de labio, pudiendo demorar hasta 6 semanas en sanar y dejando una cicatriz a diferencia de lo que ocurre el afta menor. Esta úlcera se puede distinguir del afta, además del tamaño, por que tiene un aspecto crateriforme, tendencia a presentar bordes levantados, y al igual que el afta también tiene un exudado fibrinoso amarillento, y una periferia rojiza (Martínez, 2009).

7.5 Gingivitis Necrotizante Aguda

La gingivitis necrotizante aguda es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía. Esta anomalía se distingue por aparición súbita, en ocasiones luego de un episodio de enfermedad debilitante o infección aguda de la vía respiratoria. Son características frecuentes en los antecedentes del paciente un cambio de los hábitos de vida, trabajo prolongado sin descanso adecuado y estrés psicológico (Carranza y cols., 2004).

Las lesiones típicas son depresiones crateriformes, como sacabocados, en la cresta de las papilas interdentes, que se extienden a la encía marginal y mucosa bucal. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por una esfacela pseudomembranosa gris, demarcado del resto de la mucosa gingival por un eritema lineal intenso. Otros signos clínicos comunes son hemorragia gingival espontánea o sangrado abundante con la menor estimulación, olor fétido y aumento de la salivación (Carranza y cols., 2004).

7.6 Candidiasis

Es una infección oportunista producida por el hongo *Cándida albicans*, el cual es un comensal habitual en la cavidad oral (Martínez., 2009). El germen *C.a.* prolifera cuando se produce una alteración en la flora normal de la boca, por la ingestión masiva de antibióticos, o también por otras drogas como inmunosupresoras y corticoides. También se sabe que las inmunodeficiencias, favorecen las infecciones por hongos, tales como en la infección por VIH/SIDA. Otros factores que predisponen a esta infección son el embarazo, los extremos de edades, y pacientes muy debilitados (Beiro y cols., 2002).

Se sospecha clínicamente de una candidiasis cuando hay áreas blancas en la boca que se desprenden fácilmente, dejando muchas veces una superficie sangrante; o pueden ser sólo áreas rojizas y brillantes, lo cual se debe a la atrofia y erosión del epitelio (Sapp y cols., 2005).

La candidiasis son clasificadas en:

- Aguda - Pseudomenbranosa
 - Eritematosa
- Crónica - Hiperplásica
 - Eritematosa

7.7 Absceso

Proceso cronológicamente cíclico. Es un foco inflamatorio e infeccioso, donde una colección purulenta drena, ya sea a través de una fístula mucosa, cutánea, canalicular, o transperiodontal. De esta manera su característica patognomónica es el drenaje por cualquiera de las vías señaladas (Martínez, 2009). El drenaje se produce por una fístula que corresponde a un conducto patológico, estrecho, alargado, generalmente, consecuente con un proceso de úlcera, originado por causas locales, comunica una superficie cutánea o mucosa con un órgano interno, proporcionando el paso de pus o de líquidos normales desviados de sus vías naturales (Boraks, 2004).

8. Trastornos Temporo- mandibulares

Termino usado para referirse a todas las alteraciones funcionales del sistema masticatorio. Las alteraciones pueden producirse en músculos, las ATM, Hueso Alveolar y Dientes (Okeson, 2008).

9. Caries Dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial que implica una interacción entre los dientes, saliva, la microflora oral (factores del huésped) y la dieta (factor externo). Forma singular de infección donde se acumulan cepas específicas de bacterias sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica (Brown y cols., 1991).

10. Enfermedades periodontales

Las enfermedades periodontales son un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente, y se clasifican en dos grandes grupos: gingivitis y periodontitis.

10.1 Gingivitis

Es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de unión, y por tanto sin destrucción de los tejidos de soporte del diente. Se produce por la acumulación inespecífica de placa bacteriana y se elimina median un control cuidadoso de ésta (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, 2005).

10.2 Periodontitis

Es también un proceso inflamatorio que se extiende a los tejidos de soporte del diente y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, 2005).

10.3 Absceso Periodontal

Es una inflamación localizada purulenta en los tejidos periodontales con una clara destrucción periodontal que ocurre en un período limitado de tiempo con síntomas clínicos distinguibles (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, 2005).

11. Prótesis Dental

La Prótesis dental es un elemento artificial que puede restaurar una parte anatómica faltante de la cavidad bucal, devolviendo funcionalidad y estética al paciente.

11.1 Prótesis Fija

Son aquellas prótesis que el paciente no puede retirar a voluntad y sólo pueden ser removidas por un odontólogo. Son dentosoportadas, es decir, toman como apoyo a los dientes. Las que podemos encontrar son:

1. Prótesis Fija Unitaria.
2. Prótesis Fija Plural.

11.2 Prótesis Removible

Son aquellas prótesis que el paciente puede remover a voluntad propia y volver a posicionarlas en las estructuras bucales. Las que comúnmente podemos observar son:

1. Prótesis parcial metálica.
2. Prótesis parcial Acrílica.
3. Prótesis total Acrílica.

La retención de la prótesis y el sellado periférico son logrados por la tonicidad muscular, la cual es generalmente deficiente en pacientes con MG. Pacientes edéntulos con MG que usan prótesis totales pueden experimentar dificultades en la masticación, caracterizada por una reducción de la eficacia masticatoria. Las Prótesis mal ajustadas también pueden exacerbar la debilidad muscular; aquellas que se encuentren sobre extendidas y con flancos gruesos no solo incrementan la debilidad muscular, sino también interfieren con el flujo salival de la glándula parótida. Desde que un fuerza de mordida mayor resulta con las prótesis implanto

soportadas comparadas con prótesis removibles totales no soportadas, dentaduras completas implanto soportadas pueden ser beneficiosas (Yarom N., 2005).

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el estado de Salud Oral y la necesidad de tratamientos de paciente que padecen MG pertenecientes a la corporación MG de Chile.

Objetivos Específicos

1. Describir la frecuencia de lesiones en mucosa oral de pacientes con MG
2. Describir el estado de salud dentario en pacientes con MG.
3. Describir el estado de salud Periodontal en pacientes con MG
4. Describir la frecuencia de alteraciones en Neuromusculatura y Articulación Temporomandibular de pacientes pertenecientes a la corporación MG.
5. Describir la relación entre el número de fármacos administrados y el estado de salud oral de los pacientes con MG.
6. Identificar la necesidad de uso de prótesis dental de los pacientes con MG pertenecientes a la corporación.
7. Identificar la necesidad de tratamiento y tipo de atención odontológica de pacientes con MG pertenecientes a la corporación.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Descriptivo Correlacional.

2. Universo

Pacientes con Miastenia Gravis miembros de la Corporación de Miastenia Gravis de Chile.

2.1 Población en Estudio

Pacientes de Corporación de Miastenia Gravis en Santiago.

2.2 Delimitaciones:

El grupo de estudio se conformó con enfermos miembros de la corporación, que participaron en forma voluntaria y que mantenían acceso a Santiago centro y Viña del Mar.

3. Documentos para la obtención de datos

3.1. Encuesta sobre información médica (ver Anexo Número 6)

Se diseñó una encuesta para registrar los datos personales de los pacientes, conocimiento frente a su patología, antecedentes mórbidos, utilización de medicamentos, experiencia frente a la atención dental y aspectos relacionados a su salud oral. Esta encuesta podía ser respondida por un familiar, amigo o por el mismo paciente.

Realizadas las encuestas en la ciudad de Santiago, nos comunicamos con los pacientes y la corporación de Miastenia Gravis, para determinar el día y hora en que se realizarían los exámenes, en una consulta dental gestionada por la misma corporación.

Una vez realizadas las encuestas en la región de Valparaíso, se procedió a llamar a los pacientes para citarlos un día y hora determinada a una consulta dental facilitada por el Doctor Rodrigo Fuentes para realizar los exámenes pertinentes.

3.2 Ficha Clínica de Anamnesis (Ver Anexo Número 7)

Se realizó una primera ficha clínica de anamnesis tanto en los pacientes de la Corporación Miastenia Gravis de Santiago como los pacientes que deseaban participar de la Región de Valparaíso; incluyó los datos personales del paciente, una anamnesis sistémica para determinar que otras patologías presentaban los sujetos a estudiar, los tratamientos en los que se encontraban, alergias, hábitos y un examen físico que incluyó la apreciación general y un examen maxilo facial.

3.3 Ficha de Evaluación Bucodental (Ver Anexo Número 8)

Para el registro del examen clínico se utilizó parte de la ficha de la organización mundial de la salud, la que proporciona un método sistematizado de compilación y notificación de datos sobre trastornos y enfermedades orales.

El punto I incluye la evaluación de la mucosa oral, mediante identificación de las lesiones y la localización principal de éstas.

El punto II realiza un análisis de la dentición, utilizamos criterios diagnósticos para el análisis de caries y la necesidad de tratamiento de los dientes involucrados.

El punto III incluye un análisis periodontal que fue realizado con una sonda OMS, la primera parte corresponde al código del estado periodontal y la segunda parte de este punto incluyó un análisis de la necesidad de tratamiento de los pacientes.

El punto IV evaluó si el paciente es portador de prótesis y la situación de la prótesis.

El punto V evaluó la necesidad de asistencia y consulta del paciente mediante un diagnóstico presuntivo.

4. Variables (ver Anexo Número 8)

- Edad: Cuantitativa Discreta.
- Presencia de Lesiones en la Mucosa oral
 - Alteración: Cualitativa Nominal.
 - Localización: Cualitativa Nominal.
- Estado de la Dentición
 - Criterios Diagnósticos: Cualitativa Nominal.
 - Necesidad de Tratamiento: Cualitativa Nominal.
 - Situación y ubicación de caries: Cualitativa Nominal.
- Estado Periodontal
 - Código de Estado Periodontal: Cualitativa Ordinal.
 - Necesidad de Tratamiento: Cualitativa Ordinal.
 - Movilidad Dentaria: Cualitativa Ordinal.
- Estado Prótesis
 - Situación de Prótesis: Cualitativa Nominal.
 - Necesidad de Prótesis: Cualitativa Ordinal.
- Necesidad de Consulta
 - Necesidad de Consulta: Cualitativa Nominal.
 - Asistencia Inmediata: Cualitativa Nominal.
- Número de Medicamentos Inmunosupresores: Cuantitativa Discreta.

5. Definiciones Operacionales

5.1 Paciente con Miastenia Gravis

Se consideró paciente con Miastenia Gravis a todo aquel que presentó signos y síntomas de debilidad muscular compatibles con Miastenia Gravis y que haya sido diagnosticado por un neurólogo. Y que hayan dado positivo en cualquiera de las pruebas utilizadas para su diagnóstico.

5.2 Antecedentes Sistémicos

Se consideró como antecedente sistémico positivo a cualquier respuesta afirmativa a las siguientes patologías: cardíacas, hematológicas, digestivas, genéticas/ hereditarias, neurológicas, sicosomáticas, contagiosas, metabólicas, dermatológicas, autoinmunes u oncológicas.

5.3 Lesiones de la Mucosa Oral

Se consideró como lesión de la mucosa oral a cualquier alteración visible en el examen clínico intraoral positiva a los siguientes trastornos:

0= Ningún estado anormal

1= Tumor Maligno. Se consideró tumor maligno a toda aquella lesión ulcerativa de la mucosa oral que presentó borde indurado, fondo sucio, sin síntomas de dolor.

2= Leucoplaquia. Se consideró leucoplaquia a toda aquella lesión con apariencia de placa blanca, que no podía ser removida al ser raspada y no se podía clasificar como ninguna otra lesión.

3= Liquen Plano. Se consideró liquen plano a toda aquella lesión que presentó un aspecto blanquecino, con apariencia de estrías. El paciente además podía presentar lesiones en la piel del cuerpo.

4= URO (Úlceras). Se consideró como URO a toda aquella lesión ulcerada de un diámetro de 1 a 30 mm., de color blanquecino o amarillento con un halo eritematoso, el paciente tenía que relatar tener frecuentemente estas lesiones y presentar dolor.

5= Gingivitis necrotizante aguda. Se consideró gingivitis necrotizante aguda a toda aquella lesión de la mucosa gingival que se presentaba con aspecto crateriforme, en la cresta de las papilas interdentes, que se extendían a la encía marginal y mucosa bucal. La mucosa gingival tenía un eritema lineal intenso.

6= Candidiasis. Se consideró como Candidiasis a toda lesión de coloración blanquecina, que se desprendía al raspado dejando una zona eritematosa.

7= Absceso. Se consideró absceso a todo aquel exudado purulento que proviniera de una fístula, o que drenará a través del crévice.

8= Agrandamiento Gingival. Se consideró agrandamiento gingival a todo aquel aumento de volumen franco de las encías.

9= Otro trastorno. Fue considerado otro trastorno aquella lesión que no clasificaba como ninguna otra lesión presente en este listado.

99= No registrado. Se consideró no registrado a cualquier alteración de la mucosa pudiendo no ser ésta una lesión patológica.

Fue considerada también la ubicación de la lesión:

0= Borde Bermellón

1= Comisuras

2= Labios

3= Surcos

4= Mucosa Bucal

5= Piso de Boca

6= Lengua

7= Paladar duro y Blando

8= Bordos alveolares/ encías

99= No Registrado. Correspondió a otra zona de la cavidad bucal que no se encontrara clasificada dentro de los parámetros mencionados anteriormente.

