

Manifestaciones bucofaciales en pacientes con esclerosis múltiple

Dra. Hilda María Grajales-González *, Dra. Leticia Munive-Báez **, Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles ***

RESUMEN

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica autoinmune inflamatoria del sistema nervioso central caracterizada por desmielinización, inflamación focal, pérdida axonal y gliosis. Predomina en el adulto joven entre los 20 y 40 años de edad; es poco frecuente en la edad pediátrica. Se realizó un estudio de cohorte, observacional, retrospectivo, descriptivo de mayo de 1999 a enero de 2012 que evaluó las características demográficas, manifestaciones patológicas en la cavidad bucal de niños con esclerosis múltiple. Los pacientes de ambos sexos eran menores de 18 años de edad, que fueron evaluados por el Servicio de Estomatología. Se revisaron 17 expedientes obteniendo datos demográficos, manifestaciones bucales y faciales patológicas, focos infecciosos en la cavidad bucal e índice ceod (dientes con caries, extraídas, obturadas) promedio de 5.7%. No hubo pacientes con neuralgia de trigémino ni con parálisis facial. La mayoría de los pacientes se encontraban bajo tratamiento inmunosupresor. No existe un protocolo de seguimiento estomatológico en pacientes con esclerosis múltiple. Se debe sensibilizar a la población médica en este aspecto para establecer estrategias de seguimiento integral de estos pacientes.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, caries dental, manifestaciones orales, índice ceo, tratamiento inmunosupresor.

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune inflammatory disease of the central nervous system, characterized by the presence of acute focal inflammatory demyelination, axonal loss and gliosis. It affects predominantly in young adults between 20 and 40 years of age; it is infrequent in the pediatric age. A observational, retrospective and descriptive cohort research was conducted between May 1999 and January 2012 to assess demographic characteristics, and pathological manifestations in the oral cavity of children with this condition. Records of 17 patients, under 18 years of age, of either sex were included, who had been evaluated in the Department of Stomatology. Data recorded were age, sex, State of origin, oral and facial pathological features, focal cavity infections and ceod index. There were no patients with trigeminal neuralgia or facial paralysis; a 5.7% ceod index was identified. Most of the patients were under immunopressive treatment. A protocol for stomatological follow-up in patients with multiple sclerosis does not exist. The medical profession must be sensibilized to establish strategies for an integral follow-up in patients with this condition.

Key words: Multiple sclerosis, dental caries, oral manifestations, ceo index, immunosuppressive treatment.

* Estomatóloga Pediatra

** Neuróloga pediatra, Adscrita al servicio de Neurología,

*** Estomatólogo Pediatra, Jefe de Servicio y Profesor Titular de la Especialidad en Estomatología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dra. Leticia Munive-Báez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00

Recibido: diciembre, 2012

Aceptado: marzo, 2013

Este artículo debe citarse como: Grajales-González HM, Munive-Báez L, De la Teja-Ángeles E. Manifestaciones bucofaciales en pacientes con esclerosis múltiple. Acta Pediatr Mex 2013;34:253-257.

www.nitoeditores.com.mx

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa, crónica autoinmune inflamatoria del sistema nervioso central (SNC). Se caracteriza por desmielinización, inflamación focal, pérdida axonal y gliosis que causa discapacidad progresiva. Predomina en adultos jóvenes entre 20 y 40 años de edad,¹⁻⁹ con una prevalencia de 2.7 a 10.5% antes de los 16 años de edad; menos del 1% inician su padecimiento antes de los diez años de edad.^{2,4}

Los pacientes experimentan episodios intermitentes de disfunción del SNC por destrucción de la sustancia blanca del SNC, llamados "recaídas" que causan neuritis óptica, síndrome piramidal, mielitis transversa o

alteraciones cerebelosas. Algunos pacientes presentan una fase progresiva secundaria, en la que aumenta la discapacidad independientemente del número de recaídas.^{5-8,10-12} La recuperación completa o parcial lleva a un grado variable de discapacidad, generalmente severo a mediano plazo.

