DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Spanish Edition
PUBLICADO EN MADRID www.dental-tribune.com No. 5, 2016 VOL. 11

# Entrevista a Nina Camborda, Presidenta del XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia

*Por DT Spain*

**¿Cuáles son las principales novedades tecnológicas que se van a presentar en el XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia?**
Las novedades tecnológicas que se van a presentar en San Sebastián girarán en torno a las nuevas aleaciones existentes en el mercado para poder realizar un tratamiento de conductos. También destacaría la aplicación del CBCT en el diagnóstico y planificación de los casos, la aplicación de nuevos sistemas y herramientas para la desinfección de los conductos, junto a los nuevos protocolos de preparación y obturación de los conductos y al uso de la magnificación, que nos pueden facilitar mucho el trabajo diario, pero sin olvidar nunca desde dónde partimos.

**¿Qué aspectos serán los más novedosos en instrumentación?**
El mayor cambio sufrido en la instrumentación de los conductos ha venido sobre todo de la evolución en la fabricación y diseño de los instrumentos. La evolución de las primeras limas de Ni-Ti hasta llegara a las actuales, ha supuesto un cambio sustancial. Asimismo, no podemos pasar por alto la aparición de limas rotatorias con movimiento reciprocante, a la vez que las limas rotatorias para scouting o patency o las de conicidad variable a conicidad constante. Todos estos desarrollos dejan entrever la aplicación del I+D+I de los grupos de investigación para poder ofrecer limas y protocolos de instrumentación que nos faciliten el tratamiento.

**¿Se presentará algún tipo de tratamiento o terapia de última generación?**
Más que la presentación de tratamientos o terapias de última generación, se hará más hincapié en los ya existentes, como el uso del CBCT, la irrigación ultrasónica/sónica, la terapia fotodinámica y el recurso al microscopio desde el inicio hasta el final de tratamiento de conductos. Todas estas herramientas contribuyen también a mejorar el tratamiento de los conductos.

**Habrá una destacada presencia de ponentes extranjeros…**
Es importante compartir el conocimiento, y no solo el nacional. Todos los ponentes extranjeros van a presentar temas muy interesantes como la irrigación, la preservación estructural del diente y los conductos con uso de magnificación y CBCT, o la presencia de microcracks por el uso de instrumental rotatorio. Sus exposiciones servirán de refuerzo a las ponencias nacionales. Esto nos va a permitir crear sinergias y un alto grado de conocimiento para poder abordar cualquier tratamiento con las mayores garantías de éxito.

**El Congreso incluye además una parte práctica…**
Contamos con distintos talleres como el dedicado al uso del CBCT y el microscopio que creemos que puede tener una gran aceptación entre los asistentes, al igual que los que tratarán la preparación de conductos.

**¿Esperan la presentación algún tipo de instrumento o abordaje nuevo?**
Creemos que la mayoría de los asistentes lo que buscan es sumar nuevas estrategias a la paleta de herramientas que cada uno utiliza para realizar un tratamiento de conductos. No obstante, siempre se ofrecen tips o trucos para facilitar el trabajo diario y se abren espacios de diálogo para intercambiar opiniones, dudas y preguntas entre los ponentes y el resto de colegas.

**¿Qué nos puede adelantar sobre el espacio 'AEDE Promesas'?**
Apostamos porque sea una de las sensaciones del Congreso: gente joven con ganas de demostrar que en estas reuniones también se puede contar con ellos, con iniciativa e ilusión. Creo que darán más de una sorpresa, demostrando el gran nivel que existe entre los profesionales españoles más jóvenes.

# Entrevista a José María Malfaz, presidente de la Asociación Española de Endodoncia (AEDE)

*Por DT Spain*

**¿Qué nivel de acogida está teniendo la convocatoria de San Sebastián?**
A día de hoy superamos los 600 asistentes inscritos en una ciudad como San Sebastián. El apasionante programa que hemos preparado con las últimas novedades en la especialidad, junto al atractivo cultural de la capital donostiarra, son los motivos de este éxito de participación.

**¿Cuál es el perfil profesional de los asistentes?**
Este congreso está orientado a un profesional al que le interesa la Endodoncia, tanto novel como experimentado. AEDE apuesta siempre por la calidad de la formación que ofrece y que resulta de interés tanto para el especialista en Endodoncia como para el dentista general que hace endodoncias. Cabe destacar que en nuestra sociedad científica este tipo de reuniones se plantean con un enfoque lo más amplio posible, por lo que se abarca una gran variedad de temas y técnicas a través de los conferenciantes más relevantes del momento y que en pocas ocasiones podemos ver juntos. Realmente esto es un lujo que aquellos a los que les guste la Endodoncia no pueden, y no quieren, dejar escapar.

**¿Por qué?**
Porque sin duda es el acontecimiento más importante relacionado con la Endodoncia de los que se celebran en España, ya que reúne al mayor número de profesionales del sector. El Congreso Nacional de Endodoncia aporta todo lo necesario para estar al día, ya seas dentista general o endodoncista, y en él tienen cabida todas las materias relacionadas con este ámbito.

