

15
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASPECTO ACTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA MACROGLOSIA

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

ALIDA SUSANA DIAZ BARRIGA EREZUMA
ASESOR: DR. MARIO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JALISCO. 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	6
CAPITULO I Embriología y anatomía de la lengua.	7
CAPITULO II Consideraciones breves sobre los síndromes que afectan a la lengua en su tamaño	24
CAPITULO III Tratamiento quirúrgico de la macroglosia	32
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

Gracias a los adelantos que se han logrado dentro del campo de la cirugía maxilar, hoy en día se pueden corregir muchas de las anomalías que se presentan tanto en recién nacidos como en adultos.

Uno de los rasgos patológicos más frecuentes que se encuentran asociados a síndromes, es la macroglosia, cuyo significado es —LENGUA GRANDE—.

La macroglosia es una patología que puede presentarse con grados diversos de tamaño y con una abundante sialorrea, siendo la superficie de la lengua fina, lisa y con aspecto absolutamente normal. Esta tiende a mejorar e incluso a desaparecer con la edad, sólo que esta evolución se produce en aproximadamente el 20% de los casos, en los demás tiende a persistir la pro-fusión lingual, la cual puede ser corregida mediante la glossectomía, siendo recomendable efectuarse antes de los seis meses de edad.

La macroglosia puede determinar un prognatismo y una mala oclusión del complejo dentofacial.

Así mismo, en cada tratamiento se debe determinar el punto final del mismo, que deberá ajustarse tanto a los propios conceptos de salud y belleza del facultativo, como a los del paciente procurando mejorar la imagen que de sí tiene el paciente y su capacidad para interactuar en sociedad, asegurando al mismo tiempo un sistema dentofacial estable desde el punto de vista funcional.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA DE LA LENGUA

I. Embriología

En el embrión de cuatro semanas, aproximadamente, la lengua se presenta como dos protuberancias linguales laterales y un abultamiento mediano, el tubérculo impar. Los tres abultamientos resultan de la proliferación del mesodermo en las porciones ventrales del arco mandibular. El mesodermo del segundo y el tercer arcos, y de parte del cuarto, forma un abultamiento mediano, la cúpula o eminencia hipobranquial; por último, un tercer abultamiento, en la línea media, formado por la parte posterior del cuarto arco branquial manifiesta el desarrollo de la epiglotis. Inmediatamente detrás de esta formación la canaladura traqueobranquial u orificio laríngeo, limitado lateralmente por las prominencias o protuberancias aritenoides.

Arcos Branquiales.

En vista del papel de los arcos branquiales en la formación de la lengua, se debe comprender el desarrollo de estas estructuras. Los arcos branquiales se forman como cuatro pares de estructuras curvas en el cuello fetal. Están separadas por surcos branquiales poco profundos en la parte externa, y por bolsas faríngeas más profundas en la parte interna. Solamente los primeros y los segundos arcos se extienden hasta la línea media y cada uno de ellos es sucesivamente más pequeño, desde el primero hasta el cuarto.

El epitelio endodérmico de las bolsas faríngeas origina gran variedad de órganos: a partir de la primera bolsa se forma el tubo auditivo y las cavidades del oído medio; en la segunda bolsa se originan las amígdalas palatinas; a partir de la tercera se desarrollan las glándulas paratiroides inferiores y el timo, y de la cuarta provienen las glándulas paratiroides superiores.

Del esqueleto cartilaginoso del primer arco proviene el cartilago de Meckel, el martillo y el yunque; del segundo el estribo, la apófisis estiloides y el cuerno menor del hueso hioides; del tercero el resto del hioides y del cuarto el cartilago tiroides.

Seno Cervical.

En la parte externa los terceros y cuartos arcos son sobrepasados en su crecimiento por una excrecencia cavidad proveniente del segundo arco, correspondiente al cierre de los arcos caudales por el opérculo en los vertebrados provistos de bronquios. Esto sitúa a los tres últimos arcos en un repliegue profundo, llamado seno cervical. Después éste se cierra cuando la estructura como opérculo se une a la pared lateral del cuello. Pronto desaparece la cavidad, pero si persiste su epitelio, puede originar quistes branquiales.

Lengua.

La lengua se deriva de los primeros, segundos, terceros arcos branquiales. Las estructuras que se derivan de los primeros arcos branquiales están separadas, durante toda la vida, de las derivadas de los arcos más caudales por el surco terminal en la zona de las papilas circunvaladas. El cuerpo y la punta de la lengua, se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular. Existen dos prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar. La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales, la cópula (yugo). El tubérculo impar, que al principio es prominente reduce por su tamaño relativo y después casi desaparece.

En la línea media, sobre la base del primer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arco branquiales, se desarrolla la glándula tiroidea por crecimiento y diferenciación progresivos hacia abajo. Un conducto transitorio, el conducto tirogloso, se origina en esta región creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula. Su extremidad bucal está señalada en la lengua adulta por el agujero ciego. Los quistes del conducto tirogloso pueden desarrollarse en esta región, desde el agujero ciego hasta el istmo de la glándula tiroidea.

En las etapas tardías del desarrollo de la lengua crece muy rápidamente en la parte anterior, se diferencian varios tipos de papilas mientras que en la parte posterior de la mucosa lingual aparece tejido linfático. Los músculos extrínsecos de la lengua crecen en su mesodermo primitivo, y los músculos intrínsecos se diferencian a partir del mesénquima situado en el espesor de la lengua.

II. Anatomía

La lengua es una masa móvil y compacta de fibras musculares integrada fundamentalmente por una base o raíz que es la parte del órgano formada por la entrada de músculos extrínsecos, y la llamada cara superior o dorso. El dorso describe una curva hacia atrás y después hacia abajo y constituye el límite de una parte de la cavidad bucal, pero la zona más posterior constituye parte de la pared anterior de las valéculas y los pliegues glosopiglóticos medial y laterales y partes vecinas de la faringe, y queda exactamente enfrente de ellos. La parte principal de la lengua es llamado cuerpo que se extiende hasta el vértice o punta por delante de la base o raíz. El cuerpo y la punta también tienen una cara inferior, y precisamente en ella está unido el frenillo de la lengua. En la superficie inferior de la lengua, en cada lado del frenillo, se observa a través de la mucosa la vena ranina.

El dorso de la parte bucal de la lengua es aterciopelado porque está cubierto de innumerables papilas pequeñas, las papilas filiformes, entre las cuales están esparcidas una que otra fungiformes. Entre el extremo trasero de la parte bucal dispuestas en una "V" con su vértice dirigido hacia atrás, están las grandes papilas circunvaladas que tienen numerosas yemas gustativas.

Cada papila está rodeada por un surco profundo. Inmediatamente por detrás de las papilas circunvaladas está un surco en forma de "V", el llamado surco terminal que, según algunos anatomistas, separa la parte bucal de la faringe, en el dorso de la lengua. En el vértice está el agujero ciego que es una minúscula concavidad ciega que señala el punto de origen de lo que fue el conducto tirogloso. Las zonas de unión del septum lingual están indicadas por un surco superficial en la línea media, que va desde el vértice de la lengua hasta el agujero ciego. La zona faríngea del dorso de la lengua se estudia mejor con la faringe.

Los músculos de la lengua están por arriba del hueso hioides, y en gran parte por dentro del maxilar inferior, y por tal razón, ellos y los nervios y vasos que reciben, pueden estudiarse mejor si se elimina la mayor parte del cuerpo del maxilar inferior, hasta la línea media en su zona delantera.

Estructuras de los lados de la base de la lengua.

La glándula sublingual o de Blandin y Nuhn, que es la menor de las tres glándulas salivales principales, está entre la mucosa del suelo de la boca, por arriba; el músculo milohioideo, por debajo; el maxilar inferior hacia los lados, y los músculos de la lengua, hacia adentro. Su tamaño varía, pero por lo regular tiene 35 a 45mm de longitud, está aplanada de adentro a afuera, y su extremo posterior es más delgado, si bien se expande en sentido vertical en su extremo anterior. En su cara superior desembocan diversos conductos finos, los llamados los conductos sublinguales menores, que vacían su contenido de saliva, y se abren en el pliegue sublingual, para desembocar en pequeñas papilas, en la mucosa del suelo de la boca, inmediatamente por arriba de la glándula. Suelen ser doce o más. En ocasiones se observa un conducto sublingual mayor, en el extremo anterior de la glándula, que desemboca en el conducto submaxilar, pero puede faltar o ser del mismo calibre que los demás conductos.

El conducto de la glándula submaxilar o de Wharton a menudo está acompañado por una prolongación anterior o cola, y transcurre por arriba del músculo milohioideo hasta desaparecer en la profundidad del parénquima de la glándula sublingual; el nervio lingual que desciende y sigue un trayecto hacia adelante cruza en sentido lateral al conducto submaxilar, y después desaparece en el parénquima de la glándula sublingual y el nervio hipogloso que está a nivel más bajo, de manera semejante, se dirige hacia adelante entre la glándula y los músculos de la lengua, antes de dividirse en ramas y extenderse en plano más profundo, en la lengua. Cuando se eleva o elimina la glándula sublingual puede identificarse el conducto submaxilar en su trayecto hacia adelante, hasta su terminación en el tubérculo sublingual al lado del frenillo de la lengua, y también puede advertirse el curso del nervio lingual en el interior de la lengua; después de cruzar el conducto submaxilar hacia afuera, el nervio pasa debajo del conducto señalado, y después gira hasta quedar por dentro del mismo, y estar dentro de la lengua, de tal manera que describe una curva o asa alrededor del conducto.

