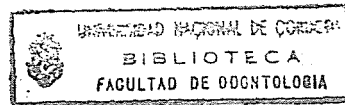




Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

# MANIFESTACIONES BUCALES DE LA MIASTENIA GRAVIS



Dr. JOSE PRESMAN (\*).

La relativa poca frecuencia de la miastenia gravis en nuestro medio; la circunstancia de que dicha enfermedad puede afectar preferente e inicialmente a la cavidad bucal; el hecho de que dichos pacientes recurren por ello primero a la consulta del odontoestomatólogo que a la del médico; el pronóstico siempre grave y la necesidad de un diagnóstico precoz, nos llevan a resumir los caracteres clínicos de la misma y a la presentación de un caso clínico.

**Definición:** La Miastenia Gravis se caracteriza por una anormal debilidad y precoz fatigabilidad, con muy lenta recuperación funcional, de la fibra muscular (estriada, consecutivo a la realización de un esfuerzo. Ello es producido por un trastorno bioquímico en la transmisión del estímulo nervioso a nivel de la placa motora terminal.

**Fisiopatogenia:** Siendo la acetilcolina, la sustancia que determinará la estimulación de la placa-motora terminal, mediante la despolarización

de su superficie, su acción se ve inactivada por la hidrolización que sufre por acción de la acetil colinesterasa que la transforma en colina y acetato.

Una disminución de acetil-colina, o aumento de la acetil colinesterasa o una alteración de las proteínas receptoras con las que reacciona la acetil colina, se han dado como explicaciones de dicho fenómeno. La teoría autoinmunitaria, mediante la formación de factores anti-musculares, o anti-nucleares o anti-placa terminal, tenderían a explicar la etiología de algunos casos clínicos de la literatura, dándose especial importancia al timo en la génesis de los mismos (2 - 7).

Lo cierto es que; productos del tipo de la neostigmina, que actúan inhibiendo la acción de la acetil colinesterasa, permitiendo el "paso" de la acetil-colina (1) es el hecho real y positivo, que en la práctica, nos permitiría en estos enfermos su diagnóstico y tratamiento (esquema).

**Sintomatología:** La miastenia gravis afecta común y primariamente los músculos de la cara y de la cavidad

---

(\*) Profesor Titular, Contratado de la Cátedra de Semiología y Patología General y Especial:  
27 de abril 1954. Córdoba. Rep. Argentina.

bucal (3). Nos referimos pues especialmente a los síntomas de dicha localización.

Nos orienta a veces la sola presencia del enfermo por la inspección de la faces. Comunemente existe una ptosis palpebral más o menos marcada, uni o bilateral, por alteración del elevador del párpado superior. Ello da un aspecto de somnolencia, apatía, tristeza y depresión al paciente, más marcado cuando también se encuentra afectado el trigémino (rama motora) y facial, dejando los labios entreabiertos, por alteración de los temporales y maseteros inervados por el primero, y, el orbicular de los labios por el segundo. (Foto 1), agregándole un cierto aspecto de estupidez.

A veces estas manifestaciones semiológicas no son muy evidentes y existen pruebas que pueden ser realizadas en el consultorio y que orientan a su diagnóstico. La repetida mirada hacia arriba manteniendo la cabeza sin mover, pondrá en evidencia en pocos minutos la insuficiencia funcional del o los párpados superiores. La masticación reiterada de un trozo de goma revelará la insuficiencia de los músculos masticadores. Por otra parte, el paciente nos relatará los trastornos de la deglución y de la fonación, por alteración de los músculos faríngeos y del velo del paladar blando, que muchas veces determina el reflujo de los líquidos por la cavidad nasal.

**Evolución:** Todos estos síntomas siguen comunemente una evolución progresiva afectando también los músculos que intervienen en la respiración determinando cuadros de asfixias que pueden y comunemente llevan a la muerte como sucedió con nuestro paciente (5).

La enfermedad puede evolucionar lenta o rápidamente; con periodos de mejoría o agravación, y el futuro "quoad vitam" es particularmente incierto, conduciendo casi siempre a la muerte.

**Anatomía Patológica:** La anatomía patológica revela depósitos de células linfoides en las fibras estriadas, que no son específicas, denominadas "Lymphorrhages".