**¿También le ha resultado atractivo a la industria?**
Estamos gratamente sorprendidos con la gran acogida que ha recibido la convocatoria por parte del sector. La industria es una parte fundamental de nuestra profesión y precisamente este año hemos implantado un nuevo formato de colaboración basado en un compromiso anual con nuestros patrocinadores de forma que el beneficio sea mutuo y constante, no limitándose a la presencia en un congreso como ocurría hasta ahora. Porque la actividad de AEDE también es constante. Desarrollamos nuestra labor a lo largo de todo el año y tenemos que colaborar de una forma más estrecha con el fin de que esto funcione.

ORTOBAO
www.ortobao.com
O2 ORTHO Organizers

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

**Director Editorial**
Francisco Soriano López
**francisco@atlantiseditorial.com**

**Director Comercial**
Jorge Luís Cacuango
**jorge@atlantiseditorial.com**

**Director Científico**
Dr. Juan José Soleri Cocco
**soleri.clinicavndelpilar@gmail.com**

**ISSN:** 2386-3692
**Depósito legal:** M-39040-2007

Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

**Editado por:**
**Atlantis Editorial Science & Technology SLL**
C/ Alpujarras, 4 Local 1
28915 Leganés (Madrid)
Telf. (+34) 912 282 284
www.atlantiseditorial.com

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

Edición que se distribuye a todos los odontólogos de España, latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

**Dental Tribune Study Club**
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International
Licensing by Dental Tribune International

**Group Editor:** Daniel Zimmermann
*newsroom@dental-tribune.com*
*+44 161 223 1830*
**Clinical Editor** Magda Wojtkiewicz
**Online Editor / Social Media Manager** Claudia Duschek
**Editor** Anne Faulmann
**Editorial Assistant** Kristin Hübner
**Copy Editors** Sabrina Raaff, Hans Motschmann
**Publisher/President/CEO** Torsten Oemus
**Chief Financial Officer** Dan Wunderlich
**Chief Technology Officer** Serban Veres
**Business Development** Claudia Salwiczek
**Jr. Man Business Devment.** Sarah Schubert
**Project Manager Online** Tom Carvalho
**Event Manager** Lars Hoffmann
**Education Manager** Christiane Ferret
**Intern. PR & Project Man.** Marc Chalupsky
**Marketing & Sales Services** Nicole Andrä
**Event Services** Esther Wodarski
**Accounting Services** Karen Hamatschek, Anja Maywald, Manuela Hunger

**Media Sales Managers**
Matthias Diessner (*Key Accounts*)
Melissa Brown (*International*)
Antje Kahnt (*International*)
Peter Witteczek (*Asia Pacific*)
Weridiana Mageswki (*Latin America*)
Maria Kaiser (*North America*)
Hélène Carpentier (*Europe*)
Barbora Solarova (*Eastern Europe*)
**Executive Producer** Gernot Meyer
**Advertising Disposition** Marius Mezger

**Dental Tribune International**
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
*www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com*
**Dental Tribune Asia Pacific Limited**
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199
**Tribune America, LLC**
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2016 Dental Tribune International.
All rights reserved.

# Macroglosia y Glosectomía: Un enfoque Diagnóstico y Terapéutico

*Por el Dr. Juan José Soleri Cocco*

*Dr. Juan José Soleri Cocco*

*PhD.- DDS.- MS.- FEBOS.*
*Esp. Cirugía Bucal y Maxilofacial*
*Dtor. Clínica Vn. del Pilar*

**INTRODUCCIÓN**

La lengua "es el órgano del gusto" aunque también interviene en importantes funciones como la masticación, succión, deglución, respiración y fonación en la parte del lenguaje articulado, participa también en los procesos de desarrollo y crecimiento craneofacial, posee una forma irregularmente ovalada con un extremo grueso posterior y una punta hacia delante. El mayor crecimiento ocurre en los primeros 8 años de vida alcanzando el tamaño final a los 18 años con un promedio en varones de 25,3 cm3 y en mujeres de 22,6 cm3. La lengua en estado normal y en reposo ocupa la cavidad bucal en el espacio parabólico que representan los arcos dentarios, puede ser considerada embriológicamente una masa muscular que toma origen en los arcos óseos que sostienen el canal del suelo de la boca sobresaliendo a la vez en la boca y la faringe, se desarrolla entre la cuarta y quinta semana de gestación, los engrosamientos ventrales y laterales se originan del primer arco branquial y el engrosamiento medial impar está formado por mesodermo a partir del segundo, tercero y parte del cuarto arco branquial, el mesénquima de los arcos branquiales forma el tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos, los músculos intrínsecos se desarrollan a partir de mioblastos de las somitas occipitales. Presenta dos partes una visible en la cavidad bucofaríngea la "lengua propiamente dicha o también llamada parte libre de la lengua" y otra parte oculta en el espesor del suelo de la boca que es la "raíz de la lengua o parte fija de la misma".