El nervio lingual lo describimos en relación con el nervio maxilar inferior, y recibe fibras llamadas cuerdas del tímpano y se dirige hacia abajo y ade-

lante por la cara externa del músculo pterigoideo interno. Más allá de esta estructura queda muy junto al músculo constrictor superior de la faringe, por dentro del maxilar inferior y en plano profundo a la mucosa del suelo de la boca, por fuera de la lengua. Al describir una curva hacia adelante en uno de los lados de la lengua, lleva consigo el ganglio submaxilar que está conectado al nervio lingual por ramas comunicantes, y en la rama submaxilar emite uno o más filetes formados por fibras posganglionares que vienen del ganglio. Las fibras posganglionares provienen de la cuerda del tímpano, rama del nervio facial. El ganglio submaxilar también envía fibras al nervio lingual, para distribuirse en la glándula sublingual, y glándulas pequeñas de la cavidad bucal. Conforme al nervio se dirige hacia adelante en plano profundo a la glándula sublingual, emite fibras para el suelo de la boca y la glándula señalada, y se divide en ramillas para la mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua. En las glándulas se distribuyen fibras posganglionares que provienen del ganglio submaxilar; las fibras provenientes del trigémino que representan la mayor parte de las mismas se encargan de la sensación general como es tacto, calor y frío, de la lengua, y las fibras de origen facial transportan los impulsos gustativos, únicamente.

El nervio hipogloso se dirige hacia adelante, por arriba del hueso hioides y cruza por fuera del músculo hiogloso y envía filetes al mismo, para después ramificarse en su trayecto anterógrado, en plano profundo a la glándula sublingual. Envía filetes a todos los músculos de la lengua y una rama que contiene fibras de nervios cervicales, se distribuye en el músculo genihioides.

La parte de mayor tamaño de la vena lingual en este punto, que ha recibido el nombre de vena satélite del nervio hipogloso cursa en este último nervio, pero la arteria lingual lo hace en plano profundo al músculo hiogloso. Gran parte del vaso se dirige hacia arriba a la masa carnosa de la lengua, pero la arteria sublingual continúa hacia adelante y aparece en sentido anterior al hiogloso en el suelo de la boca, por dentro de la glándula sublingual.

Músculos

La lengua está hecha más bien de fibras musculares de las cuales las intrínsecas están dispuestas de tal modo que por acción apropiada, cambian la forma de la lengua, la aplanan, la flexionan, la angostan y tienen otras acciones. Los músculos linguales superior e inferior; y los músculos transversos vertical de la lengua tienen, como su nombre indica la dirección señalada, aunque son un poco oblicuos. Los músculos de los dos lados están separados excepto en el vértice, por un tabique aponeurótico lingual que también separa casi por completo las ramas de las dos arterias linguales; por la causa señalada, si se secciona la lengua en la línea media, habrá poca hemorragia. Los músculos transversos y vertical de la lengua forman la mayor parte de la masa en tanto que los músculos linguales superior e inferior están dispuestos en sentido longitudinal en dos bandas relativamente angostas, una en el dorso de la lengua, inmediatamente por debajo de la mucosa, y otra hacia la cara inferior.

Los músculos extrínsecos de la lengua son tres en cada lado del hiogloso (con una subdivisión inconstante, en el condrogloso) el estilogloso y el genio-

gloso. El hiogloso es una masa muscular cuadrilátera y plana que se origina desde el cuerpo y las astas mayores del hueso hioides un poco por arriba y por detrás del músculo milohioides, y el que se dirige hacia arriba y adelante como la lengua. El nervio lingual, el conducto submaxilar y la glándula sublingual así como el nervio hipogloso con su vena satélite están por fuera del músculo, en tanto que la arteria lingual lo hace en plano profundo e interno al músculo. La masa muscular termina en la lengua, al entrelazarse con otras fibras musculares. El condrogloso es un pequeño conjunto de fibras musculares que nacen del asta menor del hioides, y llegan a la lengua junto con el hiogloso; en realidad es un fascículo de este último inconstante.

El músculo estilogloso se origina en el borde anterior de la apófisis estiloides y del ligamento estilohioides que es una banda, fina que va desde la punta de la apófisis estiloides hasta el asta menor del hueso hioides; el músculo se dirige hacia adelante, abajo y adentro, para insertarse en un lado de la lengua, y entremezcla sus fibras con las de otros músculos.

El geniogloso se origina a uno y otros lados de las apófisis geni superiores del maxilar inferior, exactamente por arriba del genihioides. Desde su punto de origen se abre a manera de abanico y su trayecto hacia atrás; las fibras más bajas se insertan en el cuerpo del hioides. El número mayor de fibras se dirige en sentido oblicuo hacia arriba y atrás, para entremezclarse con otros músculos, en todo el cuerpo de la lengua, y las más anteriores se encorvan y después se dirige hacia adelante, para llegar al extremo o punta de la lengua.

Los tres músculos extrínsecos, a semejanza de los intrínsecos reciben filletes del nervio hipogloso. Junto con los intrínsecos mueven la lengua y sus acciones principales pueden advertirse, por su posición y dirección el hiogloso aplana la lengua y aproxima el dorso de la misma al hueso hioides; el estilogloso lleva la lengua hacia arriba y atrás y el geniogloso tira el cuerpo de la lengua hacia adelante y abajo, y el hueso hioides, en sentido anterior de tal forma que permite que sobresalga la lengua de las arcadas dentarias. La lengua puede sobresalir en la línea media únicamente si actúan de manera concentrada los músculos de ambos lados y por esta razón es fácil diagnosticar la parálisis del nervio hipogloso al pedir al individuo que saque la lengua hasta donde pueda; la lengua sale únicamente por la acción de los músculos en el lado sano, y de este modo se desvía el lado paralizado.

Otro músculo menor que los mencionados también se inserta en la lengua y es el palatogloso y se describe con los músculos de paladar blando; llega a la lengua en sentido anterior al estilogloso por arriba del mismo, pero es poco probable que contribuya a los movimientos de este órgano musculoso.

Vasos Linguales.

Después de nacer en la arteria carótida externa, la arteria lingual se dirige hacia adelante por arriba del hueso hioides, y en plano profundo al músculo hiogloso. Emite una fina rama suprahioides que cursa por el borde superior de dicho hueso, en plano superficial al músculo hiogloso, pero surgen otras ramas en su trayecto por debajo de dicho músculo.

Además de una ramilla a la región amigdalina, la arteria lingual emite

una o dos arterias dorsales de la lengua que se dirigen hacia arriba entre el hiogloso y el geniogloso, hasta el dorso de la lengua; se distribuyen en la parte posterior de este órgano, especialmente en la zona faríngea. La arteria sublingual nace cerca del borde anterior del músculo hiogloso y sigue hacia adelante, entre el milohioideo y el geniogloso, para distribuirse en ellos y también en el genioidoideo y la glándula sublingual. El resto de la arteria lingual, de mayor tamaño que la sublingual es la arteria ranina que se dirige hacia adelante, en la cara inferior de la lengua, entre el músculo lingual inferior y el geniogloso y una vez que llega a su destino en la cara libre inferior de la lengua, queda muy junto a la mucosa. En esta zona está acompañada por la vena profunda de la lengua que puede identificarse fácilmente a través de la membrana mucosa, en el sujeto vivo. Las venas lingual profunda y sublingual, forman la lengua satélite del nervio hipogloso, que cursa con dicho nervio por fuera del músculo hiogloso, en tanto que las venas del dorso de la lengua acompañan a la arteria lingual en su trayecto profundo en relación con el hiogloso.

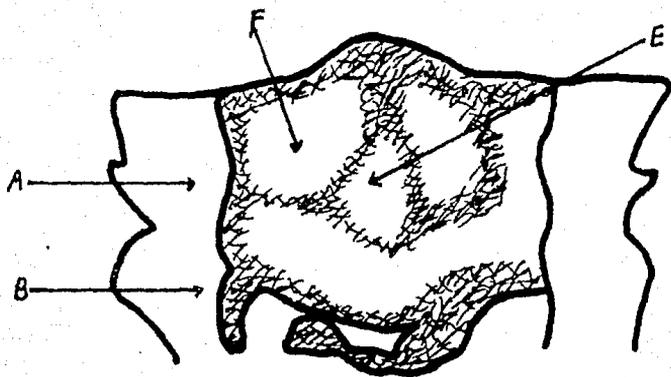
Los vasos y ganglios linfáticos de la lengua tienen importancia particular, porque con relativa frecuencia son atacados por el carcinoma de la lengua. Los que están en la parte anterior de la lengua siguen hacia abajo entre los músculos de la lengua penetran en el milohioideo y terminan en parte en los ganglios submentonianos, en parte en los submaxilares, y en parte, al esquivar estos ganglios en otros de la cadena cervical profunda incluso hasta el yugulo-omohioideo, sitio en el cual el músculo culoomohioideo cruza la vena yugular interna. Los linfáticos de la parte más posterior de la lengua transcurren por detrás del borde del milohioideo y establecen conexión con los ganglios cervicales profundos, y los que están en el tercio posterior de la lengua penetran en la pared faríngea lateral, para terminar en los ganglios cervicales profundos. Además los linfáticos de la porción central de la lengua, a diferencia de los del borde, drenan su linfa en el mismolado y en el lado contrario.

Nervios.

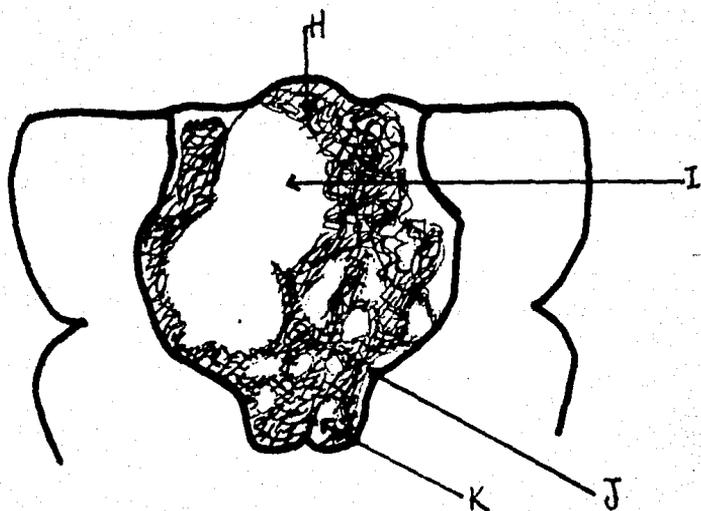
El nervio lingual se distribuye en la mucosa por delante de las papilas circunvaladas, y de este modo, hasta los dos tercios anteriores de la lengua. Las fibras aferentes que reciben el nervio lingual de la cuerda del timpano que es rama del nervio facial, se distribuye en las yemas gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua, y únicamente transportan los impulsos gustativos; las fibras del nervio lingual que provienen del trigémino, median sólo la sensación general, de la mucosa.