5.4 Análisis de la Dentición

Los criterios para el diagnóstico son:

1= *Corona sana*. Una corona se registró como sana, si no mostraba signos de caries clínica tratada o sin tratar. Una corona que presentaba los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debía considerarse como sana si había:

- Manchas blancas o yesosas.
- Manchas decoloradas o ásperas.
- Surcos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentaban signos visuales de alteración del esmalte.
- Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.
- Lesiones que parecen deberse a la abrasión.

2= *Corona clínica obturada, sin caries*. Se registró cuando se hallaban una o más restauraciones permanentes y no existía ninguna caries en la corona.

3= *Corona clínica cariada sin cavidad*. Se registró cuando la corona tenía una lesión de caries de color blanquecino con aspecto de tiza, con signos de desmineralización.

4= *Corona Clínica cariada, Cavitada*. Se registró cuando una lesión tenía una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un piso o pared apreciablemente ablandado.

5= *Corona obturada, con Caries*. Se registró cuando tenía una o más restauraciones permanentes y una o más zona que estaban cariadas.

6= *Diente Ausente*. Se utilizó para aquellos dientes permanentes que no se encontraban en la cavidad oral de modo congénito o que se habían extraído por motivos ortodónticos o por periodontopatías, traumas, caries, etc.

7= *Corona sellada*. Se utilizó para aquellos dientes en los que se había colocado un sellante preventivo en la superficie oclusal.

8= *Soporte de Puente, Prótesis Fija Unitaria o Carilla*. Se utilizó para aquellas coronas que formaban parte de un puente fijo o eran prótesis fijas unitarias, o para aquellas coronas que presentaban un material de resina compuesta en toda la superficie vestibular.

9= *Resto Radicular*. Se utilizó cuando sólo se encontraba al examen clínico la raíz dentaria.

T= *Traumatismo (Fractura)*. Cuando faltaba una parte de la superficie dentaria como resultado de un trauma y no había signos de caries.

99= *No Registrado*. Se utilizó para cualquier diente permanente erupcionado que por algún motivo no se podía examinar.

También se consideró la necesidad de tratamiento, los criterios fueron los siguientes:

0= Ninguno.

P= Preventivo. Cuidados para la detención del proceso caries y limitación del daño. Incluyó sellante preventivo.

Op= Operatoria. Incluyó una o más obturaciones.

Una obturación se consideró insatisfactoria si existía una o más de las siguientes situaciones:

- margen deficiente
- margen sobreextendido
- fractura de una restauración existente
- decoloración

R= Rehabilitación oral. Se utilizó cuando era necesario realizar una prótesis fija o prótesis removible.

E= Endodoncia. Debido a la presencia de una caries profunda y amplia, o a la mutilación o traumatismo del diente, con diagnóstico pulpar de daño irreversible.

C= Cirugía (Exodoncia) cuando:

- la caries ha destruido tanto el diente que no se puede restaurar
- la enfermedad periodontal ha avanzado hasta el punto de que el diente está con una movilidad grado 3.
- para dejar lugar a una prótesis removible o fija plural.

- por motivos ortodóncicos o cosméticos, o por la inclusión del diente.

99= No Registrado

5.5 Estado Periodontal

Los códigos del Examen Periodontal Simplificado (P.S.R) que fueron utilizados son los siguientes:

Código 0= Sin cálculo o sin márgenes defectuosos. Encía no sangra al sondaje.

Código 1= Sin cálculo o sin márgenes defectuosos, pero hay sangrado posterior al sondaje.

Código 2= Hay sangrado posterior al sondaje y cálculo supra y sub gingivales y/o márgenes defectuosos.

Código 3= Área coloreada parcialmente visible.

Código 4= Área coloreada desaparece completamente, indicando sondajes mayores a 5,5 mm.

Código (*)= A: Ausencia de encía adherida
F: Compromiso de Furca
Fr: Frenillo alterado
M: Movilidad
R: Recesiones hasta el área coloreada de la sonda 3,5 mm. ó mayor.

Se analizó también la necesidad de tratamiento, los criterios eran:

Código 1= Instrucción de Higiene Oral.

Código 2= Instrucción de Higiene Oral, limpieza profesional y remoción de factores retenedores de placa bacteriana.

Código 3= Evaluación periodontal completa, periodontograma y radiografías. Tratamiento Periodontal específico.

Código 4= Derivación a Especialista. Tratamiento Periodontal Complejo.

Se analizó también el índice de placa de los pacientes, mediante una pastilla reveladora, donde:

0= Bueno. No hay tinción de la pastilla reveladora en ninguna corona clínica.

1= Regular. Las superficies dentarias fueron teñidas pero no superaron el 50% de las coronas clínicas dentarias.

2= Malo. Las superficies dentarias teñidas por la pastilla reveladora superaron el 50%

5.6 Evaluación y Necesidad de Prótesis

Se evaluó la situación de la prótesis que portaba el paciente mediante los siguientes criterios:

0= Ninguna prótesis.

1= Cuando el paciente portaba una o más prótesis fija unitaria.

2= Cuando el paciente portaba una o más de una prótesis fija plural.

3= Cuando el paciente portaba una Prótesis removible parcial superior, inferior o ambas.

4= Cuando el paciente portaba una prótesis fija plural y una prótesis removible parcial.

5= Cuando el paciente portaba una Prótesis total superior, inferior o ambas.

99= No registrado. Se determinó cuando ninguna de las posibilidades anteriores eran parte de las características protésicas del paciente.

La necesidad de prótesis fue evaluada mediante los siguientes criterios:

0= No había necesidad de prótesis.

1= Necesidad de una o más prótesis fija unitaria.

2= Necesidad de una o más prótesis fija plural.

3= Necesidad de una o más prótesis fija unitaria y plural.

4= Necesidad de prótesis removible parcial superior, inferior o ambas.

5= Necesidad de prótesis removible parcial y prótesis fija unitaria, plural o ambas.

6= Necesidad de prótesis removible total superior, inferior o ambas.

99= No registrado. Se determinó cuando ninguna de las posibilidades anteriores eran parte de las necesidades protésicas del paciente.

Esta sección de la ficha de evaluación de la prótesis dental fue extraída de parte de la ficha de la organización mundial de la salud, sin embargo fueron agregados parámetros que mejoraron la recolección de los datos.

5.7 Necesidad de Asistencia y Consulta

Se consideró necesidad de consulta positiva cuando el paciente tenía una afección en la cual necesitaba tratamiento dental.

Se consideró asistencia inmediata cuando el paciente relataba dolor, o durante el examen se haya visto algún tipo de infección o el paciente padeciera alguna enfermedad grave de importancia como un tumor que se asemejara a cáncer.

6. Análisis de Datos

6.1 Análisis Estadístico:

Descriptivo correlacional.

6.2 Programas a usar

Los análisis estadísticos y los gráficos fueron desarrollados en el programa estadístico Stata 11.0.

6.3 Pruebas Específicas

Para determinar si existe asociación o relación de variables, se empleó el test de independencia basado en rangos (Spearman); para cuando las dos variables eran cualitativas, se utilizó el test Chi-Cuadrado de independencia. Los test señalados permitirán concluir, si corresponde, que existe algún grado de asociación o relación entre las variables; sin embargo, no da información acerca del tipo de asociación existente entre las variables.

7. Calibración de Examinadores y Validación de Construcción de Ficha Dental de examen por profesional idóneo.

Se preparó un equipo de 2 examinadores. Para efectos de normalizar criterios clínicos se realizó la siguiente secuencia de: 1° clase expositiva a los 2 examinadores; 2° evaluación y análisis de variabilidad según Gold Standard y diferencias inter- observadores; 3° corrección y ajuste de parte del profesor guía; 4° re- evaluación para análisis de variabilidad intra- observador e inter- observador. Se aplicó el coeficiente de Kappa, donde se consideraba "óptimo para examinar" aquel que experimente un valor igual o superior al 85%.

La sección de la Ficha de evaluación de las lesiones de la mucosa fue extraída de la ficha de la organización mundial de la salud y revisada por el Doctor Rodrigo Fuentes, docente de la cátedra de Patología Oral.

La sección de la ficha dental de evaluación de la dentición, se extrajo de parte de la ficha de la organización mundial de la salud, sin embargo, algunos parámetros fueron modificados para mejorar la tabulación de los datos.

La sección de la ficha de evaluación periodontal fue revisada por el Doctor Jorge Godoy, docente de la cátedra de Periodoncia.

La sección de la ficha de evaluación protésica fue revisada por el Doctor Gonzalo Ibarrola, docente de la cátedra de Prótesis Fija.

8. Presupuesto y Recursos

8.1 Equipamiento

Como equipamiento fue utilizada una clínica dental en la ciudad de Santiago y una en la ciudad de Viña del Mar.

Se utilizó instrumental de examen como espejo número 5, pinza anatómica, sonda de caries, recipiente para desechos, además se incluyó la sonda periodontal OMS.

Dentro de los materiales de oficina se utilizaron lápices de pasta y grafito, gomas de borrar, corrector y hojas de oficio con las fichas de exámenes.

8.2 Insumos

Los insumos que se utilizaron fueron guantes XS, mascarillas, vasos, motas y tómulas de algodón y toallas de papel desechable para secado de manos.

8.3 Establecimientos

Se trabajó con la Corporación de Miastenia Gravis en Santiago, la cual cuenta con aproximadamente 100 pacientes de todas las edades, los exámenes fueron realizados en una clínica dental facilitada por la doctora Patricia Rocha en Santiago. En la ciudad de Viña del Mar los exámenes se realizaron en una clínica dental facilitada por el doctor Rodrigo Fuentes.

8.4 Financiamiento

El financiamiento de la investigación fue asumido por de las tesisistas Claudia Barría Gallardo, Ailyn Paredes Aracena y por la Corporación de Miastenia Gravis en Santiago.

V. RESULTADOS

Durante el 5 de diciembre al 11 de junio se examinaron 25 personas pertenecientes a la Corporación de Miastenia Gravis, en la ciudad de Santiago y Viña del Mar.

1. Estadística Descriptiva

La edad promedio de los pacientes con Miastenia Gravis es de 34,32 años, con una desviación estándar de 11,94 años. El menor de los pacientes con ésta patología tiene 16 años y el mayor 68 años.

Un 84% de los pacientes son del sexo femenino.

Cabe destacar, que el promedio de edad de las mujeres es de 32,48 años y el paciente de menor edad es mujer, a diferencia del grupo de los hombres que el promedio de edad es de 44 años y donde se encuentra la persona con más edad (ver tabla I).

Tabla I: Frecuencia por sexo y promedio de edad.

Sexo	n	Promedio de edad	Desviación Estándar de edad	Porcentaje
Femenino	21	32,48	10,07	84%
Masculino	4	44,00	17,80	16%
Total	25	34,32	11,94	100%

1.1. Enfermedades Sistémicas.

En la Tabla II, se muestra la frecuencia de las enfermedades que “Sí” presentan los pacientes, por ejemplo, en el caso de las enfermedades genéticas no hay pacientes que la presente, a diferencia de la neurológica y autoinmune que un 100% las presenta, esto se debe a que la Miastenia Gravis cabe en estas categorías.

Tabla II: Frecuencia de Enfermedades Sistémicas.

Enfermedad sistemática	Frecuencia	Porcentaje
Cardiaca	2	8%
Hematológica	1	4%
Digestiva	4	16%
Genética	0	0%
Neurológica	25	100%
Sicosomática	7	28%
Contagiosa	1	4%
Metabólica	3	12%
Dermatológica	1	4%
Autoinmune	25	100%
Oncologica	2	8%

1.2. Descripción de la sintomatología asociada al aparato bucal

La Tabla III Muestra la percepción de los pacientes con respecto a ciertas acciones cotidianas que involucran la cavidad oral y frente a las cuales podrían presentar dificultades en su ejecución. Un 76% de los pacientes con Miastenia Gravis tienen dificultad para lavarse los dientes, a diferencia de retirarse la prótesis removible que es sólo una persona, sin embargo, sólo una persona utilizaba prótesis Removible.

Tabla III: Frecuencia de Dificultad en Salud Oral (n=25).

Salud Oral	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad para Tragar Alimentos sólidos	16	64%
Dificultad para Tragar líquidos	18	72%
Dificultad para Mover la lengua	19	76%
Dificultad para Gesticular y Modular	15	60%
Dificultad para Hablar	16	64%
Dificultad para Lavar los dientes	19	76%
Dificultad para Retirarse Prótesis removible	1	4%

Por otro lado se tiene que un 24 % de los pacientes con Miastenia Gravis dice producir Abundante Saliva y un 68% siente la boca seca.

Tabla IV: Frecuencia de la percepción de la salud oral.

Percepción Salud Oral	Frecuencia	Porcentaje
Buena	3	12%
Buena pero con dudas	2	8%
Mas o Menos	11	44%
Mala	9	36%
Total	25	100%

La Tabla IV presenta el porcentaje de la percepción de salud oral de los pacientes con Miastenia Gravis, y del total de ellos, un 36% percibe que su salud oral es mala, y un 20% encuentra que su salud oral es buena.