La raíz de la lengua formada en gran parte por los músculos geniogloso insertados en las apófisis geni de la mandíbula impide que la lengua caiga hacia atrás sobre la abertura superior de la laringe, y el músculo hiogloso insertado en el cuerpo y en el asta mayor del hioides, siendo posible traccionando la lengua hacia delante levantar el hioides, levantar y abrir la laringe despertando el reflejo respiratorio. La raíz de la lengua también es mantenida en posición por los músculos de los pilares anteriores del velo del paladar y los músculos glosofaríngeos que terminan en la misma, asimismo como la mucosa bucal que se continúa de la lengua a la faringe.

La parte visible, libre y móvil de la lengua, o "lengua propiamente dicha" está formada por dos porciones aunque en continuidad directa una con otra, a nivel del istmo de las fauces y la "V" lingual se divide en dos partes una anterior o "porción bucal" y una posterior o "porción faríngea o base de la lengua".

La porción bucal es exclusivamente gustativa presentando en su cara superior y en los bordes hasta la punta las papilas gustativas, la cara superior es húmeda y rosada en estado normal y la cara inferior lisa gris-rosada trasparente permite ver las venas raninas y en la línea media presenta el frenillo lingual. La porción faríngea o base de la lengua por detrás de la "V" lingual presenta la amígdala lingual, en la línea media posterior al vértice de la "V" lingual presenta el Agujero ciego, en la parte más inferior presenta los repliegues glosoepiglóticos central y laterales limitando las dos fositas glosoepigóticas en íntima relación con la epiglotis, lateralmente se relaciona a ambos lados con las fosa amigdalina y las amígdalas.

Estructuralmente la lengua presenta un armazón osteofibroso o esqueleto de la lengua formado por el hueso hioides, la membrana hioglosa y el septum medio sagital, los músculos que la forman se distinguen en quince músculos extrínsecos: Los genioglosos, los hioglosos, los estiloglosos, los palatoglosos, los faringoglosos, los amigdaloglosos, los linguales inferiores, todos estos pares, más uno impar el musculo lingual superior; los músculos intrínsecos son dos: los músculos transversos.

Superficialmente está tapizada en toda su extensión por mucosa con dermis o corion cubierto por un epitelio pavimentoso estratificado fuertemente unido a el plano muscular en el dorso y separado por un tejido laxo en el resto, presenta cinco grupos de papilas gustativas: las papilas caliciformes de 9 a 11 formando la "V" lingual responsables del sabor amargo, las papilas fungiformes en número de 150 a 200 diseminadas irregularmente por delante de la "V" lingual responsables del sabor dulce, las papilas filiformes, múltiples tapizan todo el dorso de la lengua siempre por delante de la "V" lingual, las papilas foliadas ocupan la parte posterior de los bordes de la lengua, receptoras estos dos tipos de papilas de los sabores ácido y salados junto a percepción térmica y táctil, por último las papilas hemisféricas muy pequeñas y distribuidas por toda la mucosa. Presenta también glándulas salivales menores que se agrupan en un grupo posterior en la base de la lengua, otro grupo lateral en los bordes de la lengua llamados glándulas de Weber y un tercer grupo anteroinferior a cada lado de la línea media llamado glándulas de Blandin y Nühn. La lengua es un órgano muy vascular irrigado principalmente por las arterias linguales (procedente de la carótida externa) y secundariamente por las arterias palatinas inferiores (rama de la facial) y las faríngeas inferiores (rama

de la carótida externa). Las venas están formadas por tres grupos, las venas profundas, las venas dorsales y las venas raninas se reúnen en un tranco común la vena lingual que desangüe en el tronco tirolinguofacial. Los vasos linfáticos presentan múltiples anastomosis por lo tanto la linfa de toda la lengua llega a los ganglios linfáticos suprahioideos y submaxilares de ambos lados. Los nervios de la lengua son de tres órdenes: nervios motores, el nervio hipogloso mayor es esencialmente el nervio motor de la lengua ya que inerva todos sus músculos, y el ramo lingual del nervio facial; nervios sensitivos, principalmente por el nervio lingual ramo sensitivo de la tercera rama o ramo mandibular del trigémino, y el nervio laríngeo superior que se distribuye en la base de la lengua ramo del neumogástrico; nervios de la sensibilidad especial (sentido del gusto) dado por el nervio glosofaríngeo en la parte posterior de la "V" lingual y el nervio intermediario en la porción anterior a la "V" lingual.(1-2).

## DEFINICIÓN

La Macroglosia es una patología congénita o adquirida, generalizada que consiste en un aumento excesivo en todas las dimensiones de la lengua, desproporcionado en relación a las estructuras vecinas y protruyendo en reposo más allá del reborde dentoalveolar y de la cavidad oral.