**Diagnóstico:** El diagnóstico es relativamente sencillo cuando el paciente nos relata que se despierta bien y que con el transcurso del día se van precipitando los síntomas descriptos. Para certificar el diagnóstico se efectúa la prueba farmacológica con neostigmina comprimidos o inyectable que rápidamente producen regresión de los síntomas.

Se debe tener siempre presente que las pupilas no se afectan, que no se producen atrofiaciones musculares, que los reflejos tendinosos están presentes y que no existen trastornos de la sensibilidad.

**Diagnóstico diferencial:** Dejamos de lado por las características de este trabajo el diagnóstico diferencial con la parálisis pseudobulbar, hemiplejía bilateral, esclerosis en placa, miopatías primitivas, histeria, parálisis periódica familiar, hiper e hipokalemia (incluido el aldosteronismo primario) tirotoxicosis, diabetes mellitus, esclerosis lateral amiotrófica y las miastenias graves asociadas a enfermedades de sistema del tejido conjuntivo (6).

**Tratamiento:** El tratamiento consiste en la administración de drogas parasimpaticomiméticas del tipo de la neostigmina, por vía bucal o parenteral.

Ultimamente, y, en base a la teoría inmuncológica de la enfermedad y correspondiente participación del timo, en casos seleccionados se efectúa la timectomía, a veces con excelentes resultados.

**Caso clínico:** A. G. En 1959 a los 51 años, es atendido por primera vez a raíz de un dolor en hipocondrio derecho que persistía desde hacía 7 u 8 años. Los estudios realizados para determinar su etiología resultaron infructuosos (colecistografía, pielografía, radiografías de columna, tórax, ciego y apéndice, análisis complementarios, etcétera).

Los antecedentes hereditarios y personales no revelan datos de interés. A comienzo de 1964 es tratado por un proceso bronquial inespecífico que se diagnóstica como síndrome gripal. A mediados del mismo año comienza a notar por momentos cierta dificultad para hablar y la voz se hace de tipo nasal. Se queja de que no puede controlar bien la lengua. El examen clínico es prácticamente normal.

Se efectúa medicación tónica general y en un nuevo control encontramos una ligerísima ptosis palpebral unilateral. En la sospecha de estar en presencia de una Miastenia Gravis se efectúan las pruebas mencionadas anteriormente, y la respuesta a la ingestión de 2 comprimidos de Prostigmin Roche cada 6 horas certifica el diagnóstico. A pesar de esa respuesta favorable con el tiempo la enfermedad continúa progresando con pequeños períodos de remisión. A veces la dificultad para deglutir y la disfonía se hacen alarmantes y se recurre al Prostigmin inyectable, y se asocia Mestinon Roche por boca.

La ptosis obliga al paciente a le-

vantar el párpado con la mano, y la participación de los músculos extrínsecos del ojo provoca molesta diplopía. Posteriormente hace reiterados procesos infecciosos bronquiales y en agosto de 1966 muere por asfixia a raíz de la participación en el proceso de los músculos respiratorios.

**Comentario:** Se presenta un caso clínico de Miastenia Gravis de iniciación bucal. Se destaca este comienzo pues comúnmente lo es ocular. Ello hace que el paciente pueda concurrir primero al consultorio del odontoestomólogo, a quien puede inducir a sospechar procesos de la articulación temporomandibular, o bien lesiones neurológicas específicas de los pares craneales motores. La prueba de masticar una goma, o indicar al paciente que toque con la punta de la lengua el paladar, manteniendo la boca abierta, después de sostener una conversación, lo cual le es imposible (Foto 2-3-4) inducirá al odontoestomólogo a sospechar el diagnóstico. De todas maneras es necesario que el odontoestomólogo tenga presente la posibilidad del diagnóstico de Miastenia Gravis frente a todo paciente que consulte por disfagia o disfonía.

**Resumen:** Se hace una breve reseña de la Miastenia Gravis. Se presenta un caso clínico de iniciación glosofaríngea. Se destaca la necesidad de su conocimiento de parte del odontoestomólogo.

**Summary:** A short abstract of the Myasthenia Gravis is given. A clinical case of the beginning of glossopharyngeal is presented. The necessity of having the Odontomatologist a good knowledge of same is emphasized.