1.3 Lesiones en Mucosa Oral

La Tabla V, muestra la frecuencia de las lesiones orales. La más frecuente es la Candidiasis, aún cuando la categoría “ningún estado anormal” fue lo más observado. En total se registraron 32 lesiones, de las cuales en un paciente se podía encontrar más de una lesión. Las lesiones descritas como otro trastorno fueron: Hiperplasia glándulas salivales menores, *morciatum bucarum* y várice en mucosa labial.

Tabla V: Frecuencia de las lesiones de la mucosa oral en el grupo de estudio (n=25).

Lesión	Frecuencia	Porcentaje
Ningún estado anormal	9	28,2
Leucoplasia	1	3,1
Úlcera	5	15,6
Candidiasis	5	15,6
Absceso	1	3,1
Agrandamiento Gingival	3	9,4
Otro Trastorno	5	15,6
No registrado	3	9,4
Total	32	100

1.4 Salud dentaria

En la Tabla VI se muestra el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos. Las personas con Miastenia Gravis, tienen en promedio más dientes obturados y menos dientes perdidos, pero cabe destacar que a pesar que los dientes perdidos en promedio son menos, aparece una persona con 20 dientes perdidos.

Tabla VI: Descripción de los dientes cariados, obturados y perdidos en el grupo de estudio (n=25).

Dientes	Promedio	Desviación Estándar	Mín.	Máx.
Cariados	4,4	3,63	0	13
Obturados	5,8	5,02	0	17
Perdidos	2,6	4,67	0	20

La tabla VII muestra el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos por rango de edad, donde se puede observar que el COP más alto es para el rango de edad de 44 a 65 años que comprende 4 pacientes, mientras que el menor COP está en el rango de edad de 16 a 34 años.

Tabla VII: Índice COP distribuido en rango etario.

Rango de Edad	Personas por Rango de edad	Cariados	Obturados	Perdidos	COP Promedio
16-34	13	4,4	3,63	0	13
35-44	7	2,4	8,4	3	13,9
44-65	4	2,6	4,67	0	20
65- 74	1	5	4	7	16
Total	25	4,4	5,8	2,6	12,88

Como se puede apreciar en la tabla VIII, en el rango de edad de 25 a 44 años, los hombres tienen un porcentaje de dientes cariados de 16,3%, con una prevalencia del 100%; mientras que las mujeres tienen un porcentaje de dientes cariados de 18,5%, con una prevalencia de caries del 75%.

Tabla VIII: Distribución de dientes remanentes, cariados y prevalencia de caries en hombres y mujeres de 25- 44 años.

Sexo	Promedio de dientes Remanentes	Desviación Estándar	Porcentaje de dientes Cariados	Prevalencia de Caries
Hombres	27,5	0,71	16,3%	100%
Mujeres	24,5	6,40	18,5%	75%

Como se puede ver en la Tabla IX los pacientes que necesitan tratamiento de Operatoria son 22, 9 personas necesitan tratamiento de Rehabilitación Oral y 12 pacientes necesitan tratamiento Preventivo.

Los pacientes que tienen que hacerse 3 o más tratamientos son 4, de los cuales, todos deben realizarse un tratamiento de Operatoria, un tratamiento preventivo y un tratamiento de rehabilitación oral.

Utilizando el test de Spearman de independencia se pudo determinar que los dientes obturados, perdidos y cariados entre sí son independientes con un valor-p mayor a 0,05 (Test de Spearman).

Tabla IX: Frecuencia de Necesidad de Tratamiento a nivel dentario.

Necesidad de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Operatoria	22	88%
Preventivo	12	48%
Rehabilitación	9	36%
Cirugía	2	8%
No registrado	1	4%

1.5 Salud Periodontal

El gráfico 1 muestra que los pacientes con Miastenia Gravis en el examen periodontal simplificado (PSR) se clasifican con mayor frecuencia en el “código 2” con un 40% y en total un 84% de los pacientes presenta una categoría igual o superior a 2, mientras que el paciente que se clasifican con el Código 0 representa al 4%.

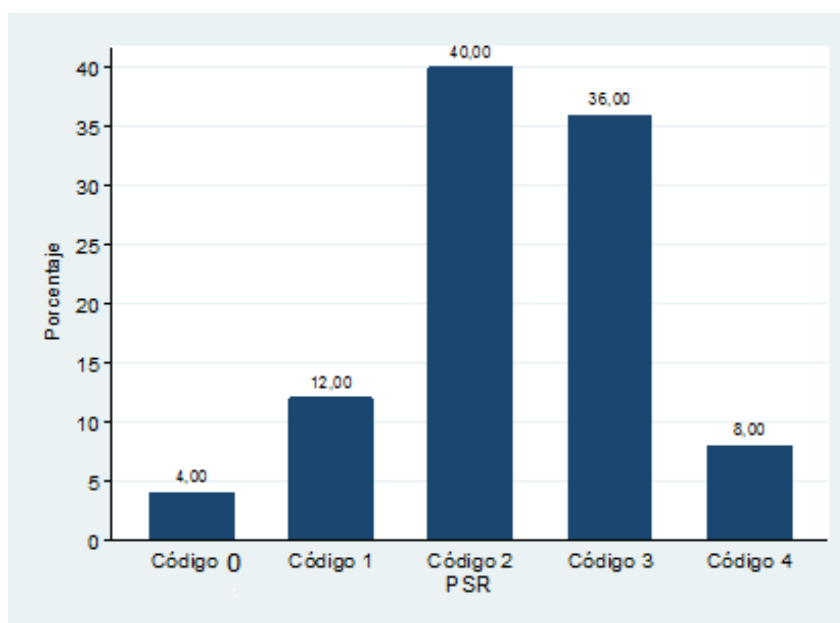


Gráfico 1: Distribución del porcentaje de pacientes con Miastenia Gravis según PSR.

El Gráfico 2 muestra que para la necesidad de tratamiento los pacientes se categorizan con mayor frecuencia en el Código 2 (48%), que quiere decir, instrucción

de higiene, limpieza profesional y remoción de factores retenedores de placa. El tratamiento que menos se necesita es el de “Derivación a Especialista”.

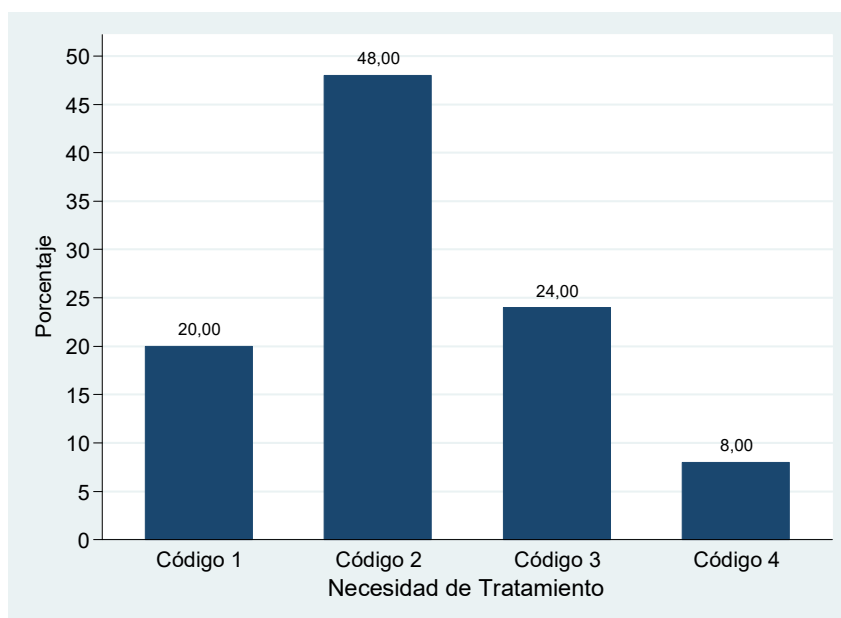


Gráfico 2: Distribución del porcentaje de los pacientes con Miastenia Gravis según su Necesidad de tratamiento.

Por último, el índice de Placa (ver gráfico 3) , muestra que casi un 50% de los pacientes con Miastenia Gravis presentan un índice de placa malo, mientras que sólo 2 persona presentan un índice de placa bueno (8%).

Podemos concluir en la parte descriptiva de la salud periodontal, que los pacientes que padecen Miastenia Gravis, en su gran mayoría presentan como mínimo una categorización de PSR 2, en la que hay sangrado posterior al sondaje y cálculo supra y subgingivales y/o márgenes defectuosos, donde necesitan instrucción de higiene, limpieza profesional y remoción de factores retenedores de placa; y un índice de placa malo.

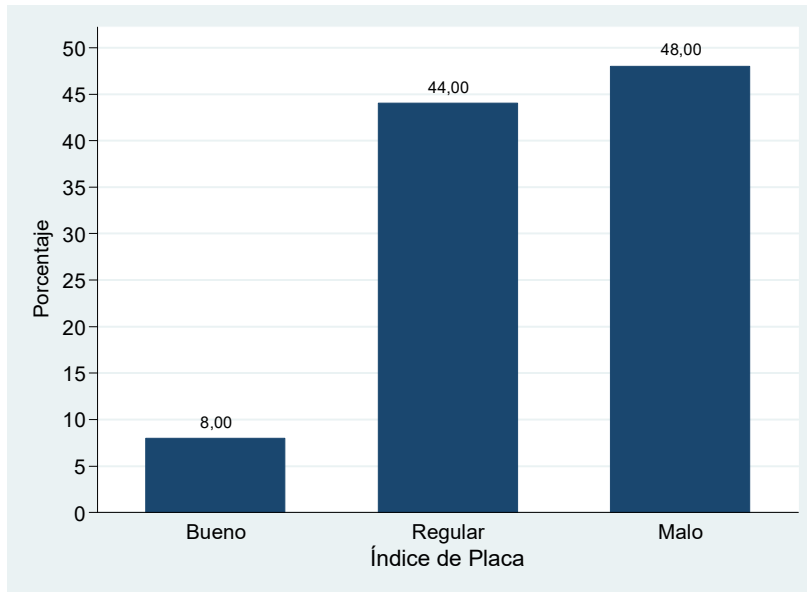


Gráfico 3: Distribución del porcentaje de los pacientes con Miastenia Gravis según su Índice de Placa.

1.6 Alteraciones en Neuromusculatura y Articulación Temporomandibular

Los gráficos 4 y 5 muestran que los pacientes presentan más alteraciones en la neuromusculatura con un 72% (18 pacientes), que en la articulación temporomandibular que tienen un 52% (13 pacientes).

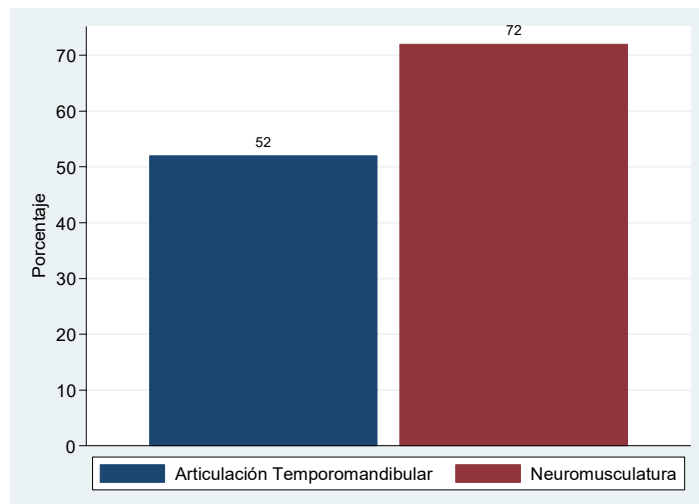


Gráfico 4: Porcentaje de pacientes que presentan alteraciones en la neuromusculatura y articulación temporomandibular.

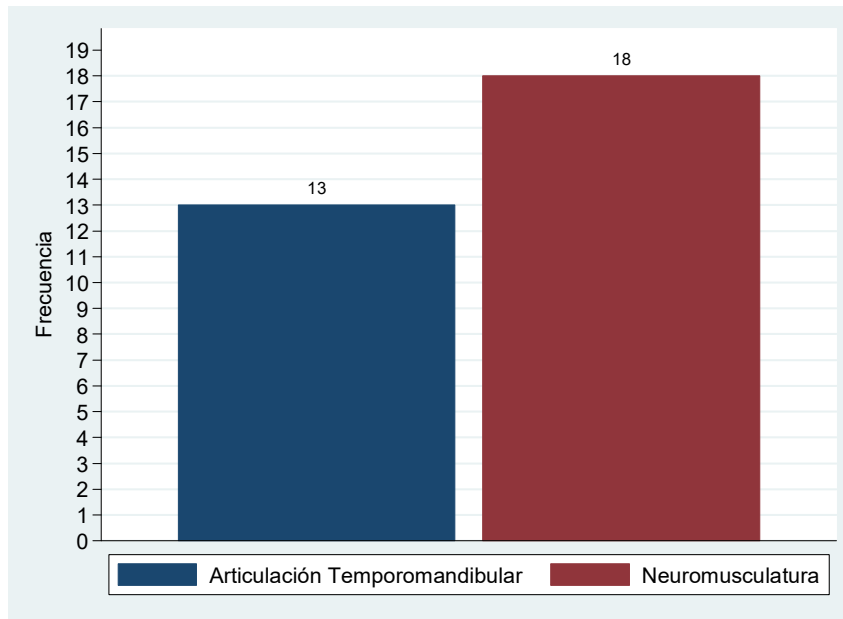


Gráfico 5: Frecuencia de pacientes que presentan alteraciones en la neuromusculatura y articulación temporomandibular.