## ANTECEDENTES

La Macroglosia ha sido descrita por Galeno en el siglo II y la ilustraron en esculturas medievales, se registraron casos en el siglo XVI y XVII, en 1658 se describe un tratamiento quirúrgico de Macroglosia y en 1680 Bartholin también publica un caso quirúrgico de Macroglosia, en 1854 se publica un informe de Macroglosia congénita secundaria a un hamartoma linfático, ya en el siglo XX la glosectomía parcial en relación a dismorfosis maxilares en 1937 es descrita por Hellman, en 1964 Egyedi y Obwegeser indican y realizan la reducción lingual quirúrgica en caso de macroglosia como complemento de la cirugía mandibular de retroceso. (3-4).

## ETIOLOGÍA

En términos de frecuencia, las causas más habituales de Macroglosia verdadera son: Hipertrofia muscular, Síndrome de Down, Angiomas y Fibromas. Se desconoce la verdadera incidencia de esta alteración debido a su asociación con múltiples síndromes genéticos. Como causas congénitas de Macroglosia verdadera se incluyen la: Hipertrofia Muscular, Hiperplasia Glandular, Linfangiomas, Hemangiomas, aparece en condiciones como el Síndrome de Down, Cretinismo, Síndrome de Hurler, Síndrome de Beckith-Windemann, Diabetes Mellitus Neonatal, Macroglosia Autosómica Dominante, Síndrome de Mohr, Enfermedad de Pompe, Mucopolisacaridosis y Neurofibromatosis. Como causas adquiridas podemos mencionar: Acromegalia, Amiloidosis, Mixedema, Hipotiroidismo, Quistes o Tumores, Lipomatosis, Hipertrofia Idiopática e Hipertrofia Reactiva por reacción a distintos tipos de alérgenos. (3-5).

## CLASIFICACIÓN

La Macroglosia según Vogel et al en 1986 se puede clasificar en: Macroglosia Verdadera, esta constituye una condición anormal de la lengua como lo indica su propia definición previamente detallada. Macroglosia Relativa o Pseudomacroglosia, en la cual la lengua es normal en tamaño pero parece relativamente grande con respecto a sus relaciones anatómicas, como pueden ser una micrognatia, malposición lingual por alteración de la función como en la deglución atípica, o por hipertrofia tonsilar y adenoides, desplazamiento anteriores de la lengua debido a la presencia de quistes o tumores, microrinodisplasias, etc. Myer et al 1986 las clasifica en generalizadas o localizadas, subdividiéndola según su etiología en congénitas, inflamatorias, traumáticas, metabólicas y neoplásicas. Murthy y Laing en 1994 la clasifica en primaria, caracterizada por hipertrofia o hiperplasia de los músculos de la lengua y en secundaria resultado de la infiltración del tejido normal con elementos anormales. Balaji 2013 las clasifica según su etiología, por hipertrofia o hiperplasia del tejido normal, por infiltrado de elementos anormales, seudomacroglosia y por último causas inflamatorias o infecciosas y tumorales. (3-6).

## CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico de Macroglosia Verdadera debe sustentarse en criterios clínicos objetivos ya que el manejo con respecto a una pseudo macroglosia es diferentes, si el problema es secundario a una hipertrofia amigdalina que desplaza la lengua hacia delante, el tratamiento es la amigdalectomía que aumenta el volumen orofaríngeo y la lengua se acomodará, si se presenta una deficiencia severa de tamaño de la mandíbula o del maxilar, la cirugía de los mismo avanzando y expandiendo, aumentará el volumen de la cavidad oral acomodándose la lengua, si la causa es la presencia de un tumor o quiste, se indica la cirugía retirando la lesión. La evaluación se inicia con una historia clínica y exploración física completa que incluya datos parentales de tres generaciones, de acuerdo con la etiología sospechada pueden solicitarse análisis de laboratorio, pruebas de función tiroidea, cariotipo y tamiz metabólico ampliado, modelos de estudio, fotografías, montajes en articulador, Rx telerradiografías de perfil, Panorámicas, estudios cefalométricos, resonancia magnética, la biopsia está indicada para el diagnóstico de neoplasias benignas o malignas y enfermedades como la amiloidosis. El enfoque diagnóstico y del tratamiento debe ser multidisciplinario y temprano, para minimizar el riego de alteraciones maxilofaciales permanentes y del lenguaje ya que las alteraciones de tamaño, forma y función lingual pueden constituirse en agentes causales de deformidades dentofaciales, si no se considera la lengua en la planificación ortodóntica o quirúrgica ortognática puede incurrirse en una planificación errónea o ser determinante en la estabilidad a mediolargo plazo ya que la lengua ejerce fuerzas importantes que estimulan el desarrollo óseo y participan en los fenómenos de morfogénesis, la lengua actúa como matriz funcional como lo describe Moss, una lengua pequeña o grande produce cambios equivalentes a su tamaño y función.