El nervio glossofaríngeo se distribuyen en gran parte de la mucosa del tercio posterior de la lengua, con fibras para el gusto, que terminan especialmente en las papilas circunvaladas, y con fibras para la sensación general, inervación que es complementada en la zona más posterior de la lengua, por ramillas que provienen de los dos nervios neumogástricos o vagos. El nervio glossofaríngeo sigue hacia abajo y adelante entre las arterias carótidas externa e interna, y emite en esa posición una rama carotídea, que se distribuye en dicho seno y en el cropúsculo de igual nombre y una o más ramas faríngeas, que al unirse con las ramas del neumogástrico, forman el plexo faríngeo. Después

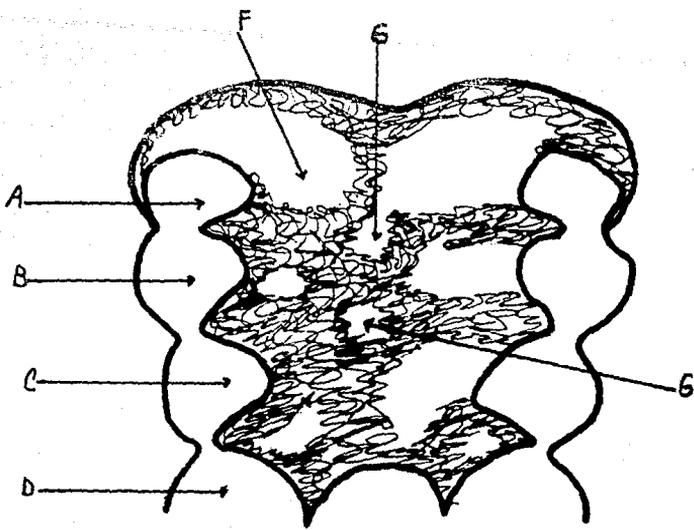
desciende y sigue hacia adelante, y en primer lugar está por debajo y después por fuera del músculo más interno, que es el estilofaríngeo que proviene de la apófisis estiloideas, y para dicho músculo emite su única ramilla muscular. En su trayecto a la lengua sigue a un lado de la pared faríngea, inmediatamente por fuera de la amígdala, y emite una o más ramas amigdalinas a la faringe. Después gira hacia arriba para llegar a la pared posterior de la lengua, y transcurre en sentido profundo a los músculos estilogloso e hiogloso, para dividirse en sus ramas terminales.



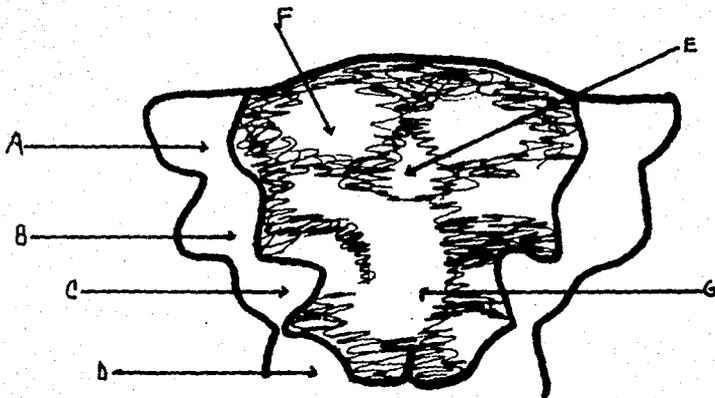
Corte de la pared anterior de la boca y faringe de un embrión de seis semanas



Corte de la pared anterior de la boca y faringe de un embrión de siete semanas.

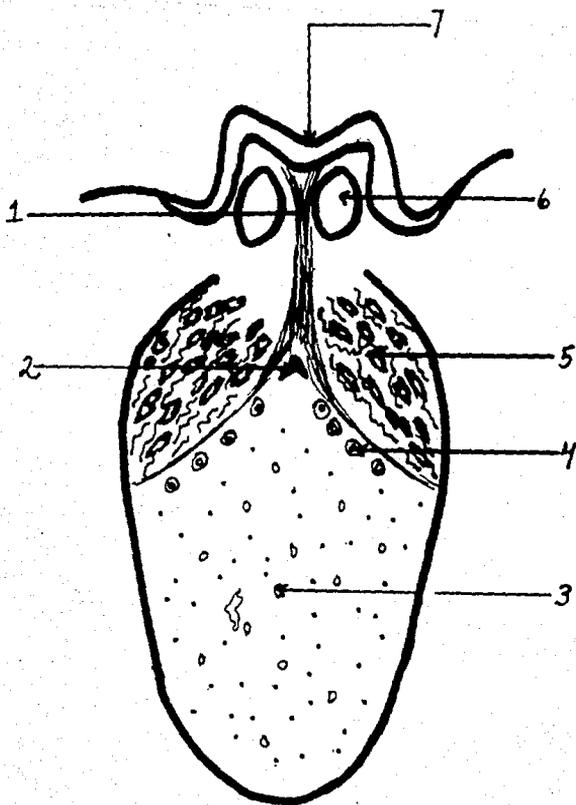


Corte de la pared anterior de la boca y faringe de
Un embrión de cuatro semanas



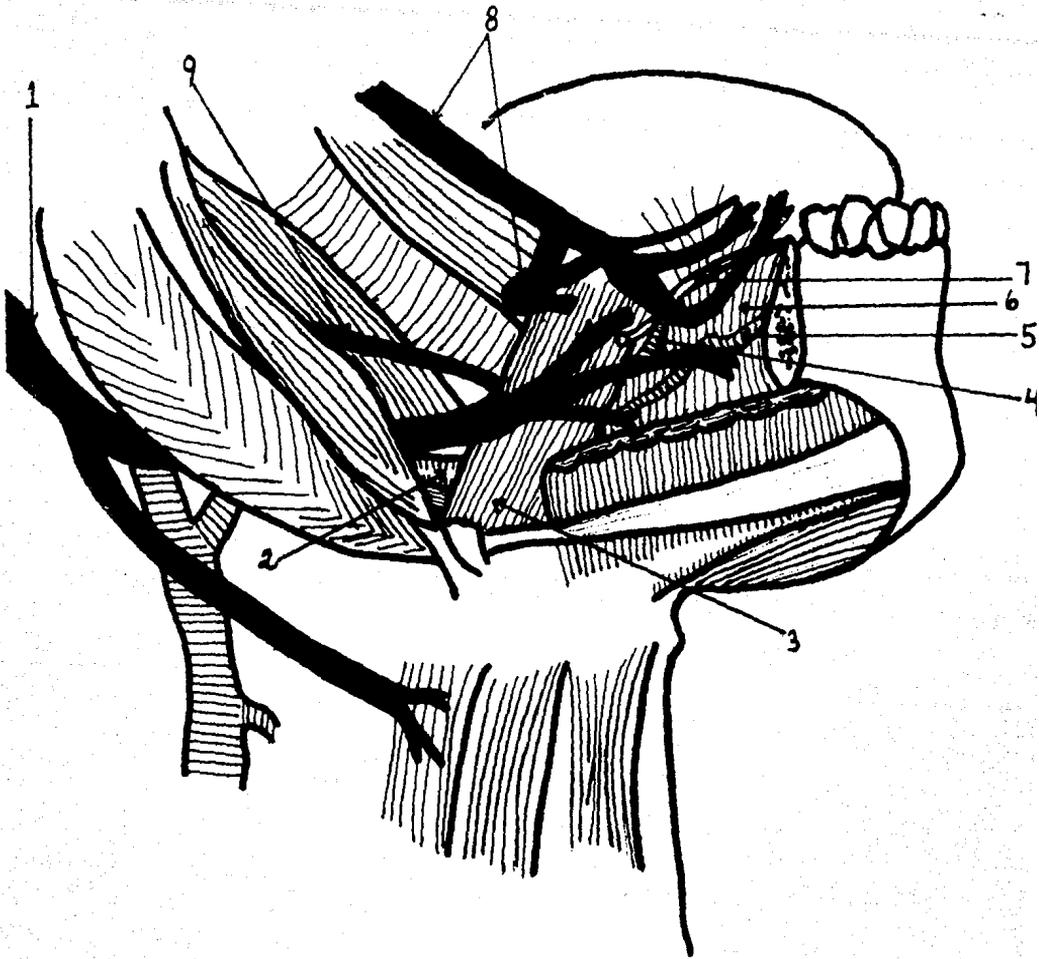
Corte de la pared anterior de la boca y faringe de
un embrión de cinco semanas.