En la tabla X se puede ver a partir de los pacientes con Miastenia Gravis que la existencia de ambas alteraciones, no presentan relación; lo que se puede ver reflejado con el test de independencia de chi-cuadrado que dio como resultado el no rechazo de la independencia entre las variables (valor-p=0,353), por lo tanto se puede concluir que no existe relación entre las alteraciones en neuromusculatura y la articulación temporomandibular.

Tabla X: Frecuencia de alteraciones en articulación temporomandibular y alteraciones en Neuromusculatura.

ATM	Alteraciones en Neuromusculatura			Total
	Hipertónico	Hipertónico	Otros	
Click	0	1	1	2
Salto	3	3	0	6
Dos o más	0	1	0	1
Crepitación	0	1	0	1
Total	3	6	1	10

Tabla XI: Distribución de la frecuencia de alteraciones en la articulación temporomandibular.

ATM	Frecuencia	Porcentaje
Click	3	12
Salto	7	28
Dolor	1	4
Dos o más	1	4
Crepitación	1	4
Sanos	12	48
Total	25	100

La Tabla XI muestra que el 52% de los pacientes presentan alguna alteración en la articulación temporomandibular.

Lo mismo se hizo con las alteraciones en neuromusculatura, donde de los 25 pacientes un 48% son Hipotónicos (ver tabla XII).

Tabla XII: Frecuencia de las alteraciones en Neuromusculatura.

Neuromusculatura	Frecuencia	Porcentaje
Hipertónico	4	16
Hipotónico	12	48
Otros	2	8
Sanos	7	28
Total	25	100

1.7 Número de fármacos.

El promedio de medicamentos por pacientes con Miastenia Gravis es de 2,54 con una desviación estándar de 1,47. Un paciente llega a consumir 6 medicamentos distintos.

Con el fin de determinar si existe relación entre el número de medicamentos y la salud periodontal se hizo el test de Spearman, el cual dio como resultado los siguientes valores:

Medicamento vs PSR	valor-p=0,6143 rho=0,1084
Medicamento vs necesidad de tratamiento	valor-p=0,7970 rho=0,0554
Medicamento vs índice de Placa.	valor-p=0,9704 rho=0,008

Estos valores muestran que el número de medicamentos con el PSR y la necesidad de tratamiento son independientes, es decir, el tomar más medicamentos no afecta en el PSR y en la necesidad de tratamiento, a diferencia del índice de placa que sí presenta algún grado de asociación.

La Tabla XIII muestra los medicamentos inmunosupresores y los corticoides asociados lesiones orales; lo que se puede ver descriptivamente es que no hay una

tendencia marcada de que un medicamento provoque la aparición de alguna lesión en específico, pero si se puede apreciar, cuáles son las lesiones que sí aparecen al tomar éstos medicamentos. Esto sólo se puede ver mediante estadística descriptiva, ya que no hay un test que relacione estas variables. Se puede decir que las lesiones que aparecen en la tabla están presentes en los pacientes al tomar corticoides, pero no se puede determinar significativamente si existe alguna relación, es sólo una conclusión descriptiva.

Tabla XIII: Tipo de Medicamentos y Lesiones Orales.

Medicamento	Lesión Oral					Total
	Ningún estado anormal	Úlcera	Candidiasis	Agrandamiento Gingival	Otro trastorno	
Prednisona (corticoesteroide)	3	3	2	2	1	11
Deflazacort (corticoesteroide)	1	0	0	0	1	2
Azatioprina (inmunosupresor)	2	0	0	2	1	5
Ciclofosfamida (inmunosupresor)	1	0	0	0	0	1
Total	7	3	2	4	3	19

1.8 Uso de prótesis dental.

Por último se puede ver en los gráficos 6 y 7, que un 20% utiliza prótesis dental, lo que corresponde a 5 pacientes.

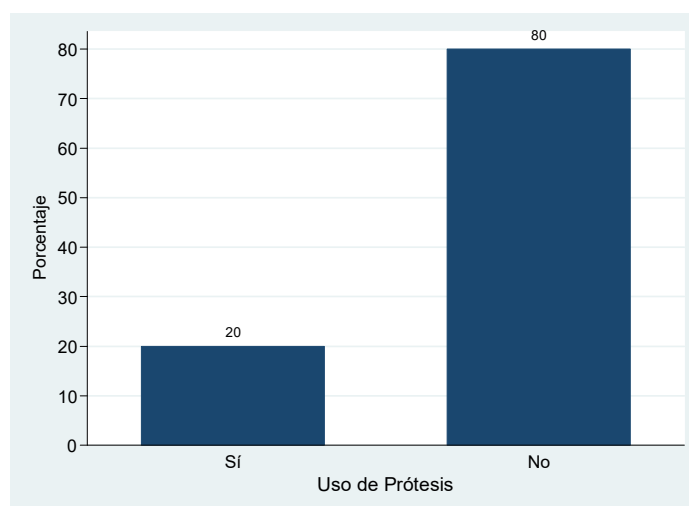


Gráfico 6: Porcentaje de uso de prótesis.

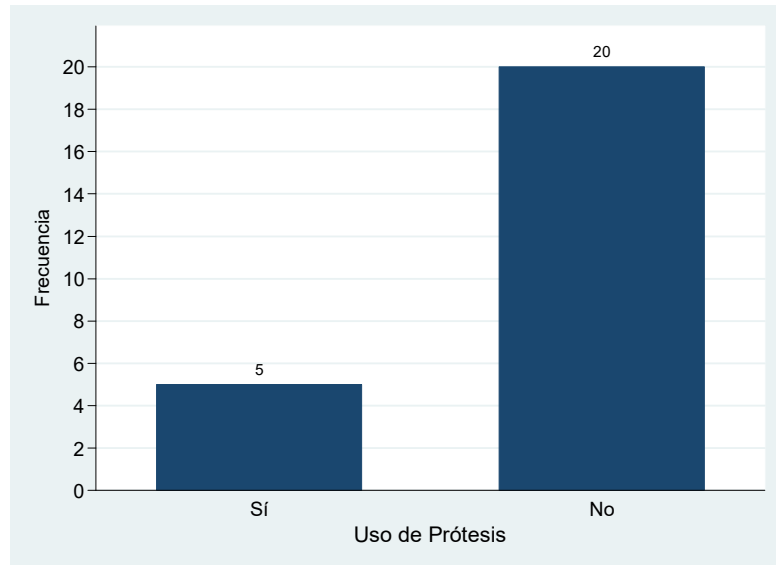


Gráfico 7: Frecuencia de uso de prótesis.

En la tabla XIV, se puede ver que un 36% no necesita ni prótesis superior ni inferior y que un 56% necesita sólo prótesis superior y, el mismo porcentaje, necesita sólo la prótesis inferior.

Tabla XIV: Necesidad de Tratamiento Protésico Superior e Inferior.

Superior	Inferior					Total
	No hay necesidad de Prótesis	Una o más PFU	Una o más PFPI	PR Parcial Superior, inferior o ambas	Combinación de PR y PF	
No hay necesidad de Prótesis	9 (36%)	2 (8%)	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (56%)
Una o más PFPI	4 (16%)	0 (0%)	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (28%)
Combinación de PF	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)
PR Parcial Superior, inferior o ambas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	1 (4%)
PR Total Superior, inferior o ambas.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)
Total	14 (56%)	3 (12%)	6 (24%)	1 (4%)	1 (4%)	25(100%)

La Tabla XV, muestra el número y porcentaje de pacientes con Miastenia Gravis que necesitan tratamiento, de los cuales el 96% requiere tratamiento periodontal; seguido de un tratamiento de Operatoria. El tratamiento menos requeridos por los pacientes con Miastenia Gravis es la Prevención, la Patología oral y la Cirugía.

Tabla XV: Frecuencia para cada una de las Necesidades de Tratamiento del el Uso de Prótesis (n=25).

Necesidad de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Operatoria	21	84%
Periodoncia	24	96%
Rehabilitación Oral	12	48%
Patología Oral	2	8%
Cirugía	3	12%
Prevención	1	4%

VI. DISCUSIÓN

Los estudios odontológicos realizados sobre la Miastenia Gravis son escasos. Entre ellos podemos encontrar reportes de casos, estudio de la función masticatoria y revisiones de literatura. Sosa R.D. y Umerez C. en el 2003, presentan un caso clínico como ejemplo, luego de haber expuesto las características de esta enfermedad y cómo debe enfrentar el profesional odontólogo la atención de los pacientes que padecen MG. Weijnen F.G. y cols, cuyo objetivo fue evaluar la función masticatoria de los pacientes con MG, detectaron alteraciones a nivel de los músculos masticatorios dada a la baja actividad muscular. Yarom N. y Cols, durante el año 2005 publicaron una revisión de distintos artículos sobre la Miastenia Gravis y el manejo odontológico de estos pacientes. Lo mismo hizo Tolle L. en el 2007.

Este estudio a diferencia de los mencionados previamente, busca conocer el estado de salud oral de los pacientes con Miastenia Gravis, ya que no existen antecedentes que considere información de este tipo. Era de nuestro particular interés identificar el impacto de la terapia farmacológica bajo la cual están sometidos y que en la mayoría de los casos es de tipo inmunosupresora. Si bien los resultados obtenidos no muestran una asociación entre la terapia y las lesiones en mucosa oral, creemos que el número de pacientes examinados pudo haber sido insuficiente y que tal vez sería necesario plantearse la misma interrogante frente a una cantidad mucho mayor de enfermos miasténicos.

Con respecto a las lesiones de la Mucosa Oral, Badenier y cols. (2009) realizaron un estudio sobre la situación bucodental de adultos de 35- 44 años pudieron determinar en relación a las lesiones de la mucosa oral, que sólo el 11,7% de los pacientes estudiados presenta lesiones, siendo la más frecuentes las úlceras con un 4,7%, la candidiasis con un 1,4% y el 6,1% identificadas como otras lesiones que agrupan una gran diversidad de lesiones de muy baja frecuencia. Esta información recopilada fue muy parecida a la obtenida en nuestro estudio donde se determinó que la úlcera oral junto con la candidiasis resultaron ser las lesiones que con mayor frecuencia se encuentran en la cavidad oral de los pacientes con Miastenia Gravis, cada una de ellas se observó en un 15,6% de los pacientes. Debemos hacer la salvedad de que ambos estudios sólo coinciden en el orden de presentación de las lesiones, esto significa que si bien en ambos casos las lesiones más comunes eran las úlceras y candidiasis, los resultados no se acercan en lo más mínimo. Y por el contrario se presentan de forma más significativa, en cuanto a frecuencia, en pacientes con MG, que en la población sana. La característica clínica considerada como otros trastornos también obtuvieron un porcentaje de 15,6%, las cuales correspondieron a morsicatum bucarum, hiperplasia de glándulas salivales menores y várice en mucosa labial.

A nivel nacional existe escasa información sobre la prevalencia de patologías en la mucosa oral. Sólo un estudio de prevalencia de lesiones de mucosa realizada en adultos mayores (Espinoza I. y cols. 2003) es el registro más actual, lamentablemente no es posible compararlo con este estudio, ya que en este estudio sólo se examinó a un paciente entre 65-74 años, mientras que en el estudio de

Espinoza se examinaron a 889 adultos de los cuales 560 se encontraban entre los 65-74 años.

Al asociar los medicamentos inmunosupresores utilizados por los pacientes con Miastenia Gravis con las lesiones orales pudimos observar que el agrandamiento gingival es la alteración más común encontrada, seguida por la úlcera y la candidiasis.

La presencia mayoritaria de úlceras orales, podemos atribuirle su aparición a la carga emocional y a la dificultad para lograr una óptima alimentación. Esto pacientes presentan dificultades para tragar alimentos sólidos (64% de los pacientes), tragar alimentos líquidos (72% de los pacientes), al mover la lengua (76% de los pacientes), al gesticular y modular (60% de los pacientes), hablar (64% de los pacientes) y lavarse los dientes (76% de los pacientes). Aspectos tan cotidianos que para estos pacientes muchas veces provoca estrés por las complicaciones que pueden aparecer durante su ejecución. La presencia de las úlceras implica muchas veces limitaciones adicionales para estos pacientes. Ya que no sólo presentan problemas para alimentarse, debido a su patología, sino que también se ve dificultada la alimentación por las incomodidades y el dolor que producen las úlceras. Por esto último, creemos que habría sido útil contar con exámenes complementarios como hemograma, diarios dietéticos, etc; los cuales habrían ayudado a formarnos una idea del tipo de alimentación y el estado nutricional en que se encuentran los pacientes.