El conjunto de síntomas y signos de la macroglosia, son características que no están siempre presentes y la presencia de alguno de ellos de forma aislada no se considera un signo patognomónico de diagnóstico de macroglosia, sin embargo la conducta terapéutica se debe basar en la presencia de signos y síntomas relacionados con tres tipos de problemas: **Deficiencias Funcionales:** en la deglución, fonación, sialorrea y la más importante la obstrucción de la vía aérea. **Alteraciones Dentoesqueléticas:** mordida abierta anterior, vestibuloversión de incisivos inferiores, diastemas en el arco superior e inferior, aumento de la dimensión transversal de los arcos, prognatismo mandibular, mala oclusión de clase III con o sin mordida cruzada, inclinación vestibular de los dientes posteriores, curva de Monson positiva en el arco superior y curva de Wilson invertida en el arco inferior, curva de Spee acentuada en el arco superior e invertida en el arco inferior, incremento del ángulo goníaco y altura facial anterior aumentada con mordida abierta. **Consecuencias psicológicas por la apariencia del paciente:** Alteraciones estéticas e impresión de retraso mental por protrusión lingual, dislalia y sialorrea. (**Foto 1-9**).(3-8).

***Figura 1**. Hipertrofia Lingual (Macroglosia).*

***Figura 2**. Mordida Abierta Interposición Lingual.*

***Figura 3**. Vista lateral Dcha.*

***Figura 4**. Vista lateral Izda.*

## TRATAMIENTO

El enfoque debe ser multidisciplinario para reducir riesgos y la elección del tratamiento debe considerar el tipo y tamaño de la malformación, las estructuras anatómicas involucradas y el tipo de infiltración propia y de los tejidos circundantes si los hubiera por el tipo de patología. Si se sospecha asociación a entidades

***Figura 5**. Volcamiento de Incisivos.*

***Figura 6**. Maxilar Diastemas – Inclinación Vestibular.*

***Figura 7**. Mandíbula Diastemas Múltiples.*

***Figura 8**. Rx. Ortopantomografía.*

***Figura 9**. Rx. Telerradiografía Perfil Vía Aérea Reducida (Paciente con Apnea Obstructiva).*

se trata de una intervención con un grado de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas pequeñas, los niños se adaptan rápidamente y sin consecuencias pero los adultos presentan más problemas (Horch H 1996). Con respecto a la evaluación sensitiva y sensorial post glosectomía parcial en pacientes con malformaciones dentofaciales (Weinstein et al 2000) en un estudio de casos y controles de 30 pacientes informa que la percepción gustativa y térmica no se alteran, presentan una disminución leve de la sensibilidad dolorosa, los pacientes quedan conformes con los resultados y concluyen que la glosec-

sindrómicas el diagnóstico se complejiza recomendándose ultrasonido abdominal para descartar otras manifestaciones clínicas del síndrome de Beckwith-Wiedemann ya que este síndrome junto al síndrome de Down se asocian con mayor frecuencia con macroglosia. El tratamiento médico es de elección por ejemplo en los Linfangiomas que pueden utilizar esclerosantes, crioterapia, esteroides y embolización entre otros, el uso del láser de argón se ha empleado para tratar macroglosias secundarias a malformaciones vasculares y linfáticas. Cuando la macroglosia verdadera se asocia anomalías dentomaxilares la cirugía reductiva de la lengua como es la glosectomía parcial es el tratamiento indicado junto a la reeducación logopedica como complemento a la corrección ortodóntica, ortopédica o quirúrgica ortognática. Las técnicas quirúrgicas reportadas en la bibliografía pueden dividirse en dos grupos, la glosectomía a lo largo de la línea media y la glosectomía periférica, también pueden utilizarse técnicas quirúrgicas con incisiones a espesor parcial o a espesor total e incluso la combinación de ambas técnicas. Distintos autores han propuesto y aplicado distintos tipos de técnicas como las presenta y resume Gasparini et al en 2002 (**Figura 1**), pero no existe un consenso sobre la aplicación de alguna de ellas, por lo cual se debe utilizar la más adecuada para cada caso y según la experiencia del cirujano. Si la idea es reducir tanto el largo como el acho de la lengua la combinación de la incisión en V invertida de la punta de la lengua y la elíptica conformando un "ojo de cerradura" es la que mejores resultados presenta según las últimas revisiones. Algunos autores proponen aplazar la glosectomía hasta que cese el crecimiento entre los 15 y 18 años, sin embargo otros proponen como edad óptima la comprendida entre los 4 y 7 años de edad y otros autores no tienen en cuenta estos protocolos y supeditan la realización de la glosectomía al tipo de compromiso y complicaciones que la macroglosia produzca incluso el de poner en riesgo la vida del paciente. (**Fotos 10-16**).

Ante la presencia de deformidades dentofaciales con malaoclusión y macroglosia verdadera la secuencia de tratamiento entre la glosectomía, la ortodoncia y la cirugía ortognática según se describe en la bibliografía revisada puede ser:

- Variante I: Ortodoncia → Glosectomía de Reducción → Cirugía Ortognática.
- Variante II: Ortodoncia → Cirugía Ortognática → Glosectomía de Reducción.
- Variante III: Ortodoncia → Cirugía Ortognática y Glosectomía de Reducción Simultanea.
- Variante IV: Glosectomía de Reducción → Surgery First → Ortodoncia.