- A.—primer arco branquial
- B.—segundo arco branquial
- C.—Tercer arco branquial
- D.—cuarto arco branquial
- E.—tubérculo impar
- F.—tubérculo lingual lateral
- G.—cópula
- H.—punta de la lengua
- I.—cuerpo de la lengua
- J.—agujero ciego
- K.—base de la lengua



— DORSO DE LA LENGUA —

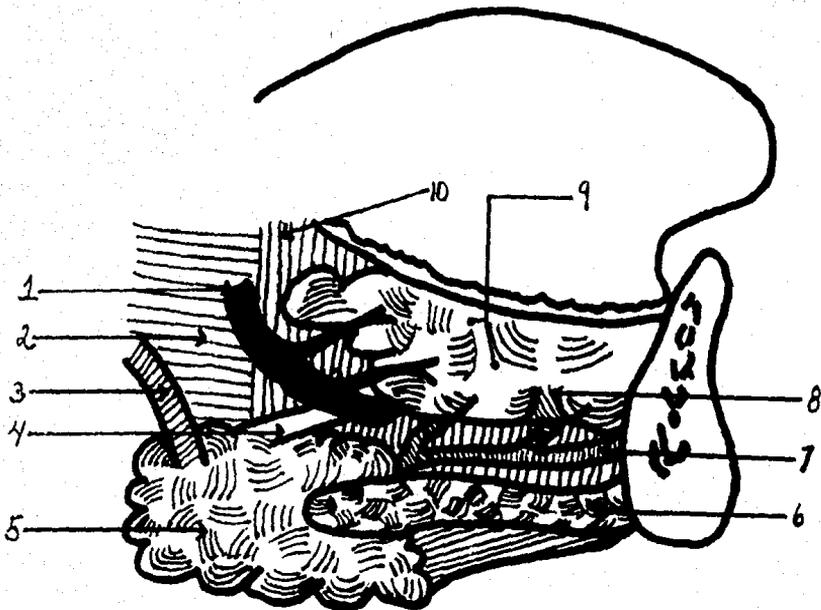
- 1.—Pliegue glosopiglótico
- 2.—Agujero ciego
- 3.—Papila fungiforme
- 4.—Papilas circunvaladas
- 5.—Tejido linfoide
- 6.—Vallécula epiglótica
- 7.—Epiglottis



— RELACIONES ENTRE NERVIOS Y ARTERIAS POR ARRIBA —
 DEL MUSCULO MILOHIODEO SE HAN QUITADO LAS
 GLANDULAS SUBMAXILAR Y SUBLINGUAL

- 1.—Nervio hipogloso
- 2.—Arteria lingual
- 3.—Hiogloso
- 4.—Arteria ranina
- 5.—Arteria sublingual

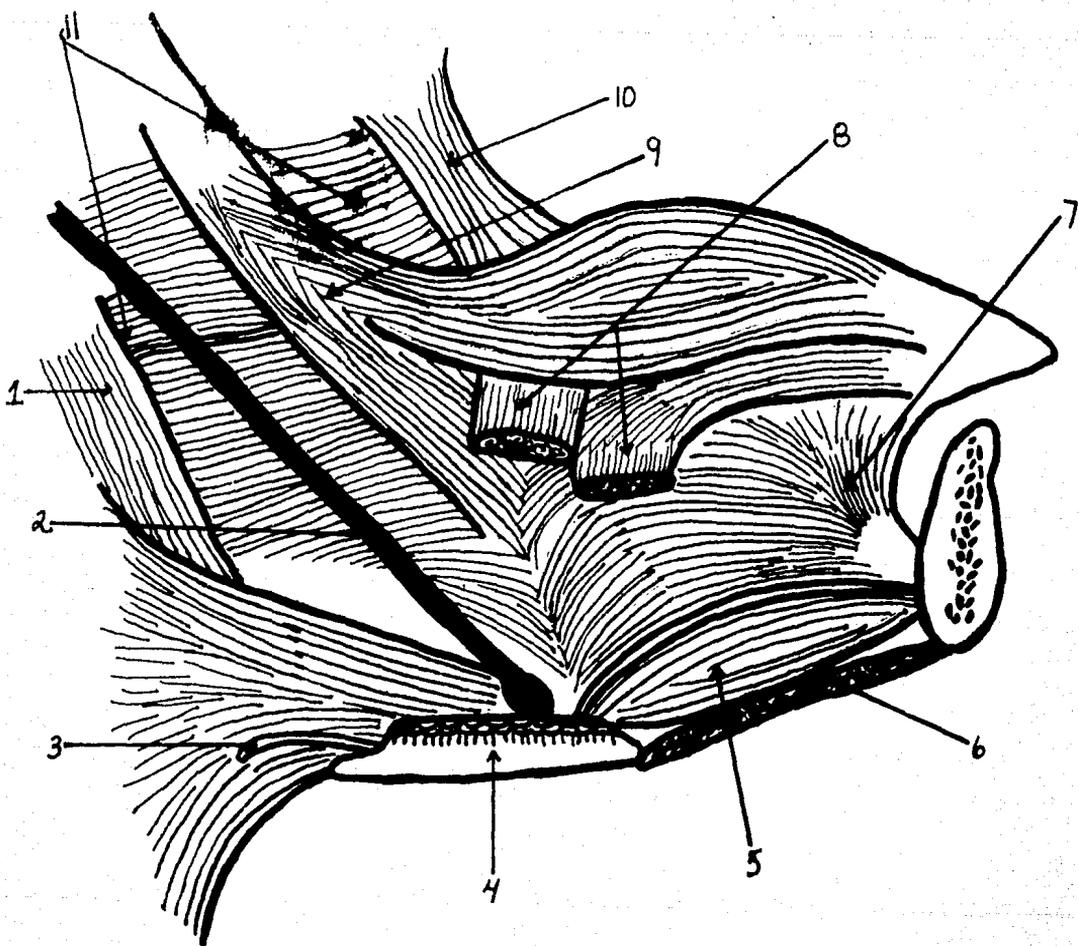
- 6.—Geniogloso
- 7.—Conducto submaxilar
- 8.—Nervio lingual y ganglio submaxilar
- 9.—Nervio glossofaringeo sobre el estilofaringeo



GLANDULAS SUBMAXILAR Y SUBLINGUAL VISTAS DESDE LA CARA LATERAL DESPUES DE ELIMINAR EL MAXILAR INF.

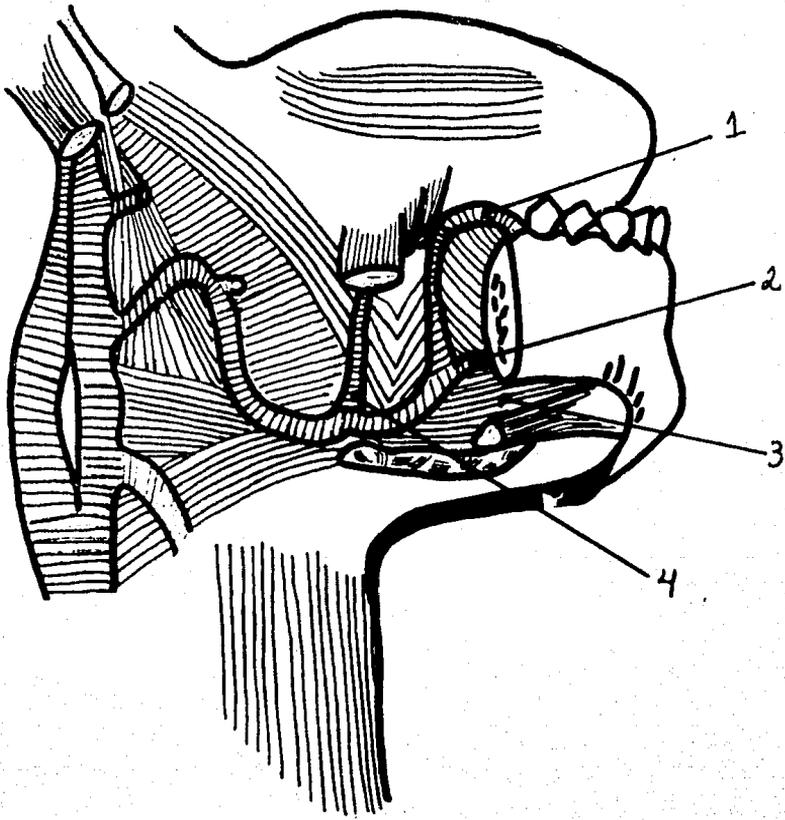
- 1.—Nervio lingual
- 2.—Músculo constrictor de la faringe.
- 3.—Arteria facial
- 4.—Conducto submaxilar
- 5.—Glándula submaxilar

- 6.—Miloideo
- 7.—Arteria sublingual
- 8.—Glándula sublingual
- 9.—Conductos sublinguales
- 10.—Hígloso



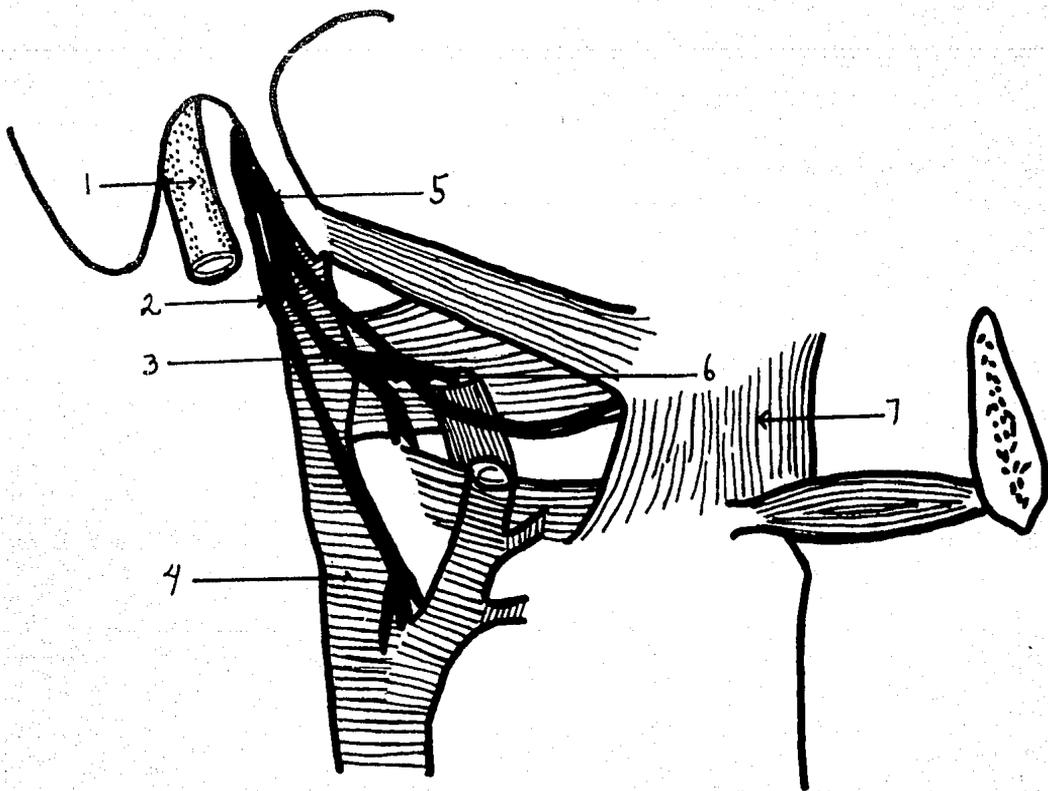
- 1.—Estilofaríngeo
- 2.—Ligamento estilohioides
- 3.—Constrictor medio de la faringe
- 4.—Hiogloso
- 5.—Geniohioides
- 6.—Milohioides

- 7.—Geniogloso
- 8.—Hiogloso
- 9.—Estilgloso
- 10.—Palatogloso
- 11.—Constrictor Sup. de la faringe.