Otra lesión observada con frecuencia fueron las candidiasis. Esto podría tener su explicación en la terapia farmacológica bajo la cual se encuentran estos pacientes, ya que los pacientes en los cuales se presenta este tipo de lesión están sometidos a una terapia inmunosupresora intensa. Sin embargo, en este estudio se observó que muchos de los pacientes que utilizaban estos medicamentos no presentaban lesiones relacionadas con el estado de inmunosupresión en que se encontraban. En relación a esto también habría sido de ayuda contar con exámenes complementarios de laboratorio como el hemograma para conocer el real estado de inmunosupresión de los pacientes con MG.

Con respecto al Agrandamiento Gingival, también fue pesquisado en pacientes que se encontraban bajo terapia inmunosupresora. Entre los resultados obtenidos en este estudio, se encontró que existía relación entre el número de medicamentos y el índice de placa. Se observó que a mayor número de medicamentos, mayor era el índice de placa de los pacientes. A partir de esto podríamos inferir que mientras peor sea la condición del paciente en relación a la Miastenia Gravis, menor es su capacidad de higienización, por lo tanto mayor el índice de placa. Una condición más deteriorada a su vez implicaría un mayor uso de medicamentos, por lo que se encontraría con un mayor grado de inmunosupresión. Al combinarse estos factores se darían las condiciones necesarias para la aparición de lesiones como el Agrandamiento Gingival.

En relación a la salud dentaria de los pacientes con Miastenia Gravis, se encontró que en promedio presentan 4,4 dientes cariados, 5,8 dientes obturados y 2,6 dientes perdidos. Si bien, al momento de evaluar la necesidad de tratamiento de los pacientes, inevitablemente se cae en interpretaciones subjetivas, nosotros pudimos observar que el 88% de ellos necesita tratamiento de operatoria, el 48% necesita algún tipo de tratamiento preventivo y el 36% rehabilitación oral. Este aspecto lo estimamos relevante dado a que contribuye a entregar una orientación práctica e inmediata al paciente y grupo en observación.

La mayoría de los estudios epidemiológicos en salud oral se han realizado en niños, adolescentes, adultos mayores y escasamente en población adulta, y, por consiguiente, no se cuenta con estimadores recientes para dicha edad. El principal estudio de referencia en Chile realizado por Gamonal, citado por Badenier y cols (2009), en relación a la caries dental en adultos de 35-44 años de edad reveló que el Índice COPd tuvo un promedio de 25,9 con una distribución de 9,47 piezas cariadas, 6,15 obturadas y 10,34 perdidas, en personas de ingresos bajos y medios en zonas urbanas en Santiago. Al revisar los resultados de COP obtenidos en nuestro grupo de estudio podemos indicar que el promedio de COP para el rango de edad de 35-44 años de nuestros pacientes fue de 13,9; donde los cariados fueron en promedio 2,4, obturados 8,4 y perdidos 3, lo cual es muy menor a lo obtenido por Gamonal.

La encuesta nacional de salud de 2003, incluyó un examen de Salud Oral en el grupo de 25 a 44 años con los siguientes hallazgos: media de dientes remanentes en hombres 25,3; en mujeres 24,8; y ambos 25,1. La prevalencia de caries en hombres fue de 77,7%, en mujeres de 73,5%, y en ambos de 75,5% (Badenier y cols., 2009). Al comparar nuestros resultados con los obtenidos por la encuesta podemos decir que se encuentran levemente por encima de los obtenidos en la encuesta. Lo observado en este estudio fue que el rango de edad de 25 a 44 años corresponde al 56% de los pacientes en estudio, donde la media de dientes remanentes fue en hombres de 27,5; en mujeres 24,5; y en ambos 26. El promedio de dientes cariados en relación a los dientes remanentes para los hombres fue de 16,3; para las mujeres 18,6 y para ambos de 17,45. Donde presentó caries un 100% de los hombres y el 75% de las mujeres en el rango de edad de 25 a 44 años. Estos resultados son superiores a los observados en la encuesta de salud de 2003.

Badenier y cols. (2009) en su estudio sobre la situación bucodental de los adultos encontraron que en el tramo de edad de 35-44 años los dientes sanos corresponden a 14,4 por persona, a diferencia del historial de caries medido en términos del índice COP que fue de 13,1 por persona, de modo tal que se observa un cierto equilibrio entre dientes sanos y dientes con historial de caries. Los datos obtenidos por nosotros arrojan un resultado de 15,5 dientes sanos por persona, mientras que el índice COP fue en promedio de 13,9 por persona; por lo que no se alejan del todo de los resultados obtenidos por Badenier.

La composición del índice COP refleja una importante atención dental en este grupo de edad (35- 44 años), pues en promedio existen 5,1 dientes por persona obturados y 4,8 dientes por persona perdidos según Badenier y cols.(2009). Nuestro

estudio reflejó que el promedio de dientes obturados fue de 5,8 en este grupo de edad y el de dientes perdidos correspondió al 2,6, presentando en este rango una amplia diferencia presuntamente debido al escaso número de pacientes que se presenta en este rango de edad.

En el estudio de Badenier y cols. (2009) el 20% de la muestra presenta ausencia de caries y sólo el 9,9% de las personas no tiene dientes perdidos. En el rango de edad de 35 a 44 años de edad de nuestro estudio se obtuvo una ausencia de caries de 28,5%; y el 71,4% de los pacientes no presentó dientes perdidos.

Los valores encontrados en nuestro estudio, respecto al historial de caries presentan diferencias relativamente bajas en relación a los escasos referentes señalados en la bibliografía para el tramo de edad de 35-44 años.

A partir de los escasos estudios realizados a nivel nacional con respecto al estado de salud bucal de los chilenos, podemos decir que nuestro estudio presenta resultados muy parecidos a los obtenidos por Badenier y cols. (2009), y la encuesta nacional de salud (2003).

Según Badenier y cols. (2009) a nivel nacional la prevalencia de daño periodontal correspondió a 90,89% para adultos de 35 a 44 años, que se distribuyó según nivel socioeconómico en un 56% en estratos altos, un 98% en medios y un 100% en bajos. En relación a la enfermedad periodontal el 96% de la población de 35-44 años presenta algún signo de ella. Según los datos obtenidos en nuestra investigación con el análisis PSR, podemos decir que el 100% de los pacientes en el rango de edad de 35- 44 años presenta algún daño a nivel periodontal donde un 14,2% presenta código 1, 42,8% código 2 y un 42,8% código 3. Para el rango de edad de 65- 74 años la prevalencia fue de 100%. Estos resultados se asemejan aun más a los resultados obtenidos por Gamonal donde la prevalencia de enfermedad periodontal en los individuos de 35-44 años fue de 98,78%, y de 100% en los individuos de 65-74 años.

Con respecto a la salud periodontal de los pacientes con Miastenia Gravis pudimos evaluar que un 40% de los pacientes se encuentra catalogado dentro del código 2 del examen periodontal simplificado, lo que corresponde a sangrado posterior al sondaje y cálculo supra y subgingival y/o márgenes defectuosos. Se encontró al igual, que un 84% de los pacientes presenta una categoría igual o superior a 2. Al evaluar la necesidad de tratamiento pudimos determinar que un 48% de los pacientes necesita tratamiento periodontal tipo 2, es decir, instrucción de higiene, limpieza profesional y eliminación de factores retenedores de placa. Al evaluar el índice de placa se pudo observar que un 48% de los pacientes presenta un índice de placa malo.

Al evaluar la necesidad de tratamiento de los pacientes con Miastenia Gravis encontramos que la Periodoncia es el tratamiento más necesitado, ya que el 96% de ellos lo requiere; seguido de un tratamiento de Operatoria.

Gamonal en su estudio de prevalencia de enfermedades periodontales obtuvo que la prevalencia total de individuos desdentados totales fue de 7,21%. Un 33,84% de los individuos de 65-74 años eran desdentados totales. La prevalencia de individuos desdentados parciales fue 28,10%. Un 48,06% de los individuos de 65-74 años era desdentado parcial, diferencia que fue significativa comparada con el 24,60% del grupo de 35-44 años. Los datos obtenidos en nuestra investigación mostraron que el 100% de los pacientes entre 65- 74 años eran desdentados parciales; sin embargo, el resultado no es relevante ya que tenemos sólo un paciente en esta categoría. Entre los individuos de 35 a 44 años se pudo observar que el 28,5% de los pacientes son desdentados parciales, lo que puede asimilarse con los resultados obtenidos por Gamonal.

Al observar el uso de prótesis dental pudimos determinar que un 80% de los pacientes examinados no utiliza prótesis. Cuando evaluamos la necesidad de algún tratamiento de tipo protésico pudimos encontrar que el 56% de los pacientes necesita sólo prótesis inferior y que el 56% de los pacientes necesita sólo algún tipo de prótesis superior.

En relación a la prevalencia de alteraciones de las articulaciones temporomandibulares podemos decir que difieren entre los estudios, probablemente debido a las variaciones de la metodología y definiciones. Las diferentes metodologías, se cree, que sea una de las razones por los desacuerdos frecuentes entre los investigadores, forzando conclusiones vagas e inciertas en la mayoría de los casos (Cerdeja y cols, 2007).

Según Schiffman citado por Cerdeja y cols. (2004) la prevalencia de signos en la ATM varía de 1% a 75%. El 45% de la población refiere al menos un síntoma asociado a TTM, mientras que un 58% refiere por lo menos un signo clínico. Lo que difiere de Grau y cols. los que concluyeron que aproximadamente el 80% de la población general tiene al menos un signo clínico de esta disfunción.

La franja etaria predominante es entre los 20 y 40 años; otros autores señalan que la mayor incidencia de afectación se encuentra entre los 21 a 30 años. Sin embargo. Hay quienes exponen no haber encontrado diferencias importantes entre los distintos grupos de edades (Grau y cols., 2005).

En relación a nuestro estudio pudimos determinar que un 52% de los pacientes presenta algún signo clínico en la Articulación Temporomandibular. Lo que podría asimilarse al 58% obtenido por Schiffman; sin embargo, como se dijo previamente la información en relación al tema es escasa y contradictoria; más aun cuando se trata de pacientes con Miastenia Gravis.

Al realizar un análisis de las alteraciones de neuromusculatura y las articulaciones temporomandibulares de los pacientes con Miastenia Gravis participantes de esta investigación pudimos determinar que un 72% de los pacientes con Miastenia Gravis tiene alteraciones en la neuromusculatura, siendo la hipotonía la más frecuente; y que un 52% de los pacientes presenta alteraciones en las

articulaciones temporomandibulares, siendo la más común el salto articular; sin embargo al realizar una asociación entre ellas, encontramos que no hay ninguna relación estadística entre ambas alteraciones.

Los trastornos de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1 (Grau y cols., 2005). Este dato es muy interesante, porque los estudios precisan que las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años presentan disfunción craneomandibular con más asiduidad (Grau y cols., 2005). Al parecer, la condición estrogénica de las mujeres hace que este grupo de población sea uno de los más afectados aunque deben darse otros factores de oclusión y parafunción (Grau y cols., 2005). Con esta información podríamos decir que la alta cantidad de alteraciones en la ATM pueda deberse a la alta cantidad de mujeres que fueron examinadas (84%) en comparación a los hombres.

Dentro de los factores etiológicos de los trastornos temporomandibulares estudiados por Grau y cols., fueron los de origen multifactorial, donde aparecen como las principales causas las interferencias oclusales, parafunciones e incompatibilidades estructurales de la ATM, y aunado a todo esto, un factor psicológico- social desencadenante o agravante: el estrés. Este importante factor puede verse potenciado en los pacientes con Miastenia Gravis, los que se ven enfrentados a numerosos problemas físicos propios de la enfermedad, dificultades sociales en las que tienen que superar los numerosos prejuicios que tiene la gente con ellos y psicológicos en los que tienen que convivir con una grave enfermedad.

Como ya mencionamos estos pacientes presentan problemas para efectuar algunas tareas cotidianas. Una de ellas, que adquiere gran importancia para este estudio y que ayuda a explicar ciertos resultados, es la dificultad para lavarse los dientes. Esto lo relata un 76% de los pacientes y se produce con mayor frecuencia en la noche ya que con el paso del día la musculatura de estos pacientes se agota por lo que muchas veces a pesar de tener las ganas y el interés por su higiene oral no pueden porque su musculatura no responde. Muchos de los pacientes relataron que frente a la imposibilidad de higienizarse, utilizaban enjuagatorios, ya que pensaban que de esta forma podían contribuir a su higiene. Al tener en cuenta esta dificultad, se vuelve de alguna forma comprensible que presenten un índice COP elevado y un código PSR igual o superior a 2.

Estos pacientes están conscientes de su estado y tienen una percepción de ella entre mala y regular. A pesar de esto, ninguno de ellos ha ido a una consulta odontológica en mucho tiempo, ya que el estrés que significa para ellos la asistencia odontológica podría en el peor de los casos, y si el paciente no maneja de forma adecuada su enfermedad, terminar en una crisis respiratoria que llevaría al paciente a una hospitalización prolongada. Sin embargo el problema no sólo es el temor del paciente sino también el desconocimiento de los profesionales odontológicos, lo cuales por no entender qué es la Miastenia Gravis ni las precauciones que se debe tener al atender a quienes la padecen, se niegan a prestar asistencia a estas personas. Pese a la motivación inicial de estos pacientes, al enfrentarse a las

continuas negativas de asistencia, cesan en su búsqueda y se resignan a vivir con una salud oral disminuida.