Con respecto a la ortodoncia la glosectomía de reducción es conveniente hacerla una vez comenzada la ortodoncia, en sus inicios, en los pacientes en crecimiento y en los pacientes que hayan finalizado el crecimiento es preferible realizarla con anterioridad al montaje ortodóntico ya que el tamaño de la lengua impide los movimientos ortodónticos requeridos, con respecto a la cirugía ortognática en la V-I, al realizar la glosectomía de reducción primero habrá menor compromiso de la vía aérea, independientemente si se usa fijación rígida o semirrígida de los segmentos el empleo de fijación intermaxilar siempre es aconsejable, de manera inmediata o mediata, pudiendo utilizarse la misma sin ningún problema si la glosectomía fue realizada con anterioridad, también se obtienen tratamientos más estables y predecibles. En la V-II es una opción si posterior a una ortodoncia y cirugía ortognática finalizado el tratamiento se origina una inestabilidad oclusal con mordida abierta la indicación de glosectomía de reducción puede ser beneficiosa. La V-III solo puede realizarse si se utiliza fijación rígida, hay mayor compromiso de la vía aérea, la fijación intermaxilar se convierte en un problema.(3-9).

## DISCUSIÓN

Existen múltiples referencias bibliográficas con respecto al éxito de los resultados en glosectomías asociadas a procesos neoplásicos pero es relativamente escasa con respecto a glosectomía parciales asociadas a deformidades dentofaciales, al empleo de la misma en pacientes con síndromes de Beckwith-Wiedemann y de Down se refieren mejorías relevantes en relación a la deglución, lenguaje y competencia labial (Siddiqui et al 1990). Para algunos autores

***Figura**. Técnicas de Glosectomía:*
*1. Ueyama; 2. Davalbhakta; 3. Kole; 4. Mixter; 5. Harada Enmoto; 6. Egyedi Obwegeser; 7. Dingman Grabb; 8. Morgan; 9. Gupta; 10. Edgerton (modificado de Gasparini et al 2002).*