— ARTERIA LINGUAL —

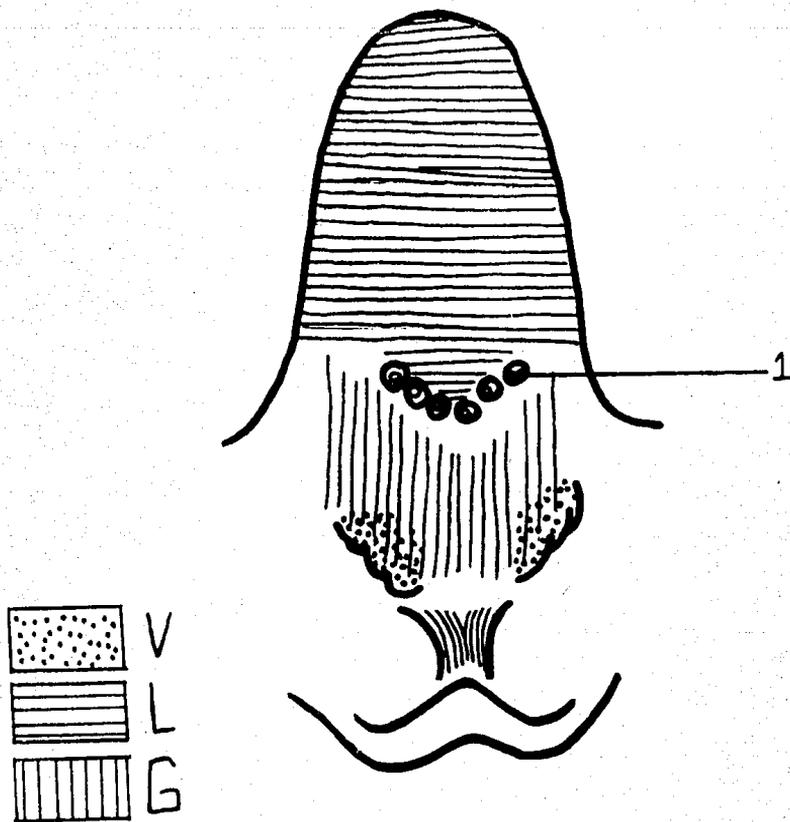
- 1.—Arteria ranina
- 2.—Arteria sublingual
- 3.—Genioglos o
- 4.—Arteria del dorso de la lengua



NERVIO GLOsofaríngeo DESPUES DE SALIR DE LA FOSA YUGULAR

- 1.—Vena Yugular Interna
- 2.—Rama Carotídea
- 3.—Rama Faringea
- 4.—Arteria Carotídea Interna

- 5.—Nervio Glossofaríngeo
- 6.—Rama del Estilofaringeo
- 7.—Hiogloso



INERVACION SENSITIVA DE LA LENGUA

1.—Papilas circunvaladas.

V— Vago
 L— Lingual
 G— Glossofaríngeo

CAPITULO II

CONSIDERACIONES BREVES SOBRE LOS SINDROMES QUE AFECTAN A LA LENGUA EN SU TAMAÑO

La macroglosia (lengua de gran tamaño) se observa con mayor frecuencia que la aglosia o la microglosia. Puede ser de tipo primario o secundario. La macroglosia primaria (congénita) es debida al desarrollo excesivo de los músculos de la lengua, que puede estar relacionado con una hipertrofia muscular generalizada que afecte todo el cuerpo. La macroglosia secundaria (adquirida) es debida a la relajación de la musculatura lingual, cualquiera que sea su base etiológica. Los trastornos endócrinos como el hiperpituitarismo y la acromegalia, con aumento consecutivo de la mandíbula, origina la relajación muscular y aumento de tamaño simultáneo de la lengua. La extracción de los dientes del maxilar inferior (o de todos los dientes) también permite la relajación de la musculatura de la lengua, ocasionando así su aumento de tamaño.

Cuando la macroglosia es malformativa no siempre es apreciable al nacer, a menos que manifieste cierto grado de prolapso. Esto dificulta la succión debiendo recurrirse, por esta circunstancia, a un biberón de tetina larga o a una cucharadita para alimentar al bebé. El progreso de la anomalía se hace francamente notable durante los tres primeros años de vida.

En los casos graves sale la lengua de la boca, entreabriendo el orificio bucal y permitiendo el escurrimiento de la saliva hacia el exterior, macerando los labios. La superficie extrabucal del órgano se seca y hasta puede fisurarse, presentar erosiones y, secundariamente, infectarse.

La deformación máxima suele tener lugar alrededor de los quince años para luego estabilizarse.

La macroglosia prácticamente no altera la deglución pero la aprehensión de los alimentos sólidos se torna difícil y hasta imposible, así como la masticación. El hiodes está elevado y avanzado lo mismo que la laringe. La respiración es, por lo común, normal pues el prolapso del órgano mantiene libre la vía aérea a nivel de la glotis.

En cambio, la emisión de la palabra está muy alterada siendo, en los casos extremos, ininteligible el lenguaje. Aquí y aun en otros casos de menor importancia, si bien suele ser de inteligencia normal (excepción hecha de los mongólicos) estos enfermos son tímidos y tristes y su aspecto es grotesco.

Puede deberse a un aumento de masa muscular o de alguno o algunos de otros tejidos del órgano en cuyo caso sus cubiertas mucosas son normales, a lo sumo con las papilas más marcadas y salientes. En la mayor parte de los casos están correctamente distribuidos. Una lengua de esas características se palpa más dura.

La potencia de la masa muscular, aumentada de tamaño, es capaz de modificar sustancialmente el patrón de crecimiento mandibular y el alineamiento dentario dando lugar a prognatismo, mordida abierta o ambas alteraciones a la vez. También conduce a la presentación de alteraciones en la posición e implantación de los dientes anteriores de ambos maxilares.

Es conocida la importancia del empuje lingual exagerado en la génesis de la enfermedad periodóntica.

Una lengua de tamaño normal, por vicios de funcionalidad tales como interposición entre las arcadas, deglución infantil, etc. puede generar las mismas anomalías dentomaxilares que una macroglosia.

La hipertrofia muscular lingual congénita es casi siempre una anomalía aislada y por lógica primitiva con relación a las óseas y dentarias que son secundarias a la acción de aquélla.

Más raramente se asocia a otras alteraciones congénitas a veces genéticas, e integra una constelación de síndromes muy diversos.

Así por ejemplo, se ve hipertrofia muscular lingual de un solo lado en el síndrome de la hemihipertrofia facial y también en el síndrome de la hemihipertrofia corporal generalizada.

Es frecuente mencionar este hipercrecimiento muscular lingual como una de las alteraciones que se presentan en las variantes I y II de las mucopolisacaridosis conocidas como síndrome de Hurler-Hunter aunque tal vez sea mejor considerarlas como una macroglosia relativa, por menor desarrollo mandibular.

Algo semejante debe aceptarse para la llamada macroglosia de los pacientes con síndrome de Down (mongolismo). Aquí se trata, casi siempre, de una lengua escrotal o cerebriforme que ocupa un espacio empequeñecido por maxilares hipodesarrollados.

Las otras causas de macroglosia congénita son los tumores vasculares malformativos (hemangiomas-linfangiomas, o hemolinfangiomas, combinación de ambos. Precisamente este término fue utilizado por primera vez por Virchow en el siglo pasado para identificar a un linfangioma lingual.

Estos tumores pueden afectar masivamente a la lengua o una buena parte de ella y pueden desarrollarse entre las fibras musculares o también por encima de ellas, es decir, inmediatamente por debajo de la mucosa. En este último caso se facilita el diagnóstico por la aparición de ectasias vasculares de aspecto vesiculoide y color blanco-grisáceo u opalino.

Otra posibilidad, aunque mucho más rara, de tumor malformativo lingual es el hallazgo de un neurofibroma integrante por lo general de la enfermedad de Von Recklinghausen. Existen otras causas, la mayoría de las cuales figuran en el cuadro respectivo.

A continuación presentaré los síndromes en los que se hace presente la macroglosia.

—Síndrome de Beckwith-Wiedemann.

Síndrome de macroglosia-onfalocele, síndrome de exónfalos macroglosia gigantismo).

Es de condición desconocida. Un patrón familiar ha sido postulado en pocos casos pero la impresión general es que la mayoría de los casos observados han sido esporádicos.

Características Cardinales del Síndrome:

Grandes al nacer, aceleración rápida de crecimiento en los dos primeros meses de vida. El gigantismo somático neonatal ha sido observado en pocos casos y sigue siendo significativo en los que fueron seguidos por períodos más largos.

Aparte de exónfalos, macroglosia muscular, gigantismo e hipoglicemia neonatal, otras características del síndrome menos encontrados son: hemihipertrofia, microcefalia, occipucio prominente, macrosomia, nevus flammeus facial menos prominente durante el primer año, surcos y hoyuelos asimétricos en el lóbulo de la oreja, retraso mental y policitemia neonatal.

Se ha visto que existe rango y puede variar desde formas muy severas a leves. La asociación de hipoglicemia neonatal profunda en el infante con la forma severa, puede ser responsables para muertes en estos casos en la vida temprana.

La aparición de hipoglicemia severa al tercer día de nacido es típico cuando ocurre este fenómeno.