Fisiopatología. Se desconocen los mecanismos que producen los daños a los tejidos; sin embargo, existen factores inmunológicos en individuos genéticamente susceptibles y factores ambientales que contribuyen a la aparición y progresión de la enfermedad. Se ha identificado que la inflamación en la esclerosis múltiple está mediada por un ataque de las células T, monocitos y células B contra el tejido del sistema nervioso central.^{4,6-14}

Características Clínicas. El curso de la esclerosis múltiple puede ser considerada como la expresión de dos fenómenos clínicos: las recaídas agudas de los síntomas neurológicos, que terminan con remisión parcial o completa; la progresión, que se refiere al empeoramiento constante e irreversible de los síntomas y signos por aproximadamente seis meses. Estos hechos se deben a la interacción entre dos fenómenos biológicos: la inflamación y la degeneración.¹²

La EM se clasifica como “**Recaída-Remisión**” (EMRR) cuando la enfermedad se manifiesta sólo con remisiones y recaídas. Se le llama “**Secundariamente Progresiva**” (EMSP) cuando una fase inicial de remisión-recaída es seguida de una fase progresiva. Es “**Primariamente Progresiva**” (EMPP) cuando la enfermedad empieza con una fase progresiva y no hay recaídas durante la progresión. La forma “**Progresiva con Recaídas**” es cuando la fase progresiva está presente desde el inicio de la enfermedad pero sobreimpuesta con recaídas.¹²

Las alteraciones desmielinizantes y axonales pueden afectar al sistema locomotor, al sensorial, causar disfunción cognitivo conductual o ambos problemas, por lo cual se requiere de un enfoque interdisciplinario para el adecuado tratamiento médico de estos pacientes.^{7-9,11,13}

Justificación. La EM es una enfermedad neurodegenerativa que tiene factores de riesgo para el desarrollo de patología bucal: grado variable de discapacidad, uso crónico de inmunosupresores. La EM en niños eleva el riesgo de discapacidad.

Objetivo. Conocer el estado de salud bucal y necesidades de tratamiento estomatológico de niños con diagnóstico de EM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte, observacional, retrospectivo, descriptivo que evaluó las características demográficas, manifestaciones patológicas en cavidad bucal de 20 expedientes de niños de ambos sexos: tres masculinos, 14 femeninos con EM, de mayo de 1999 a enero 2012. Todos eran menores de 18 años de edad, evaluados por el Servicio de Estomatología.

Las variables consideradas fueron edad al momento del diagnóstico, sexo, lugar de procedencia, tiempo transcurrido entre el diagnóstico de EM y la primera revisión estomatológica, seguimiento clínico estomatológico.

Las edades oscilaron entre seis y 17 años de edad, con una media de 12.8 años y una mediana de 14.4 años.

Lugar de procedencia. Nueve pacientes originarios del Estado de México (53%), cinco del Distrito Federal (29.4%), dos del Estado de Guerrero (11.7%) y uno de Michoacán (5.8%).

El tiempo transcurrido entre la primera revisión estomatológica posterior al diagnóstico de EM (tiempo de latencia) tuvo una media de 6.4 meses (193 días), moda: 0 meses (0 días, el mismo día de su ingreso), mediana: 1.9 meses (59 días) con límites de 0 a 32.2 meses. Ocho de los pacientes fueron vistos antes de los 21 días y tres, el mismo día de su ingreso al Instituto (Cuadro 1).

RESULTADOS

Manifestaciones bucales y faciales. No hubo pacientes con neuropatías craneales como neuralgia de trigémino, parestesia, parálisis facial o ambos problemas.