***Técnica de Dingman Grabb***

***Figura 10**. Glosectomía Periférica.*

***Figura 11**. Incisiones Marginales.*

***Técnica de Harada Enamoto (7)***

***Figura 12**. Incisión Espesor Parcial.*

***Figura 13**. Suturas Dorso Lingual.*

*Técnica de Kole (14)*

***Figura 14**. Incisión en "V".*

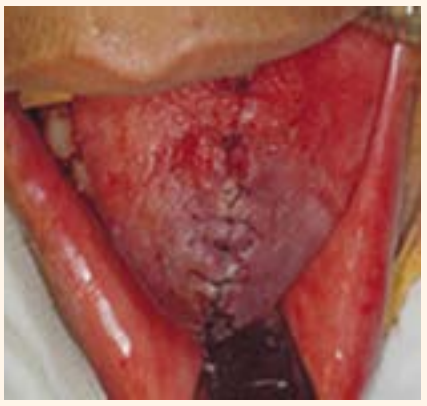


***Figura 15**. Sutura.*

***Figura 16**. Cicatrización.*

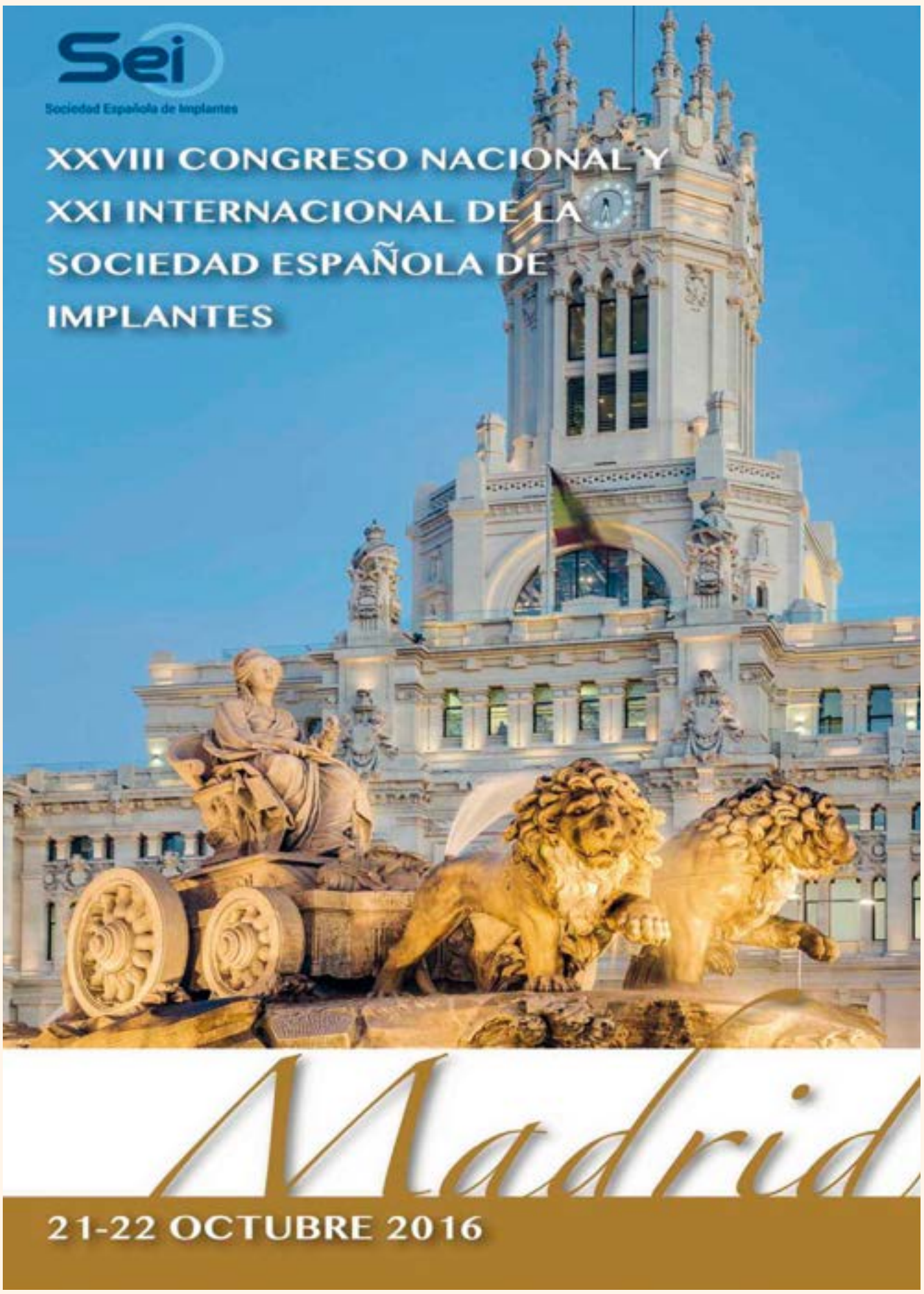
tomía parcial es una técnica segura con baja morbilidad al ser utilizada como complemento en la corrección de malformaciones dentofaciales. No se describen alteraciones motoras post glosectomía parcial pero si menor capacidad para reconocer formas con la punta así como algunas identificaciones falsas en el primer año (Ingervall B. et al 1990). Los riesgos y complicaciones potenciales pueden asociarse a sangrado excesivo o edema con riesgo de obstrucción de la vía aérea lo que indica por necesidad de mantener el tubo nasal días después del procedimiento también puede realizarse glosopexia anterior y suministrarse dosis altas de corticoides (Wolford L. et al 1996). (9-14).

## CONCLUSIONES

Según la etiología y severidad de la macroglosia estará indicado su tratamiento, si la macroglosia es la causante de una malformación dentofacial, impide la función respiratoria normal y o implica una alteración estética con impacto psicológico la glosectomía parcial es el tratamiento indicado.

## BIBLIOGRAFÍA

*1-Fiugun M E, Garino RR. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada Ed. El Ateneo 1984. Bs. As.*
*2-Testut L, Jacob O. Tratado Anatomía Humana Tomo I Ed. Salvat 1975.*
*3- Núñez Martínez P M, et al. Macroglosia Congénita: características clínicas y estrategias de tratamiento en la edad pediátrica. Boletín Médico hospital infantil de México. Vol 73, Issue 3, May-June 2016, Pages 212-216.*
*4- Martínez L P. Macroglosia. Etiología multifactorial, manejo múltiple. Colombia Médica. Vol. 37 Nº1, 2006.*
*5-Núñez Paiva E. Efecto de la glosectomía parcial en el desarrollo ocluso maxilar: estudio experimental. Odontología Sanmarquina 6 (11):21-26 2003.*
*6- Weinstein C. et al. Evaluación sensitiva y sensorial postglosectomía parcial en procedimientos de cirugía ortognática. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. 2000;22:5-13.*
*7- Raposo A. et al. Glosoplastía con técnica de Harada en paciente con Síndrome de Down. Int. J. Odontostomat. Vol.5 Nº3 Temuco Dic.2011.*
*8- Díaz Fernandez J M. et al. Macroglosia asociada con deformidades dentofaciales. Alternativas terapéuticas y presentación de caso. Rev. Cubana Estomatol. 2006;43 (4).*
*9- Gasparini G. et al. Surgical management of macroglosia: Discussion of 7 cases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod. 2002;94:566-571.*
*10- Siddiqui A. et al. The efficacy of tongue resection in treatment of symptomatic macroglosia in the child. Ann Plast Surgery 1990;25:14-17.*
*11- Horch H. Cirugía Oral y Maxilofacial. Barcelona. Masson. 1996 Vol.2p.132-161.*
*12-Ingervall B. et al. Effect of surgical reduction of the tongue on oral stereognosis. Oral motor ability and the rest position of the tongue and mandible. Am J. Orthd. Dentofacial Orthop. 1990;97: 58-65.*
*13- Wolford L. et al. Diagnosis of macroglosia and indications for reduction glossectomy. An J Orthod Dentofacial Orthop 1996, 110: 170-177.*
*14- Victor Diniz Borborema dos Santos, Gleysson Mathias de Assis, José Sandro Pereira da Silva y Adriano Rocha German. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac vol.37 no.4 Barcelona oct./dic. 2015*