Fig. 1

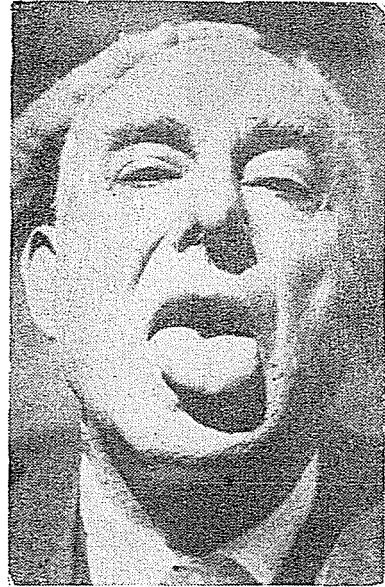


Fig. 2

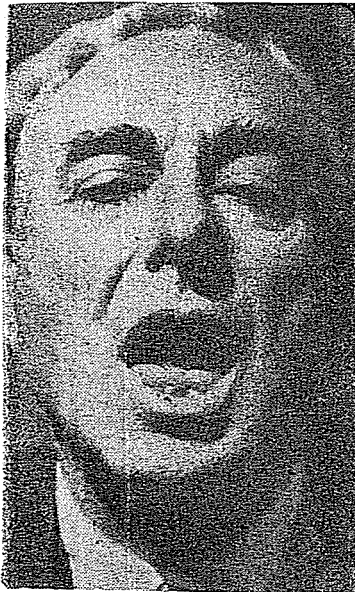


Fig. 3

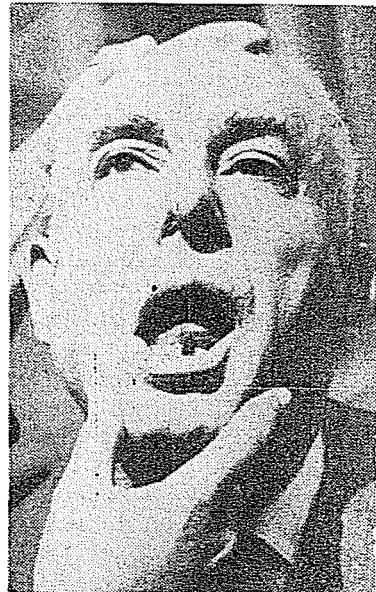
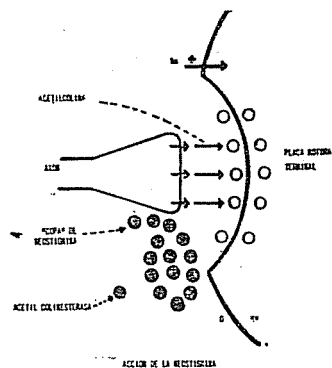


Fig. 4



ACCION DE LA MIASTENIA  
 UNA UNIDAD DE MIASTENIA PUEDE PRODUCCION DE DEFICIT EN LA ACETILCOLINESTERASA, PERMEABILIDAD  
 A LA ACETILCOLINA EN ACCION DEL PROPRIO A LA PLACA MOTORA MUSCULAR DE CUTTING.

Fig. 5

### BIBLIOGRAFIA

- 1) CUTTING, W. C.: "Manual de Farmacología". Barcelona, Montaner y Simon S. A., 1966.
- 2) HARRISON, T. R.: "Principles of Internal Medicine" 5 ed. New York, Mc Graw - Hill Book Company. 1966
- 3) MASON, D. K.: "Oral aspects of myasthenia gravis", The Dental Practitioner and Dental Record 15: 23-25, Set. 1964.
- 4) SCHWAB, R.: "Myasthenia gravis" Dental Abstracts 1: 152-53, Marzo 1956.
- 5) STERN, Gerald M., MB. MRCP: "Neonatal Myasthenia Gravis" Brit. Med. J. 5404:284-86, 1964.
- 6) TIECKE, R. W.: "Oral Pathology" New York, Mc Graw Hill Book Company. 1965.
- 7) VAN DER GELD H. W. R.: "Myasthenia Gravis" The Lancet 7428:57, 1966.