Focos infecciosos en cavidad bucal e índice ceod. Cinco pacientes no tenían focos infecciosos en cavidad bucal, tres masculinos y dos femeninos. Cuatro niñas con enfermedad periodontal, recibieron tratamiento para ello; 12 tuvieron caries y fueron rehabilitados por el servicio de Estomatología. La mayor frecuencia de caries en nuestros pacientes con EM se vio entre los 11.9 y 14.4 años. El promedio de ceod de nuestra cohorte fue 5.7% (Cuadro 2).

ANÁLISIS COMPARATIVO

La literatura menciona que la EM predomina en el sexo femenino y es poco frecuente en la edad pediátrica¹⁻¹⁵, lo

Cuadro 1. Tiempo transcurrido entre la primera revisión estomatológica posterior al diagnóstico de EM.

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico de Esclerosis Múltiple	Tiempo de latencia entre el DX EM y la primera evaluación estomatológica
1	M	202.9 meses (16. 9 años)	0 meses (0 días)
2	M	177.9 meses (14.8 años)	0 meses (0 días)
3	M	181.9 meses (15.1 años)	0 meses (0 días)
4	M	81.8 meses (6.8 años)	0.6 meses (2 días)
5	M	123.3 meses (10.2 años)	0.16 meses (5 días)
6	M	174 meses (14.5 años)	0.3 meses (9 días)
7	M	175.6 meses (14.6 años)	0.5 meses (15 días)
8	H	210 meses (17.5 años)	0.7 meses (21 días)
9	M	172.8 meses (14.4 años)	1.9 meses (59 días)
10	H	206 meses (17.1 años)	2.1 meses (64 días)
11	M	117.5 meses (9.8 años)	4.2 meses (127 días)
12	M	145.7 meses (12.1 años)	5.1 meses (154 días)
13	H	98.1 meses (8.1 años)	5.7 meses (172 días)
14	M	180.6 meses (15 años)	8.3 meses (249 días)
15	M	140.4 meses (11.7 años)	20.6 meses (619 días)
16	M	79 meses (6.5 años)	27.6 meses (829 días)
17	M	153.4 meses (12.7 años)	32.2 meses (967 días)

Cuadro 2. Índice ceod en pacientes pediátricos con EM del INP

Paciente	Núm. de piezas dentales presentes	Piezas cariadas	Piezas perdidas	Piezas obturadas	Total ceod
1	20	0	0	9	9
2	21	0	0	3	3
3	21	0	0	0	0
4	24	0	0	4	4
5	22	0	0	3	3
6	27	0	1	2	3
7	28	0	0	20	20
8	27	0	1	10	11
9	27	0	1	10	11
10	28	0	0	6	6
11	28	0	0	18	18
12	28	0	0	0	0
13	28	0	0	7	7
14	28	0	0	0	0
15	28	0	0	3	3
16	28	0	0	0	0
17	29	0	0	0	0
	442	0	3	95	98

Pacientes con enfermedad periodontal

cual concuerda con nuestro estudio en el que encontramos 82% del sexo femenino. Algunos autores mencionan que las manifestaciones orofaciales, pueden ser los primeros

signos de la enfermedad.^{2,3,6-8,15} Gallud y colaboradores describieron la presencia de parestesias en el territorio maxilo-facial que afectaba una o más ramas del trigémino, con un tiempo de evolución que oscilaba entre 15 días y un año, en cuatro pacientes adultos, en quienes posteriormente se confirmó el diagnóstico de EM. Sacramento y colaboradores, realizaron un estudio de prevalencia de las alteraciones orofaciales en 98 pacientes de 18 a 45 años de edad con EM. En 36 de ellos había alguna manifestación orofacial en algún momento de la evolución de la enfermedad; en 23 había parestesias, nueve en el territorio del nervio facial. Quince pacientes con parálisis facial. En nuestro estudio los pacientes no tuvieron dichas manifestaciones; es importante destacar que la mayoría de estos estudios se realizaron en pacientes de edad avanzada y que existe poca información en población pediátrica.