En la realización de esta investigación tuvimos algunas dificultades operativas que intentamos superar a lo largo del desarrollo del trabajo:

- La Corporación de Miastenia Gravis tiene un registro de pacientes que presentan esta enfermedad, sin embargo, el acceso a ellos se torno complejo debido al tiempo para realizar los exámenes, el cual era sólo una vez a la semana. Los pacientes al tener esta enfermedad presentan en estadios avanzados, cierto grado de incapacidad física lo que pudo repercutir en el hecho de no acceder a los lugares donde fueron realizados los exámenes. Los pacientes pertenecientes a la corporación no sólo son oriundos de la región metropolitana, sino que también hay pacientes de las distintas regiones del país, a los cuales no pudimos examinar, a excepción de algunos pacientes de la región de Valparaíso con los que pudimos comunicarnos. Todos los pacientes tenían derecho a no participar en la investigación, al no sentirse motivados o comprometidos con el tema, por lo que disminuía la cantidad de sujetos para la investigación.

- En la Corporación hay aproximadamente 100 pacientes inscritos, de los cuales pudimos examinar a 25, que corresponde a alrededor de un 25%.

- Al comenzar la investigación de la enfermedad Miastenia Gravis, nos dimos cuenta que los estudios odontológicos son prácticamente inexistentes y por lo tanto, no pudimos comparar nuestros resultados con ningún estudio anteriormente realizado en estos pacientes en el área dental.

- Otro aspecto importante fue la no coincidencia de los rangos etarios, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos encontrados por no decir la totalidad, utilizan rangos etarios de 35-44 años 65-74 años y niños de 12 o 6 años. Se carece de información sobre el estado de salud oral de adultos jóvenes nacionales en el rango de edad de 18 a 34 años; el haber podido contar con ella nos hubiese permitido comparar de mejor manera los datos obtenidos con el estado de salud oral a nivel nacional. Esto hace que la cantidad de pacientes examinados en este estudio en su mayoría se encuentren fuera de estos rangos, sólo el 28% (7 pacientes) están entre los 35-44 años y un 4% (1 paciente) en el rango de los 65-74 años, mientras que 52% (13 pacientes) pertenecen a un rango poco estudiado que va desde los 16-34 años y un 16% (4 pacientes) pertenecen al rango de los 45-64 años, de los cuales tampoco hay publicaciones.

- Entre las limitaciones más relevantes que coincide con el estudio de Badenier et al., está el hecho de la desproporción entre hombres y mujeres, debido a que los hombres se resisten frecuentemente a ser examinados y encuestados. Lo que también se condice con lo ocurrido en nuestro estudio.

Es importante destacar la relevancia de nuestra investigación ya que se posiciona como pionero en el estudio de la necesidad de tratamiento oral en los pacientes con Miastenia Gravis. Lo que puede crear los cimientos en los que se

pueden respaldar futuras investigaciones, y aumentar el conocimiento prácticamente nulo que hay en relación a la salud oral de estos pacientes.

VII. CONCLUSIONES

1. En relación a la frecuencia de lesiones en mucosa oral de pacientes con MG, se puede concluir que la mayoría de los pacientes presenta alguna alteración en la mucosa oral. Dentro de las lesiones observadas con mayor frecuencia encontramos la Candidiasis y Ulceras Orales.
2. En cuanto al estado de salud dentario de pacientes con MG, podemos concluir que presentan un Índice COP alto. Esto concuerda con los escasos estudios realizados en población chilena sana.
3. Con respecto al estado de salud periodontal de los pacientes con Miastenia Gravis, podemos concluir que la mayoría presenta una pobre higiene oral y que la necesidad de tratamiento consistía en una instrucción de higiene, limpieza profesional y remoción de factores retenedores de placa
4. Con respecto a las alteraciones en Neuromusculatura y Articulación Temporomandibular en pacientes con Miastenia Gravis, podemos concluir que son más frecuentes las alteraciones neuromusculares, siendo la hipotonía muscular la más observada; y de las alteraciones en la articulación se presenta en un alto porcentaje el salto articular.
5. En relación al número de medicamentos utilizados por pacientes con Miastenia Gravis, podemos concluir que estos sólo se relacionan con el índice de placa de estos pacientes, a mayor número de fármacos, mayor es el índice.
6. La mayoría de los pacientes examinados no presentaba tratamiento rehabilitador, sin embargo un alto porcentaje de ellos, sí requieren algún tipo de tratamiento protésico
7. De los datos obtenidos en esta investigación podemos concluir que los pacientes con Miastenia Gravis requieren principalmente atención odontológica de tipo Periodontal, seguida de Operatoria y Rehabilitación Oral.

VIII. SUGERENCIAS

Consideramos que debería aumentarse el número total de pacientes examinados para darle mayor significancia a los resultados obtenidos. Recomendamos realizar más estudios en este tipo de pacientes, ya que la bibliografía es muy escasa y más aun, no se han realizado estudios completos de la salud bucal de los pacientes con Miastenia Gravis con los cuales podamos comparar la necesidad de tratamiento de ellos a nivel mundial.

IX. RESUMEN

Antecedentes: La Miastenia Gravis (MG) es un desorden neuromuscular autoinmune caracterizado por debilidad muscular, fluctuante e indolora. Es causado por anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos post-sinápticos de acetilcolina (AChRs), dificultando la transmisión neuromuscular.

Objetivo: Describir el estado de Salud Oral y la necesidad de tratamientos de paciente que padecen MG pertenecientes a la corporación MG de Chile.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo correlacional en 25 pacientes pertenecientes a la Corporación de Miastenia Gravis en la ciudad de Santiago de Chile; los documentos para la recolección de datos fueron: una encuesta sobre la información médica, una ficha clínica de anamnesis y una ficha de evaluación bucodental.

Resultados: Las lesiones más frecuentes en la mucosa oral fueron la úlcera y la candidiasis. En relación al análisis de la dentición los pacientes tienen en promedio 4,4 dientes cariados, 5,8 obturados y 2,6 perdidos. Con respecto a la salud periodontal podemos decir que un 86% presenta un índice de PSR igual o superior a 2.

Conclusiones: En cuanto al estado de salud dentario de pacientes con MG concluimos que presentan un Índice COP alto. Con respecto al estado de salud periodontal de los pacientes pudimos concluir que la mayoría presenta una pobre higiene oral. De los datos obtenidos podemos concluir que los pacientes con MG requieren principalmente atención odontológica de tipo Periodontal, seguida de Operatoria y Rehabilitación Oral.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badenier O, Cueto A, Mariño R, Acevedo R (2009). Situación de Salud Bucodental y algunos Factores de Riesgo en Adultos de 35 a 44 años de la Región de Valparaíso. *Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso* Vol.4, n°1, 1103-1108.
2. Beiro R., Vidal I., Vidal M^a C., y Orgeira J. (2002). *Factores predisponentes locales de la candidiasis oral*. *Medicina General* 40, 24- 27.
3. Boraks S. (2004). *Diagnóstico Bucal* (1^a ed.). Sao Paulo: Artes Médicas Ltda.
4. Brown P., Nicolini R., y Onetto J. E. (1991). *Caries*. Chile; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
5. Carranza F., Newman M., y Takei H. (2004). *Periodontología Clínica* (9^a ed.). México: McGraw Hill.
6. Cerda G., Finsterbusch M. (2004). Variaciones Clínicas de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares posterior a la exodoncia de terceros molares inferiores. Tesis para postular al grado de Cirujano Dentista, *Universidad de Valparaíso, Facultad de Odontología, Escuela de Odontología*.
7. Conti-Fine B.M., Milani M., y Kaminski J. (2006). Myasthenia gravis: past, present and future. *The Journal of Clinical Investigation*, vol. 16 n°11, 2843-2854.
8. de la Rosa García E., Mondragón-Padilla A., Irigoyen-Camacho M.E., Bustamante- Ramirez M.A. (2005). Lesiones bucales en un grupo de pacientes con trasplante renal. *Medicina y Patología Oral*, 10, 196-204.
9. Espinoza I-Rojas R.- Aranda W.- Gamonal J. (2003). Prevalence of oral mucosal lesions in edarly people in Santiago,chile. *Oral Pathology & Medicine*, vol. 32 n° 10, 571-575.
10. Gamonal JA (1996). Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Tesis para postular al grado de Magister en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. *Rev. Fac. Odont. Univ. De Chile/Vol. 14 n°1, 56-57*.
11. Gargófaló-Gómez N., Sardiñas- Hernández N., Vargas-Días, Rojas-Massipe E., Novoa-López L. (2002). Miastenia grave en la infancia: Presentación de 12 casos. *Revista de Neurología*, 34 (10), 908-911.

12. Grau I., Fernández K., González G., Osorio M. (2005). Algunas consideraciones sobre los trastornos Temporomandibulares. *Rev. Cubana Estomatol*, 42(3)
13. Howard F.J. (Ed.).(2008). *Myasthenia Gravis A manual for the Health Care Provider*, 1st. Edition.
www.myasthenia.org/docs/MGFA_ProfessionalManual.pdf.
14. Jaretzki III A., Barohn R.J., Ernstoff R.M., Kaminski H.J., Keeseey J.C., Penn A.S., y Sanders D.B. (2000). Myasthenia gravis: Recommendations for clinical research standars. *Neurology*, 55, 16-23.
15. Laskaris G. (2001). *Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes* (1^a ed.). Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana.
16. Longui C.A. (2007). Glucocorticoid therapy: minimizing side effects. *Jornal de Pediatria*, 83 (5 suppl), S163-171.
17. Martínez B. (2009). *Patología Oral*.
<http://patoral.umayor.cl/>
18. Mashberg A., y Samit A. (1995). Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamous cancers. *CA Cancer J Clin* 45, 328.
19. Nagaishi A., Yukitake M., y Kuroda Y. (2008). *Long-term Treatment of Steroid-dependent Myasthenia Gravis Patients with Low-dose Tacrolimus*. *Internal Medicine*, 47, 731-736.
20. Okeson J.P. (2008). *Tratamiento de Oclusión y afecciones Temporomandibulares* (6ta ed.). Barcelona: Elsevier S.L.
21. Pascuzzi R.M. (2007). *Medications and Myasthenia Gravis (a reference for health care professionals)*.
http://www.myasthenia.org/docs/MGFA_MedicationsandMG.pdf
22. Perez- Nellar J., Domínguez A.M., Llorens-Figueroa J.A., Ferrá-Betancourt A., Pardo A., Quiala M. y Gali Z. (2001). Estudio comparativo entre inmunoglobulina intravenosa y plasmaferesis en el perioperatorio de la miastenia gravis. *Resvista de neurología*, 33 (5), 413-416.
23. Rawoot A., Little F., Heckmann M.J. (2006). Risk of malignancy in myasthenia gravis patients exposed to azathioprine therapy for a media period of 3 years. *South African Medical Journal*, vol. 96, n°12, 1249-1251.
24. Sapp J.P., Eversole L.R., Wysocki G.P. (2005). *Patología Oral y Maxilofacial contemporánea* (2a ed.). Madrid: Elsevier España, S.A.

25. Sasakura Y., Kumasaka S., Takahashi T., Shindo J. (2000). Myasthenia gravis associated with reduced masticatory function. *International Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 29, 381-383.
26. Sathasivam S. (2008). Steroids and immunosuppressant drugs in myasthenia gravis. *Nature Clinical Practice, Neurology*, vol. 4, n°6, 317-327.
27. Sencherman de Savdie G., Echeverri E. (1997). *Neurofisiología de la Oclusión* (2ª ed.). Colombia: Ediciones Monserrate Ltda.
28. Shah S.K. y Gecys G.T. (2006). Prednisone-induced osteoporosis: An overlooked and undertreated adverse effect. *Journal of American Osteopathic Association*, Vol. 16, n°11, 653-657.
29. Sosa R.D. y Umerez C. (2003). Consideraciones Odontológicas en la Miastenia Grave. *Acta Odontológica Venezolana*, Vol. 41, n°2. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/2/miastenia_grave.asp
30. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2005). *Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes fundamentos y guía práctica vol2*, (1ed.). Madrid: Médica Panamericana.
31. Suárez G.A. (1999). Miastenia gravis: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 29 (2), 162-165.
32. Suarez-Figueroa M., Contreras I., y Noval S. (2006). Efectos Secundarios de la Triamcinolona en pacientes jóvenes. *Archivos de la Sociedad Española de oftalmología*, 81, 405-408.
33. Téllez-Zenteno J.F., García-Ramos G., Garduño-Espinoza J. Weder-Cisneros N., Estañol-Vidal B., Domínguez-Fonseca C., Villegas O., Plascencia N., Corona V., Calva-Mercado J. (2001). Pruebas diagnósticas en miastenia gravis. Conformación de un estándar diagnóstico mediante método de consenso. *Revista de Neurología*, 33 (9), 825-832.
34. Tolle L. (2007). Myasthenia Gravis: A review for Dental Hygienists. *Journal of Dental Hygiene*, vol. 81, n°1, January.
35. Weijnen F.G., van del Bilt A., Kuks J.B.M., van der Glas H.W., Oudenaarde I., Bosman F. (2002). Masticatory performance in patients with myasthenia gravis. *Archive of Oral Biology*, 47, 393-398.
36. Yarom N., Barnea E., Nissan J., Gorsky M. (2005). Dental Management of patients with myasthenia gravis: A literature review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, end Endodontology*, vol.100, n°2, 158-163.