La macroglosia es conspicua al nacer en todos los casos y es importante diagnósticamente. Se cree que regresa gradualmente durante los años, aunque pueda deberse a la acomodación de la lengua grande en una cavidad oral en lugar del encogimiento actual de la lengua.

La mala oclusión y defectos leves de lenguaje han mostrado que existen en niños que sobreviven lo bastante. Los métodos quirúrgicos y/o conservativos de tratamiento pueden ser adoptados en el manejo del exónfalos dependiendo en el tamaño del defecto y de la integridad de la membrana.

— Linfoma Histiocítico Sarcoma de Célula—Reticular—
de la Lengua manifestándose como Macroglosia.

Los linfomas histiocíticos ocurren en los tejidos blandos de la región oral y en las quijadas, y en algunos casos las lesiones orales son las primeras en dar lugar a los síntomas.

El foco primario del linfoma maligno de la cavidad oral y a su alrededor resulta de glándulas mayores y menores salivarias y mucosales, amígdalas y médula ósea. La enfermedad secundaria puede encontrarse en todos los tejidos de la cabeza y cuello.

El sarcoma de la célula reticular afecta a los hombres más que a las mujeres, y ocurre en la edad media o después. En la región oral, este sarcoma ocurre en los tejidos blandos o en las quijadas y puede ser la única lesión pre-

sente. En los tejidos blandos la lesión se manifiesta como hinchazón firme, que a veces se ulcera. Las lesiones orales pueden estimular una condición menos seria como granuloma piogénico o infección de Vincent. El sarcoma de célula reticular en las quijadas, ocurre como lesión aislada y es benigna.

El examen físico reveló una masa grande en la lengua involucrando la base izquierda de la lengua y el margen anterolateral izquierdo. La masa parecía extenderse e nel hipofaringe. Sin ulceración o crecimiento superficial en la superficie de la lengua.

El diagnóstico diferencial incluye tumores metastásicos en la lengua, los cuales son responsables para el 1% de todos los tumores malignos de la cavidad oral. Los lugares primarios más comunes reportados son pulmón, riñón y estómago. Los tumores metastásicos en los tejidos blandos de la cavidad oral son raros comparados con metástasis de las quijadas.

— Linfangioma Circunscripto de la Lengua —

Los linfangiomas involucrando partes de la lengua son raros.

Se localizan con mayor frecuencia en los dos tercios anteriores de la lengua, pero puede involucrar la región alrededor del epiglotis y áreas mayores de la cavidad oral.

El tumor se presenta al nacer o se nota durante los primeros años de vida, pero en pocos casos el comienzo de síntomas es retrasado hasta la vida adulta. Los angiomas amplios muestran macroglosia permanente o intermitente, debido a aumento de tumor causado por infección, trauma o dieta como la última enfermedad menos mencionada es característico y a veces dramático, puede ser de interés una historia típica.

Se presentan ataques de hinchazón a intervalos semanales, provocados por trauma y asociados con infección nasofaríngea. En estos ataques se notaron elementos amarillentos, rojos y azules vesiculares en dorso y superficie inferior de la punta de la lengua, con hinchazón pronunciada, sin ocluir los dientes, siendo difícil la deglución y sólo podía beber con una pajita. No hay dolor ni dificultad al respirar.

Se vio macroglosia severa, con salida de la lengua por lo que no era posible la oclusión dental. En la mitad distal a dos tercios del dorso de la lengua, extendiendo alrededor de la superficie inferior y del frenillo, presentándose vesículas densas de 2 a 3mm variando en color desde amarillo paja a rojo claro o azul negro, dependiendo en los contenidos de las vesículas.

La macroglosia aguda fue causada por la traumatización de obtener biopsia y posiblemente por la infección secundaria. La patogénesis se asume a ser hemorragia en los espacios linfáticos como resultado de la traumatización de los vasos de pared delgada en el septo del tejido conectivo junto con la inflamación y linfoedema.

El mejor tratamiento parece ser la excisión de pequeños tumores y resección en cuña o hemiglossectomía en el caso de los tumores grandes.

Como está es un tumor benigno, el tratamiento sólo se indica cuando hay síntomas molestos, en la macroglosia permanente. El tratamiento puede indicarse si resulta de nuevo de la macroglosia permanente en la mala oclusión de los dientes.

— Mucopolisacaridosis I - H, Síndrome de Hurler —

Las mucopolisacaridosis son trastornos hereditarios del metabolismo de los mucopolisacáridos.

La mucopolisacaridosis I-H fue descrita por primera vez en 1919 por Hurler y presenta las siguientes manifestaciones:

- a).—Insuficiencia del crecimiento después de la infancia
- b).—Retardo mental acentuado
- c).—Dismorfismo craneofacial
- d).—Disostosis múltiples
- e).—Enturbiamiento corneal
- f).—Evidencia histoquímica y bioquímica de almacenamiento intracelular de mucopolisacáridos ácidos.
- g).—Excreción urinaria excesiva de mucopolisacáridos

En los primeros meses de vida existen escasas manifestaciones relativamente inespecíficas tales como hernia, macrocefalia, limitación de abducción de la cadera e infecciones respiratorias residivantes. El cuadro clínico completo se desarrolla por lo común en el segundo año de vida, la muerte se produce en general antes de los diez años, a causa de neumonía e insuficiencia cardíaca.

Manifestaciones generales

Rudeza de rasgos faciales, cabeza voluminosa, puente nasal hundido, distancia interpupilar mayor que la normal, mejillas voluminosas, labios aumentados de tamaño y la boca se mantiene por lo general abierta, es acentuada una secreción nasal crónica, al igual que la congestión nasal con respiración estertorosa a través de la boca, lo que está en relación con el tejido adenoide hiperplásico y con la fosa craneal profunda que estrecha la vía aérea entre el esfenoides y el paladar duro. Disminuyen progresivamente los reflejos del vómito y de la deglución.

El aumento de tamaño de los labios y la lengua llega a ser más acentuada después de los cinco años.

Los dientes están ampliamente espaciados y a causa de la macroglosia puede existir mordida abierta anterior, y erupción retardada.

— Síndrome de Hunter-Mucopolisacaridosis II —

Son pacientes que presentan mucopolisacaridosis ligada a cromosoma X.

Las manifestaciones generales son similares al síndrome de Hurler a diferencia de que en el síndrome de Hunter la inteligencia se ve afectada.

Manifestaciones Orales:

Los dientes están ampliamente separados. La lengua está aumentada de tamaño, sobre todo después de los cinco años. Las mismas alteraciones obser-

vadas en el síndrome de Hurler se hallan también en la forma del síndrome de Hunter.

— Síndrome de Trisomía 21 —
(Síndrome de Down)

La trisomía 21 es el más común y mejor conocido de todos los síndromes malformativos. Sobre este síndrome se han hecho estudios exhaustivos en el que se han presentado innumerables revisiones, por esta razón me concretaré a estudiar las manifestaciones orales y en particular los que involucran la lengua.

Los labios son anchos, irregulares fisurados y secos en el 65% en más de este porcentaje se observa boca abierta con lengua en protrusión. La lengua aparece relativamente voluminosa a causa de la pequeñez de la cavidad oral. El hecho de que la "lengua voluminosa" es relativa fue demostrado por Adran.

En ocasiones puede existir macroglosia verdadera, es común que la lengua esté fisurada en el 30% de los casos.

— Mucopolisacaridosis VI —
(Síndrome de Maroteaux-Lamy)

Maroteaux-Lamy en 1963 describieron un paciente con un fenotipo de Hurler moderadamente grave, con inteligencia normal y excreción elevada urinaria de dermatansulfato. La naturaleza de la mucopolis VI fue establecida en 1972 una proteína que corrige específicamente el defecto bioquímico en los fibroblastos del síndrome Maroteaux-Lamy.

Manifestaciones Generales:

Similares a las del síndrome de Hurler

Manifestaciones orales:

La lengua adquiere gran tamaño, tan pronto como se desarrolla por completo el cuadro clínico. Los dientes están con frecuencia muy esparcidos. La erupción de molares permanentes es retardada por defectos óseos radiotransparentes que representan la acumulación de dermatansulfato en los folículos hiperplásicos.

— Gangliosidosis GMI Tipo I —

Producida por acumulación generalizada de gangliósido GMI y por almacenamiento visceral y mesenquimatoso de MPSA semejantes al queratansulfato.

La afección se manifiesta en el momento del nacimiento. El cuadro clínico desarrollado se caracteriza por deterioro cerebral progresivo, con muerte, que ocurre generalmente antes de los dos años y por manifestaciones radiográficas que se asemejan a la enfermedad, celular-I o a la mucopolisacaridosis I-H. Manifestaciones generales:

Similares al síndrome de Hurler.

Manifestaciones Orales:

Aumento de tamaño de la lengua y apófisis alveolares. Acumulo de material de almacenamiento alrededor de los primeros molares permanentes incluídos.

— Hiperpituitarismo —

(Adultos se conoce como Acromegalia)

Adenoma acidófilo por secreción excesiva de hormona de crecimiento.

Manifestaciones Generales:

Deformación de cráneo, mandíbula, nariz, borde superior de órbita, prognatismo, lengua agrandada que puede provocar mordida abierta.

— Hipotiroidismo —

(Adultos se conoce como Mixedema)

Inadecuada producción de hormona tiroidea, falta de tiroides o afección de la glándula.

Manifestaciones bucales:

Macroglosia, palabra lenta, tono grave, lengua pálida, roja y lisa, labios engrosados y pálidos, corpúsculos del gusto atrofiados, resorción alveolar por falta de producción de calcitonina, hipertrofia gingival y aumento de susceptibilidad a la caries.

— Macroglosia Linfangiomatosa —

El linfangioma de la lengua es un tumor relativamente raro, pero es la causa más común de macroglosia. El linfangioma es un tumor benigno de origen congénito que se presentan durante los dos primeros años de vida. La lengua puede crecer a un punto de protusión por los labios con ulceración y necrosis franca de la punta por exposición. La mala oclusión y prognatismo puede ser producido por la lengua crecida.