Santa Eulalia et al. realizaron un estudio comparativo de la prevalencia de caries y gingivitis entre una cohorte de pacientes adultos con EM y una cohorte de adultos sanos; no encontraron diferencias estadísticamente significativas.¹⁶ Sin embargo, no existe un estudio similar al nuestro en el que se incluyan índices cpod y CPOD en población infantil con EM para el análisis comparativo de la presencia de focos infecciosos en la cavidad oral: caries y gingivitis.

En el 2012 Danesh et al., publicaron un estudio de prevalencia de manifestaciones clínicas incluyendo las

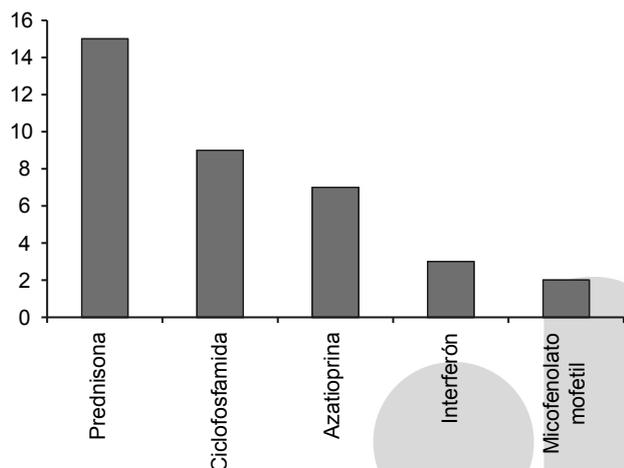


Figura 1. Tratamiento farmacológico en niños con EM en el INP.

orofaciales en pacientes de 11 a 69 años de edad con EM; hallaron 88.6% de manifestaciones orofaciales: alteración temporo-mandibular en 58.2%; disartria, 42.1%; disfagia, 26.6%; parálisis facial, 19%; neuralgia del trigémino, 7.9%. Identificaron una correlación estadísticamente significativa entre las manifestaciones orofaciales y el tiempo de evolución de la enfermedad.⁶ Hipotéticamente concordamos con ellos ya que sería relevante un seguimiento de nuestros pacientes después de su alta del INP por mayoría de edad, así se obtendría información complementaria en México para fundamentar el desarrollo de manifestaciones orofaciales de la EM y la posibilidad de establecer protocolos y guías de atención médica para los estomatólogos y odontólogos de práctica general.

ANÁLISIS

La EM es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. En nuestra población predominó en mayores de diez años y en el género femenino, similar a lo informado en la literatura. La mayoría de nuestros pacientes eran originarios del Estado de México en primer lugar y del Distrito Federal en segundo lugar, posiblemente estos pacientes del DF sean atendidos en diferentes sistemas de salud, lo que ocasiona un subregistro.

Sólo en 17 de 20 pacientes con EM, se solicitó la valoración por el Servicio de Estomatología. Ocho de los cuales fueron vistos en los primeros 21 días después de confirmar su diagnóstico; se observó gran variabilidad en el tiempo

de latencia para su primera evaluación estomatológica: inmediata, el mismo día del diagnóstico en tres pacientes; tardía, hasta 32.6 meses después. No hay criterios homogéneos en el tiempo de envío de los pacientes.

No se diagnosticó neuralgia de trigémino ni parálisis facial en nuestros pacientes. Se identificó enfermedad periodontal en cuatro pacientes, caries en 12, con índice ceod promedio de 5.7%; había mayor afección de la dentición permanente, probablemente debido a la susceptibilidad de los dientes recién erupcionados con el inicio de la enfermedad sistémica, con la modificación de la rutina y por el uso de los medicamentos; todos los pacientes tenían la variedad **Recurrente Remitente** de EM.

No identificamos un protocolo de seguimiento y vigilancia estomatológica en estos pacientes. En nuestra serie, tres pacientes tuvieron una cita subsecuente y dos pacientes, dos citas subsecuentes cada uno, sin tener una programación de vigilancia preestablecida; se les citó de acuerdo a las necesidades individuales.