ANEXO 1

**Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología**

Dr. Villaseñor
Presidente del Comité de Ética Universidad de Valparaíso

De nuestra consideración:

En el marco del desarrollo de los trabajos de Tesis de Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso 2009 y 2010, es de nuestro interés llevar a cabo una investigación científica en pacientes con Miastenia Gravis de la región Metropolitana y de Valparaíso.

En esta investigación buscamos objetivar la necesidad de tratamiento odontológico de los pacientes con la patología anteriormente mencionada, a través de un examen clínico que consta de una ficha de anamnesis general y una oral específica.

En el proceso de recolección de datos de este trabajo de investigación se protegerá la integridad de los pacientes a estudiar según la Ley N° 20.120. Especificando que:

Según el Artículo 1º, se protegerá la vida, diversidad e identidad; en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas.

Según el Artículo 2º, se respetarán los derechos y libertades esenciales que emanan de la naturaleza humana, reconocidos en la Constitución Política como en los tratados internacionales.

Según el Artículo 10º, todos los exámenes serán realizados por personas capacitadas en la materia a estudiar, previa autorización del director del establecimiento dentro del cual se efectuará.

Según el Artículo 11º, todo sujeto de estudio deberá aceptar el examen mediante un consentimiento previo, expreso, libre e informado. Se les proporcionará la información adecuada, suficiente y comprensible sobre la investigación. Se hará especial mención del derecho que tienen de no autorizar la investigación o de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. El consentimiento será nuevamente solicitado cada vez que los términos o condiciones en que se desarrolle la investigación sufran modificaciones, salvo que éstas sean consideradas menores por el Comité Ético Científico.

Agradeciendo desde ya su atención, les saluda cordialmente

Srta. Claudia Barría G.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Ailyn Paredes A.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés
Profesor Auxiliar Cátedra de Patología
Docente Guía Tesis de Grado
Facultad de Odontología- Universidad de Valparaíso

Valparaíso, Noviembre 2009.

ANEXO 2

**Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología**

Soledad Tapia.
Dirección Corporación Miastenia Gravis.

De nuestra consideración:

En el marco del desarrollo de los trabajos de Tesis de Grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso 2009 y 2010, es de nuestro interés llevar a cabo una investigación científica en pacientes con Miastenia Gravis de la región Metropolitana y de Valparaíso.

En esta investigación buscamos objetivar la necesidad de tratamiento odontológico de los pacientes con la patología anteriormente mencionada, a través de un examen clínico que se llevará a cabo en vuestra corporación.

Por medio de la presente, es que solicitamos su autorización y cooperación para el desarrollo de esta investigación, a través del acceso a los pacientes que a ustedes acuden. Estos pacientes serán llamados y consultados para determinar si desean ser examinados, sin costo alguno para ellos.

Nuestra intención es poder llegar a compartir los resultados de esta investigación con todos aquellos pacientes que padezcan esta patología, para que de esta manera se pueda evaluar tempranamente la necesidad de tratamiento odontológico que requieren.

Agradeciendo desde ya su atención y cooperación, les saluda cordialmente

Srta. Claudia Barría G.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Ailyn Paredes A.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés
Profesor Auxiliar Cátedra de Patología
Docente Guía Tesis de Grado
Facultad de Odontología- Universidad de Valparaíso

Valparaíso, Noviembre 2009.

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Tesis: Estado de Salud Bucal en pacientes con Miastenia Gravis. Estudio Transversal.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la necesidad de tratamiento odontológico de pacientes con Miastenia Gravis, a través de un examen clínico que consta de una ficha de anamnesis general y una oral específica, en la cual se examinará detalladamente la cavidad oral en busca de alteraciones o enfermedades.

El examen no reviste riesgos ni costo alguno para usted.

Gracias a este examen usted podrá saber su situación actual de salud bucal, y en caso de existir alguna alteración ésta le será informada y se le recomendará un tratamiento a seguir.

En caso de ser dañado físicamente como resultado del estudio, la atención y el tratamiento médico serán proporcionados bajo la responsabilidad médica y legal del investigador o médico responsable que firma este consentimiento.

La información obtenida se mantendrá en absoluta confidencialidad por parte de los investigadores, a menos que la identidad sea solicitada por ley.

En caso de dudas o consultas usted se podrá comunicar directamente con los investigadores a los teléfonos: 76481929 de Claudia Barría ó 93037036 de Ailyn Paredes, o en caso contrario al Comité de Ética que aprobó el estudio, teléfono: _____.

Usted podrá retirarse en cualquier momento que lo desee del estudio sin que esto lo perjudique de alguna manera en una atención profesional futura.

Nombre: _____
RUT: _____

En este examen la alumna Claudia Barría o Ailyn Paredes, previo análisis de mis antecedentes y datos de la historia clínica, me realizará un examen extraoral e intraoral para verificar si existe alguna alteración asociada a la enfermedad que padezco, la cual es Miastenia Gravis. En caso de existir alguna patología me hablará del (los) tratamiento (s) o procedimientos (s) que yo tendría que realizar para solucionar el problema.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la

selección de tratamientos. Así como si decido no realizar los exámenes sugeridos, o no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del Dr. o la alumna, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Dejo constancia que el investigador conversó conmigo, me explicó en que consiste el estudio y mi participación en el, tuve la posibilidad de aclarar mis dudas; y tomo la decisión de participar libremente y sin ningún tipo de presiones.

Firma _____
Ciudad _____
Fecha y Hora _____

Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés
Profesor Auxiliar Cátedra de Patología
Docente Guía Tesis de Grado
Facultad de Odontología- Universidad de Valparaíso

Srta. Claudia Barría G.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Ailyn Paredes A.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Soledad Tapia
Dirección Corporación Miastenia Gravis

Dr. _____
Dirección _____ Hospital

Revocatoria

Firma del paciente o responsable legal _____

*Los Materiales y Métodos de la Investigación podrán ser leídos en la Corporación de Miastenia Gravis.

ANEXO 4

Consentimiento Informado para Padres o Responsable Legal

Tesis: Estado de Salud Bucal en pacientes con Miastenia Gravis. Estudio Transversal.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la necesidad de tratamiento odontológico de pacientes con Miastenia Gravis, a través de un examen clínico que consta de una ficha de anamnesis general y una oral específica, en la cual se examinará detalladamente la cavidad oral en busca de alteraciones o enfermedades.

El examen no reviste riesgos ni costo alguno para su hijo (a).

Gracias a este examen usted podrá saber la situación actual de salud bucal de su hijo (a), y en caso de existir alguna alteración ésta le será informada y se le recomendará un tratamiento a seguir.

En caso de ser dañado físicamente como resultado del estudio, la atención y el tratamiento médico serán proporcionados bajo la responsabilidad médica y legal del investigador o médico responsable que firma este consentimiento.

La información obtenida se mantendrá en absoluta confidencialidad por parte de los investigadores, a menos que la identidad sea solicitada por ley.

En caso de dudas o consultas usted se podrá comunicar directamente con los investigadores a los teléfonos: 76481929 de Claudia Barría ó 93037036 de Ailyn Paredes, o en caso contrario al Comité de Ética que aprobó el estudio, teléfono:

_____.

Usted podrá retirar a su hijo (a) en cualquier momento que lo desee del estudio sin que esto lo perjudique de alguna manera en una atención profesional futura.

Nombre: _____

RUT: _____

En este examen la alumna Claudia Barría o Ailyn Paredes, previo análisis de los antecedentes de mi hijo (a) y datos de la historia clínica, le realizará un examen extraoral e intraoral para verificar si existe alguna alteración asociada a la enfermedad que padece, la cual es Miastenia Gravis. En caso de existir alguna patología me hablará del (los) tratamiento (s) o procedimientos (s) que él se tendría que realizar para solucionar el problema.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de tratamientos. Así como si decido no realizarle los exámenes sugeridos, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del Dr. o la alumna, sin que ello signifique pérdida de sus derechos a la atención profesional posterior.

Dejo constancia que el investigador conversó conmigo, me explicó en que consiste el estudio y la participación de mi hijo (a) en el, tuve la posibilidad de aclarar mis dudas; y tomo la decisión de que participe libremente y sin ningún tipo de presiones.

Firma del responsable Legal _____

Ciudad _____

Fecha y Hora _____

Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés
Profesor Auxiliar Cátedra de Patología
Docente Guía Tesis de Grado
Facultad de Odontología- Universidad de Valparaíso

Srta. Claudia Barría G.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Ailyn Paredes A.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Soledad Tapia
Dirección Corporación Miastenia Gravis

Dr. _____
Dirección Hospital

Revocatoria

Firma del paciente o responsable legal _____

*Los Materiales y Métodos de la Investigación podrán ser leídos en la Corporación de Miastenia Gravis.

ANEXO 5

Asentimiento Informado

Tesis: Estado de Salud Bucal en pacientes con Miastenia Gravis.

Esta investigación determinará tú estado de salud oral, mediante un examen muy simple de tu boca. Este examen no es peligroso para ti.

Gracias a este examen podrás saber si tienes alguna enfermedad en tu boca.

En caso de dudas o consultas podrás hablar directamente con los investigadores a los teléfonos: 76481929 de Claudia Barría ó 93037036 de Ailyn Paredes.

Podrás plantear tu deseo de retirarte del estudio en cualquier momento, sin que esto te perjudique de alguna manera.

Nombre: _____
RUT: _____
Ciudad _____
Fecha y Hora _____

Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés
Profesor Auxiliar Cátedra de Patología
Docente Guía Tesis de Grado
Facultad de Odontología- Universidad de Valparaíso

Srta. Claudia Barría G.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Ailyn Paredes A.
Alumna Vº Año
Escuela de Odontología

Srta. Soledad Tapia
Dirección Corporación Miastenia Gravis

Dr. _____
Dirección Hospital

Revocatoria

Firma del responsable legal _____

ANEXO 6

CUESTIONARIO para la valoración del estado de salud bucal

Estimado socio, este cuestionario tiene por finalidad iniciar el estudio y vínculo entre nuestra fundación y la asesoría en aspectos odontológicos que pretendemos desde hoy desarrollar. Quien elaboró y será responsable de tal misión es señor Dr. Rodrigo Fuentes Cortés, Cirujano Dentista y Patólogo Oral.

La idea es que TODOS contesten. Agradecido por su participación, le saluda muy cordialmente,

DR. R. FUENTES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

fono: _____

celular: _____

I. A cerca de la MIASTENIA GRAVIS (MG):

1. Mi situación con la MG es: a. YO tengo MG (edad al momento del diagnóstico: años)
b. Mi padre o madre tiene MG
c. Mi(s) hijo(s) tiene(n) MG
d. Otro familiar tiene MG
e. MI cónyuge/pareja
f. Un amigo
g. Otro

2.- ¿Conoces las manifestaciones de una crisis por MG? SI NO

3.- ¿Qué situaciones son desencadenantes de una crisis por MG?

1. _____
2. _____
3. _____

4.- Indica los medicamentos que estés consumiendo:

- | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | (0) NO consumo | _____ |
| <input type="checkbox"/> | (1) _____ | por (indicar enfermedad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | (2) _____ | por (indicar enfermedad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | (3) _____ | por (indicar enfermedad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | (4) _____ | por (indicar enfermedad) _____ |
| <input type="checkbox"/> | (5) _____ | por (indicar enfermedad) _____ |

II. Respecto a la experiencia en atención dental.

5.- ¿Tienes antecedentes de que existan **riesgos en la atención dental** en un paciente cor SI NO

En caso de haber marcado "SI", favor de indicar qué riesgos:

6.- ¿Has recibido atención dental (odontológica) durante los últimos 2 años? SI NO

7.- En caso de ser "SI" tu respuesta y de tener MG, favor de especificar:

a. ¿informaste que tenías Miastenia Gravis?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

b. El dentista, ¿reconoció la enfermedad? (identificó nombre y características del cuadro)

III. Respecto a SALUD ORAL

8.- A continuación, se exponen una serie de aspectos que son relevantes evaluar en cualquier examen clínico. Indica con una "X" en el casillero que corresponda.

a. Tragar alimentos sólidos	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
b. Tragar líquidos	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
c. Movilidad de la lengua	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
d. Producción de saliva	<input type="checkbox"/>	Abundante	<input type="checkbox"/>	Escasa
e. Sensación de boca seca	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
f. Gesticular y Modular	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
g. Hablar	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
h. Lavar los dientes	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema
i. Retirarse prótesis removible	<input type="checkbox"/>	Con dificultad	<input type="checkbox"/>	Sin problema

9.- Tu percepción respecto al estado de tu salud bucal es:

(1)	<input type="checkbox"/>	BUENA
(2)	<input type="checkbox"/>	BUENA pero con dudas
(3)	<input type="checkbox"/>	MAS O MENOS
(4)	<input type="checkbox"/>	MALA

10 ¿Tienes antecedentes de que exista asociación entre MG y **problemas específicos en la salud oral**?