La macroglosia tiene muchas etiologías, incluyendo linfangioma, hemangioma, hipertrofia muscular, amiloidosis primaria y secundaria y neurofibroma. macroglosia congénita muscular raramente ocurre sola. Está asociada con otras anomalías congénitas como cretinismo, mongolismo o gargoilismo.

Los linfangiomas son la causa más común de macroglosia. Involucran la cavidad oral más que cualquier otra área del cuerpo. La lengua es el órgano más involucrado, seguido por la mejilla, labio y otras áreas de la mucosa bucal.

Se dice que los linfangiomas resultan de los restos linfáticos congénitos y pueden mostrar evidencia de nueva formación de canal linfático. Con infección del linfangioma hay infiltración linfocítica y formación de tejido fibroso que conduce a más dilatación de los conductos linfáticos.

Las lesiones aisladas linfangiomatosas y hemangiomatosas en la superficie de la lengua pueden verse al nacer.

La lengua aumenta de tamaño con cada episodio de infección y eventualmente sale por los labios. La superficie expuesta se reseca, se fisura y se decolora. Las papilas linguales son más grandes y la lengua asume una apariencia granular. Puede haber hemangiomas en la superficie dorsal y ventral de la lengua. Al hincharse la lengua, la boca no puede cerrarse; babean y el paciente tiene dificultad en deglutir y en hablar.

La macroglosia conduce a deformidades mandibulares como prognatismo y aumento en el ángulo entre el cuerpo y la rama de la quijada, hay una mordida anterior abierta y los incisivos son empujados hacia afuera y se separan. Las deformidades de la mandíbula y dientes retornan a casi la configuración normal si se corrige la condición a una edad temprana.

La macroglosia rara vez causa problemas respiratorios, pero las dificultades en deglución y articulación son encontradas.

— Linfangioendoteliomatosis Macroglósa —

La macroglosia linfangiomatosa encontrada en 1.5% de tumores vasculares orales.

Se puede definir la macroglosia como crecimiento difuso de la lengua, excluyendo las lesiones focales como neoplasmas primarios, metástasis, tiroide lingual y tejido heterotópico cerebral. Que los linfangiomas glosales, la causa más frecuente de macroglosia adquirida tiene origen congénito.

Los linfangiomas resultan del tejido linfático estriban en que son derivados del saco linfoyugular y secuestrados en crecimientos laterales y tubérculo impar de la lengua fetal.

La lesión también difiere de la hiperplasia papilar endotoelial en que esta condición involucra la proliferación frondosa papilares del endotelio de manera de tumor.

Los linfangiomas vistos en el grupo pediátrico son manifestados por nódulos protuberantes liláceos en la superficie de la lengua.

CAPITULO III

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA MACROGLOSIA

La cirugía para la corrección de la macroglosia se ha venido haciendo desde 1658, aún antes de la introducción de la anestesia general.

Weinberg et. al. ha indicado que "existen pocas oportunidades de estudiar anomalías severas congénitas de la lengua" y Nordenram ha indicado que pocos artículos han sido publicados tratando con la excisión de la lengua. Se ha reportado la cirugía para dos tipos de macroglosia:

- 1.—Cuando la lengua es ancha y gruesa.
- 2.—Cuando la lengua es larga

1.—Corrección de la lengua ancha y gruesa:

Se marca una elipse en la lengua en forma de diamante con verde brillante, con cada lado midiendo 6cm. La lengua es resectada a lo largo de los bordes designados, con la resección extendida por el espesor completo de la lengua, después se repara en varias capas, usando capas de 2-0 Vikryl. La hemostasia casi siempre se obtiene antes del cierre, después se vigila durante 48 horas o más para asegurar un pasaje adecuado nasal.

II.—Corrección de lengua larga:

La parte a ser resectada se marca con verde brillante, y preoperatoriamente se estima la longitud lingual a ser resectada.

Se lleva a cabo una resección de espesor completo, después de obtenerse la hemostasia completa, la sustancia intramural de la lengua es reparada en varias capas.

A continuación describiremos algunos tratamientos sugeridos para algunas anomalías que afectan a la lengua.

-- Macroglosia Linfagiomatosa --

Los objetivos en el tratamiento de este padecimiento son la preservación del sentido del gusto, restauración del tamaño de la lengua para la articulación fonética, corrección de las deformidades mandibulares, dentales y cosméticas. Varios métodos para reducir la lengua han sido tratados, incluyendo resección quirúrgica, inyección de soluciones esclerosantes, electrocoagulación e irradiación.

Butlín sugiere que sólo "hay un tratamiento para la macroglosia linfagiomatosa, la excisión en forma de cuña". No puede haber erradicación completa por cualquier método incluyendo excisión quirúrgica, a menos de que el tumor sea limitado.

Las operaciones radicales dejando al paciente con deformidad son condenadas.

Cuando la excisión quirúrgica es hecha, sólo la lengua debe extirparse de manera que puede entrar de nuevo a la boca y hacer posible la oclusión.

Existen varios enfoques quirúrgicos a este problema:

- 1.—Resección de cuña en forma de V en que todo el grosor de la punta es movida al nivel de la papila circunvalada.
- 2.—La resección marginal lateral.
- 3.—Combinación de resección de cuña y marginal.
- 4.—Resección en forma de U con la punta abierta de la incisión posteriormente.
- 5.—Enfoque intraoral y submentoniana para excisión propuesta en este caso.

No importando el método usado, la recurrencia es alta y a menudo hay necesidad de más cirugía.

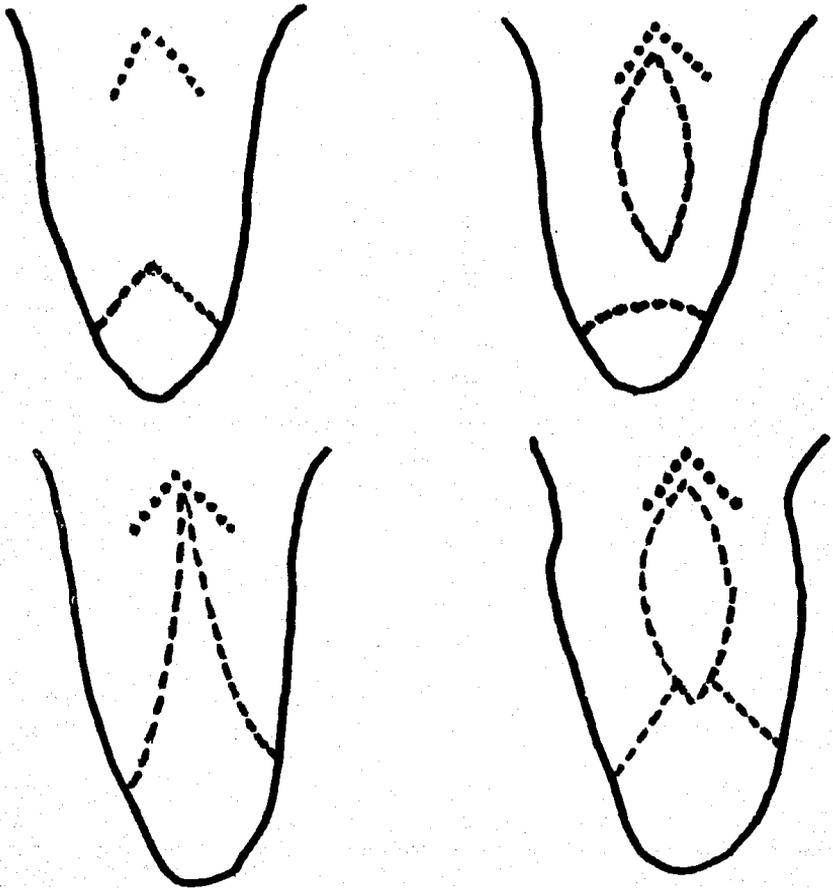
Actualmente existe controversia sobre el uso de irradiación o implantación de semillas de radón. El uso de estos métodos pueden causar cambios fibróticos en la lengua y la interferencia con el crecimiento de la mandíbula y otros huesos de la cara, causan caries dentales. Es, por lo tanto, nuestro sentimiento que no debe usarse la irradiación en el tratamiento de este orden.

— Tratamiento de la linfangioendoteliomatosis glosal:

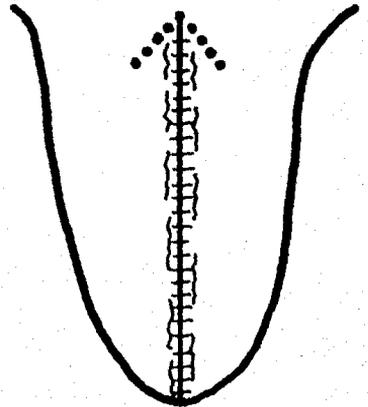
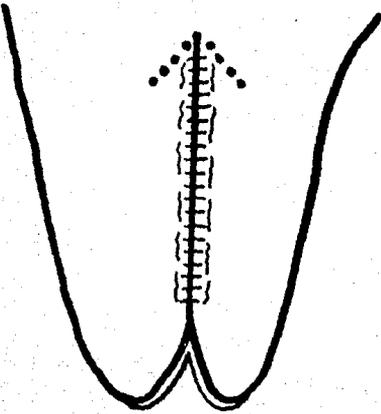
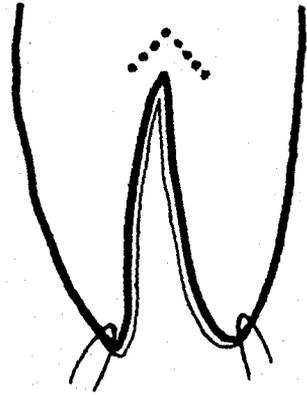
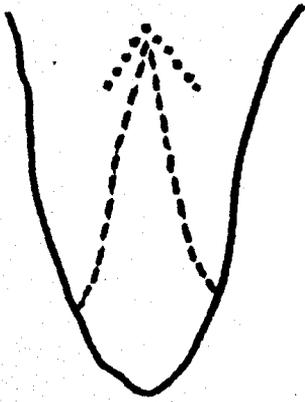
Aunque raro y poco común, cuando se encuentra exacerbada por el embarazo puede amenazar la vida, ya que puede obstruir vías aéreas. Por lo tanto, la intervención es quirúrgica.