CONCLUSIONES

La EM es una patología neurodegenerativa; los pacientes tienen diferentes grados de discapacidad funcional, y la posibilidad de mayor riesgo de afección bucofacial.

Las manifestaciones bucales y faciales en EM identificadas en edad pediátrica fueron diferentes a las que ocurren en la edad adulta. Tal vez esto se debe al momento en que se aborda la enfermedad. Es importante considerar que la mayor parte de nuestra población recibe fármacos inmunosupresores como tratamiento de mantenimiento, a diferencia de la población adulta que en su mayoría recibe tratamiento con moduladores de la enfermedad.

Debemos sensibilizar a los pacientes y al personal de la salud a mantener un seguimiento estomatológico, estructurando un protocolo de seguimiento para establecer acciones preventivas e intervenciones oportunas en los pacientes con esclerosis múltiple.

BIBLIOGRAFIA

1. Scardina GA, Carini F, Fuca G, Valenza V, Messina P. Multiple Sclerosis: Oral Manifestations and Dental Implications. *J Biol Sci.* 2007;2(4):444-8.
2. Gallud L, Bagan JV, Cervelló A, Jiménez Y, Poveda R, Gavalda C. Sclerosis Multiple as first manifestation in oral and facial area: Presentation of four cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(2):141-5.

3. Sacramento T, Correia RP, Barral D, Souza E, Arriaga M. Orofacial changes in patients with multiple sclerosis treated in Brasil. *Int J Med Sci.* 2011;3(1):139-43.
4. Deryck O, Ketelaer P, Dubois B. Clinical characteristics and long term prognosis in early onset multiple sclerosis. *J Neurol.* 2006;253(6):720-3.
5. Craelius W. Comparative epidemiology of multiple sclerosis and dental caries. *J Epidemiol Commun Health.* 1978;32(1):155-65.
6. Danesh SA, Rahimdoost A, Mahmood S, Ghiyasi M, Haghdooost N, Sabzali S. Clinical assessment of orofacial manifestations in 500 patients with multiple sclerosis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;1(1): 1-5.
7. Fischer DJ, Epstein JB, Klasser G. Multiple sclerosis: an update for oral health care providers. *OOOOE.* 2009;108(3):318-28.
8. Chemaly D, Lefrancois A, Perusse R. Oral and maxillofacial manifestations of multiple sclerosis. *J Can Dent Assoc.* 2000;66(11):600-5.
9. Badel T, Carek A, Podoreski D, Savic I, Kocijan S. Temporomandibular joint disorder in a patient with multiple sclerosis- Review of literature with a clinical report. *Coll Antropol.* 2010;34(3):1155-9.
10. Boppana S, Huang H, Ito K, Dhib S. Immunologic aspects of multiple sclerosis. *Mt Sinai J Med.* 2011;78(2):207-20.
11. Kovac Z, Uhac I, Bukovic D, Cabov T, Kovacevic D, Grzic R. Oral health status and temporomandibular disorders in multiple sclerosis patients. *Coll Antropol.* 2005;29(2):441-4.
12. Nylander A, Hafler DA. Multiple sclerosis. *J Clin Invest.* 2012; 22(4):1180-8.
13. Griffiths JC, Trimlett J. Dental status and barriers to care for adults with multiple sclerosis. *Int Dent J.* 199; 2(1):114.
14. Cantorna MT. Vitamin D and multiple sclerosis: an update. *Nutr Rev.* 2008;66(10 Suppl 2):S135-8.
15. Rajabally YA, Farrell D, Messios N. Oro-Mandibular Dystonia in a Case of Multiple Sclerosis with Capsular Plaque. *Eur Neurol.* 2003;49(3):190-1.
16. Santa Eulalia E, Martínez EM, Miegimolle M, Planellsdel P. Oral health status of a population with multiple sclerosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17(2):223-7.