En caso de haber marcado "SI", favor de indicar qué problemas:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

IV. OTROS ASPECTOS

Si estimas conveniente realizar algún comentario o compartir una experiencia odontológica, favor de escribirla a continuación:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Muchas Gracias

.....
FIRMA, autorizo compartir estos antecedentes para el estudio
MIASTENIA-GRAVIS y SALUD ORAL, Santiago 2009.
Las respuestas contenidas sólo son manejadas por el investigador.

Acerca de la Miastenia Gravis

Sabe ¿Qué situaciones son desencadenantes de una crisis de MG? ¿cuáles?

- 1 Sí
- 2 No ⁽²⁸⁾

- 1.- ⁽²⁹⁾
- 2.- ⁽³⁰⁾
- 3.- ⁽³¹⁾

¿Qué medicamentos usas en forma regular?

- 0= No usa
- 1= Sí usa ¿Cuáles y para que enfermedad? ⁽³²⁾

- (1)..... Para.. ⁽³³⁾
- (2)..... Para.. ⁽³⁴⁾
- (3)..... Para.. ⁽³⁵⁾
- (4)..... Para.. ⁽³⁶⁾
- (5)..... Para.. ⁽³⁷⁾
- (6)..... Para.. ⁽³⁸⁾

Respecto a su Salud Oral

0=con dificultad
1=sin dificultad

- | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------|--------------------------|----------------|
| 1.- Tragar alimentos sólidos | <input type="checkbox"/> ⁽³⁹⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 2.- Tragar líquidos | <input type="checkbox"/> ⁽⁴⁰⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 3.- Movilidad de la Lengua | <input type="checkbox"/> ⁽⁴¹⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 4.- Producción de saliva | <input type="checkbox"/> ⁽⁴²⁾ | Abundante | <input type="checkbox"/> | Escasa |
| 5.- Sensación de boca seca | <input type="checkbox"/> ⁽⁴³⁾ | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 6.- Gesticular y Modular | <input type="checkbox"/> ⁽⁴⁴⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 7.- Hablar | <input type="checkbox"/> ⁽⁴⁵⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 8.- Lavar los dientes | <input type="checkbox"/> ⁽⁴⁶⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |
| 9.- Retirarse prótesis removible | <input type="checkbox"/> ⁽⁴⁷⁾ | Con dificultad | <input type="checkbox"/> | Sin dificultad |

Su Percepcion respecto a su salud bucal es:

- 0= Buena
- 1= Buena, pero con dudas ⁽⁴⁸⁾
- 2= Más o menos
- 4=Malo

¿Tienes antecedentes de que exista asociación entre MG y problemas específicos en la Salud Oral?

1=NO

0= SI

 (49)

En caso de haber marcado "SI", favor de indicar qué problemas:

.....
.....
.....
..... (50)

¿Reconoce cómo es una CRISIS POR MIASTENIA? SI-NO (51)

Descríbala:

.....
.....

1 Si

2 No

Alergias

 (53)

.....

Hábitos:

Tabaco:

 (54)

Frecuencia: (55)

Alcohol:

 (56)

Frecuencia: (57)

ANEXO 8

FICHA DE EVALUACIÓN BUCODENTAL

Día	Mes	Año	Examinador	Número de Ficha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Establecimiento (6)

I.- INFORMACION GENERAL

Nombre:..... (7)

RUT - (8)

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(9)	(10)	(11)

Edad (12)

Sexo: 0 Mujer
1 Hombre (13)

Profesión u Ocupacion:..... (14)

Región de Residencia:..... (15)

E- mail:..... Telefono C.Area - Número (16)

Examen Físico

Apreciación General 1 Normal 2 Alterado

Postura Frontal (17)

Postura Lateral (18)

Deambular (19)

Comportamiento (20)

Examen Maxilo Facial 1 Normal 2 Alterado

Piel (21)

ATM (25)

Neuromusculatura (26)

Ganglios (22)

1 Click

1 Dolor

2 Salto

2 Hipertónico

Armonía (23)

3 Dolor

3 Hipotónico

4 Dos o Más

5 Crepitación

Especificar:

I.- EVALUACION DE MUCOSA

<u>Lesión</u>	<u>Localización</u>	<u>Lesión</u>	<u>Localización</u>
00 = Ningún estado anormal	00 = Borde Bermellón	<input type="text"/> (17)	<input type="text"/> (30)
01 = Tumor Maligno	01 = Comisuras	<input type="text"/> (18)	<input type="text"/> (31)
02 = Leucoplasia	02 = Labios	<input type="text"/> (19)	<input type="text"/> (32)
03 = Liquen plano	03 = Surcos	<input type="text"/> (20)	<input type="text"/> (33)
04 = Úlcera	04 = Mucosa bucal	<input type="text"/> (21)	<input type="text"/> (34)
05 = Gingivitis Necrotizante aguda	05 = Piso de boca	<input type="text"/> (22)	<input type="text"/> (35)
06 = Candidiasis	06 = Lengua	<input type="text"/> (23)	<input type="text"/> (36)
07 = Absceso	07 = Paladar duro y blando	<input type="text"/> (24)	<input type="text"/> (37)
08 = Glositis Romboidal Media	08 = Bordes alveolares / Encía	<input type="text"/> (25)	<input type="text"/> (38)
09 = Agrandamiento Gingival	99 = No registrado	<input type="text"/> (26)	<input type="text"/> (39)
10 = Otro Trastorno.....		<input type="text"/> (27)	<input type="text"/> (40)
99 = No Registrado		<input type="text"/> (28)	<input type="text"/> (41)
		<input type="text"/> (29)	<input type="text"/> (42)

II. ANALISIS DE LA DENTICION

Criterios Diagnósticos

- 1= Sano
- 2= Corona Clínica Obturada sin caries.
- 3= Corona Clínica cariada no cavitada
- 4= Corona Clínica Cariada cavitada
- 5= Corona Obturada con caries
- 6= Diente Ausente
- 7= Corona Sellada
- 8= Soporte de Puente, corona especial o carilla
- 9= Resto Radicular
- T= traumatismo
- 99= No registrado

Necesidad de Tratamiento

- 0= Ninguno
- P= Preventivo
- Op= Operatoria
- E= Endodoncia
- C= Cirugía (Extracción)
- R= Rehabilitación Oral
- 99= No registrado

Máxilar Superior

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Corona														
	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)
Tratamiento														
	(71)	(72)	(73)	(74)	(75)	(76)	(77)	(78)	(79)	(80)	(81)	(82)	(83)	(84)

Máxilar Inferior

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Corona														
	(85)	(86)	(87)	(88)	(89)	(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)	(98)
Tratamiento														
	(113)	(114)	(115)	(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)	(122)	(123)	(124)	(125)	(126)

III.- ESTADO PERIODONTAL

Examen Periodontal Simplificado P.S.R.

Código 0= Sin cálculos o márgenes defectuosos. Encía no sangra.

Código 1 = Sin cálculos o márgenes defectuosos, pero hay sangrado posterior al sondaje.

Código 2 = Hay sangrado posterior sondaje y cálculo supra y subgingivales y/o márgenes defectuosos.

Código 3 = Área coloreada parcialmente visible.

Código 4 = Área coloreada desaparece completamente, indicando sondajes mayores a 5,5 mm.

Código (*)= F, Lesion de Furca. M, movilidad. R, recesiones hasta el área coloreada de la sonda 3,5 mm o mayor. A, ausencia de encía adherida. *****

Necesidad Tratamiento

Código 1 = Instrucción de Higiene

Código 2= Instrucción de Higiene, limpieza profesional y remoción de factores retenedores de placa.

Código 3 = Evaluación periodontal completa, periodontograma y radiografías.

Instrucción de Higiene, limpieza profesional y remoción de factores

retenedores de placa bacteriana y tratamiento periodontal específico

Código 4: Derivación a Especialista. Tratamiento periodontal Complejo

Máxilar Superior

Código E° Periodontal

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(127)	(128)	(129)	(130)	(131)	(132)	(133)	(134)	(135)	(136)	(137)	(138)	(139)	(140)

Máxilar Inferior

Código E° Periodontal

4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(141)	(142)	(143)	(144)	(145)	(146)	(147)	(148)	(149)	(150)	(151)	(152)	(152)	(154)

Valor PSR

(155)

Necesidad Tratamiento

(156)

Indice de placa

Máxilar Superior

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(157)	(158)	(160)	(161)	(162)	(163)	(164)	(165)	(166)	(167)	(168)	(169)	(170)	(171)

0= Bueno

1= Regular

2= Malo

Máxilar Inferior

4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(172)	(173)	(174)	(175)	(176)	(177)	(178)	(179)	(180)	(181)	(182)	(183)	(184)	(185)

Indice de Placa General

(186)

ANEXO 10

Fotografías Clínicas



Figura 1: Candidiasis

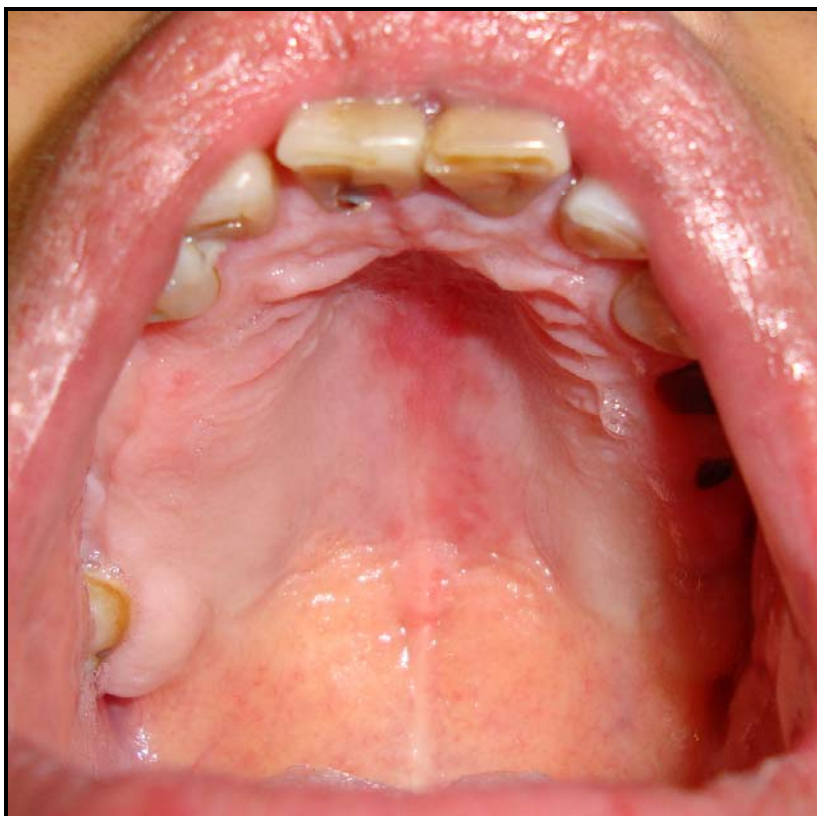


Figura 2: Candidiasis Eritematosa



Figura 3: Candidiasis Subprotésica



Figura 4: Variz en Mucosa Labial



Figura 5: Agrandamiento Gingival

ANEXO 9

Tablas de Tabulación

Tabla I: Tabla para tabulación de datos de ficha de anamnesis.

BASE DE DATOS para la FICHA ANAMNESIS	
ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES SISTÉMICOS
PERSONALES	A CERCA DE LA MIASTENIA GRAVIS
RESPECTO A SALUD ORAL	
marcar con 0 (Con dificultad, abundante, si) o 1 (Sin dificultad, Escasa, No)	
nombre	
C.I.	
Fecha Nacimiento	
Edad	
Sexo	
Profesión	
Región de Residencia	
E-mail	
Cardíacas	
Hematológicas	
Digestivas	
Genéticas/Hereditarias	
Neurológicas	
Sicosomáticas	
Contagiosas	
Metabólicas/Endocrinas	
Dermatológicas	
Autoinmune	
Oncológicas	
sabe qué situaciones desencadenantes	
situaciones desencadenantes (2) TEXTUAL	
situaciones desencadenantes (3) TEXTUAL	
¿Qué medicamentos usas regularmente?	
nombre medicamento (1)	
PARA medicamento (1) TEXTUAL	
PARA medicamento (2) TEXTUAL	
PARA medicamento (3) TEXTUAL	
PARA medicamento (4) TEXTUAL	
PARA medicamento (5) TEXTUAL	
PARA medicamento (6) TEXTUAL	
Tragar alimentos sólidos	
Tragar alimentos líquidos	
Movilidad de la Lengua	
Producción de Saliva	
Sensación de Boca Seca	
Gesticular y Modular	
Hablar	
Lavar los dientes	
Retirarse Prótesis Removible	
Su percepción respecto a su salud bucal	
¿...asociación entre MG y problemas..?	
en caso de SI (escribir textual)	
¿Reconoce cómo es un crisis..?	
descriptiva (TEXTUAL)	
ALERGIAS	
tabaco	
frecuencia tabaco	
alcohol	
frecuencia alcohol	