El objetivo quirúrgico es la reducción en tamaño de la lengua, al grado de que quedarán dentro de la cavidad oral y no interfiera con la oclusión, ni con el pasaje del aire. Aunque la extirpación total del tumor linfangiomatoso no es posible, la cirugía sigue siendo preferida sobre otras modalidades, como agentes esclerosantes, aspiración de aguja e irradiación. La regresión post quirúrgica de los linfangiomas residuales es esperado. A pesar de no haber recurrencia en un período de tiempo, si recurre la macroglosia, se consideran agentes antiestrogénicos. Más intentos en estrógeno in vitro debe hacerse si hay recurrencia.

Para los demás síndromes, no existe tratamiento, sólo en casos de macroglosia persistente puede recurrirse a la cirugía reparadora (correctora).



Esquemas para la escisión parcial de la lengua
en caso de macroglosia.



Técnica operatoria para reducir tamaño de la lengua.

ASISTENCIA POSOPERATORIA

Uno de los períodos más críticos, para el paciente quirúrgico, es la fase posoperatoria inmediata, que cubre el período desde el final de la operación hasta el momento que vuelve en sí.

Paso del quirófano a la sala de recuperación.

El mejor método es colocándolo sobre una camilla rodante protegiendo así la columna vertebral tanto del paciente como del auxiliar. El cirujano a cargo o el ayudante responsable, deberán acompañar al paciente a la sala de recuperación, con una nota de esta sala en el expediente del paciente y con órdenes posoperatorias escritas.

Notas de sala de recuperación.

La nota de sala de recuperación escrita por el residente de cirugía deberá incluir un comentario sobre los siguientes factores: Nivel de conciencia, tamaño pupilar, permeabilidad de vías aéreas, modelos de respiración, velocidad y volumen del pulso, calor y color de la piel, temperatura corporal y si el paciente está sondado escreción de orina de 30 a 50 ml por hora.

Órdenes posoperatorias.

Deberá hacerse una revisión de las alergias e idiosincrasias a fármacos conocidas del paciente, después podrán escribirse las órdenes de la manera siguiente:

1) Signos vitales. deberán valorarse cada quince minutos hasta que sean estables.

2) Observar vías aéreas para investigar si hay obstrucción. Usese oxígeno humedecido por máscara, catéter o algún otro dispositivo, si se desea.

3) Posición. Elévase la cabeza de veinte a treinta grados (puede ir al cuarto de baño, cómodo junta a la cama, o reposo en cama, según esté indicado).

4) Bolsas de hielo o compresas frías en áreas deseadas si está indicado, ayuda a reducir edema y sangrado posoperatorio.

5) Las órdenes del líquido parenteral, si se necesitan y el tipo de líquido y volumen y la velocidad del flujo.

6) Analgésicos. Medicación para dolor posoperatorio que se administrará bucal o parenteralmente, según deseadoú trociscos o tabletas en casos deseados para aliviar irritación faríngea. (Esto frecuentemente es útil para reducir la molestia en el período después de la intubación, y frecuentemente contienen anestésicos tópicos; habrá de cuidarse de las alergias).

7) Antibióticos. Esto es generalmente una continuación del fármaco iniciado el día antes de la operación o durante ésta, o puede ser un agente quimioterápico añadiendoo más tarde según lo descubierto en la operación.

8) Fármacos antiinflamatorios. Puede aconsejarse la continuación de glucocorticoesteroides que fueron administrados antes o durante la operación.

9) Antieméticos. Estos se administran parenteralmente o con supositorios, según se requieran. (La hemostasia meticulosa en procedimientos intra-

bucales y evitar líquidos por la boca hasta que el paciente haya recobrado totalmente la conciencia frecuentemente eliminarán la necesidad de un antiemético).

10) Los medicamentos sedantes, ya sean éstos indicados o deseados, dependen de las necesidades del paciente.

11) Otras medicaciones u órdenes especiales.

12) Órdenes dietéticas. Si el paciente ha sido adecuadamente hidratado antes y después de la operación, y se ha reiniciado el funcionamiento gastrointestinal después de la anestesia general, es aconsejable iniciar al paciente en una dieta de líquidos claros o líquidos quirúrgicos y progresar desde allí a una dieta líquida completa o blanda. Visitas posoperatorias.

Todos los pacientes en estado posoperatorio deben valorarse totalmente en busca de evidencias de complicaciones que puedan poner en peligro o retrasar su recuperación.

Las observaciones sobre el progreso durante la fase posoperatoria deberán incluir una valoración de los siguientes factores:

- 1) Nivel de conciencia.
- 2) Permeabilidad de vías aéreas.
- 3) Valoración del sistema cardiopulmonar del paciente.
- 4) Velocidad y volumen del pulso, presión arterial y temperatura corporal.
- 5) Calor y color de la piel.
- 6) Ingreso y excreción.
- 7) Estado de la herida.
- 8) Revisión de las notas de la enfermera (no necesariamente en este orden, pero es de la mayor importancia).
- 9) Quejas específicas del paciente.

CONCLUSIONES

Al considerarse la macroglosia como una alteración en el tamaño de la lengua, ya sea uni o bilateralmente, y que su origen se encuentra vinculado a la herencia, al desarrollo o lo patológico propiamente dicho; el tratamiento de elección es quirúrgico y va a estar encaminado a las complicaciones que trae consigo dependiendo fundamentalmente al origen mismo de la alteración.

En el caso de la macroglosia linfangiomatosa, a pesar de que se han instituido infinidad de tratamientos, incluso la espera de la llegada de la adolescencia de los niños que la padecen, ya que mucho se ha mencionado que es regresiva siempre y cuando no surjan complicaciones, porque si es así, ponen en peligro la vida del paciente, el tratamiento que se sugiere es la glosectomía parcial en forma de cuña (Butlin).

En muy pocos casos las complicaciones de la macroglosia llevan a practicar la glosectomía total.

En los caso de macroglosia en pacientes con prognatismo mandibular y que se va a practicar reducción del mismo, es importante valorar si la glosectomía se va a practicar antes de la intervención mandibular, durante ella o después ya que cuando existe la alteración lingual en estos casos, siempre se le ha implicado con la recidiva del prognatismo si no se corrige quirúrgicamente la lengua.

La anestesia general es el medio por el cual se aconseja practicar la glosectomía sobre todo por el riesgo que existe el intervenir un órgano muy móvil, bien irrigado e innervado, previa valoración física del paciente y un cirujano bucal capaz.

- 1.—ALCARAZ DEL RIO IGNACIO
Anatomía Humana
Editor y Distribuidor Fco. Méndez O.
Librería de Medicina
Tomo I
Pág. 219
- 2.—ARCHIVES OF OTOLARINGOLOGY
No. 9 September 1984
Vol. 110
- 3.—DECHAUME MICHEL
Estomatología
Editorial Oray-Masson
Primera Edición
Pág. 143
- 4.—DERMATOLOGIA
Vol. 153
No. Ito. 6 1975
- 5.—GORLIN ROBERT J.
GOLMAN HENRY M.
Patología Oral
Salvat Editores
Primera edición
Pág. 40
- 6.—GRISPAN DAVID
Enfermedades de la Boca
Editorial Mundy
Tomo III
Pág. 1725
- 7.—GARDNER %ESTON D.
OSBURN WILLIAM A.
Anatomía Humana
Editorial Interamericana
Primera edición
Pág. 329
- 8.—HERNANDEZ SILVANO
Embriología
Segunda edición
Tomo II
Pág. 163

- 9.—HOLLINSHEAD HENRY W.
Anatomía para Cirujanos Dentistas
Editorial Harper & Row Latinoamericana
Pág. 114
- 10.—HINDS EDUARD C.
KENT JOHN N.
Tratamiento Quirúrgico de las Anomalías de Desarrollo
de los Maxilares.
Editorial Labor, S. A.
- 11.—INTERNATIONAL JOURNAL OF DERMATOLOGY
Volumen 22 No. 4
May. 1983
- 12.—JOURNAL OF PEDIATRICS SURGERY
Vol. XII No. 4
August 1977
- 13.—KRUGER GUSTAV O.
Tratado de Cirugía Bucal
Cuarta edición
Nueva Editorial Interamerican
Pág. 599
- 14.—LOCKHAN R. D.
HAMILTON C. F.
FYFE F. W.
Anatomía Humana
Editorial Interamericana
Primera Edición
Pág. 494
- 15.—MEDICINA CUTANEA
Ibero Latinoamericana
No. 1-1977
Vol. V
Orgno Oficial del Colegio Ibero Lamericano de Dermatología
- 16.—OGILVIE ROBERTSON F.
Patología - Histopatología
Editorial Interamericana
Quinta edición
Pág. 91
- 17.—ORBAN BALINT
Histologa y Embriología Bucodental
Primera Edición
Pág. 12
- 18.—OLOTARINGOLOGY
American Academy of Ophtalmology and Olotaryngology
Vol. 84
No. I, January - Feb. 1977

- 19.—PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY
Vol. 59
No. III-1977
Published Monthly by
The Williams & Wilkins Company
Baltimore Maryland, U.S.A.
- 20.—SPOUGE J. D.
Patología Bucal
Editorial Mundy
Primera edición
Pág. 425
- 21.—SURGICAL ACADEMY
March 1978
Vol. II
No. 3
- 22.—SHAFFER WILLIAM G.
MAYNARD E. HINE
BARNET M. LEVY
Tratado de Patología Bucal
Nueva Editorial Interamericana
Tercera edición
Pág. 23
- 23.—THE LARINGOSCOPE
Vol. LXXXVI
February 1976
No. 2
- 24.—THE JOURNAL OF ANESTHESIOLOGY
Vol. 40
January/June 1974
- 25.—THE EAST AFRICAN MEDICAL JOURNAL
The Medical Associations of East Africa
Vol. 58 September 1981