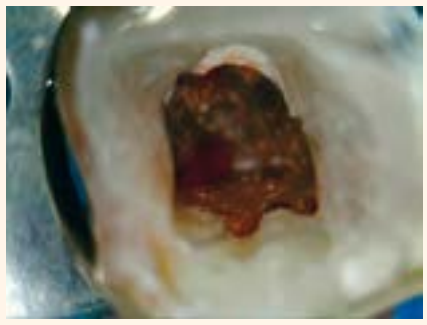


# Tratamiento de perforación empleando el nuevo MTA Repair HP: Relato de Caso Clínico

*Por el Prof. Dr. Fábio Duarte da Costa Aznar*

Paciente del género femenino, 47 años, se presentó con cuadro clínico de extensa perforación iatrogénica de la región de furca del elemento dental 36 (**Figuras I y II**), asociado a pérdida ósea radiográficamente, fístula vestibular y dolor a la palpación. La paciente relataba historial de, previamente, haberse sometido a una intervención de urgencia en este diente por otro profesional, visto que se presentaba con un dolor agudo característico de pulpitis.

Se sometió el diente a la intervención endodóntica, siendo que tras el abordaje inicial de la paciente, la misma fue anestesiada y se procedió a la confección del aislamiento absoluto. Posteriormente fue realizado el acceso coronario, donde se constató clínicamente la necrosis pulpar y la presencia de la perforación. Se llevó a cabo una penetración desinfectante de los canales radiculares (crown-down) empleando como agente irrigador NaOCl al 5%, siendo la odontometría determinada por el uso de localizador foraminal. La preparación fue realizada por el sistema Reciproc (VDW/Alemania), y como agente irrigador se empleó NaOCl 2,5% asociado a la activación ultrasónica realizada con insertos lisos (Irrisonic/Helse/Brasil).



***Figuras I y II**. Aspecto clínico-radiográfico inicial del diente 36.*

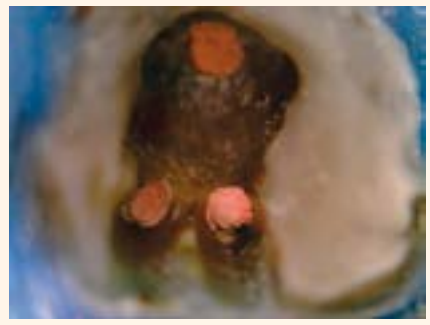


***Figura III**. Obturación de los canales radiculares.*

***Prof. Dr. Fábio Duarte da Costa Aznar***

*Especialista en Endodoncia HRAC(Centrinho)/USP/Bauru*
*Doctor en Ciencias Odontológicas Aplicadas – Facultad de Odontología de Bauru Q Universidad de São Paulo*
*Coordinador del Curso de Especialización en Endodoncia Facoph/ Bauru-SP, FACESC/Chapecó-SC, FAIPE/Goiânia-GO, GOE/Macapá-AM, Funorte/Ji-Paraná-RO*

La misma eficiencia con mayor plasticidad

angelus

MTA Repair HP

Cemento reparador biocerámico de alta plasticidad

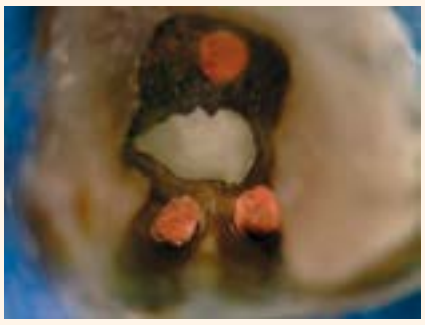
¡EN BREVE!

- **Nueva fórmula:** Tras la hidratación permite una fácil manipulación e introducción en la cavidad dental
- **Nuevo radiopacador Tungstato de Calcio ($CaWO_4$):** no causa manchas en la raíz ni en la corona dental
- **Tiempo de fraguado inicial de 15 minutos:** Permite la conclusión del tratamiento en una única sesión
- **Baja solubilidad:** Acción más prolongada y más rápida recuperación del tejido
- **Expansión de fraguado:** Alta capacidad de sellado marginal que impide la migración de microorganismos y fluidos hacia el interior del canal radicular
- **Estimulación de regeneración:** Excelente sellado biológico de perforaciones radiculares (canal y furcación) al inducir la formación de cemento perirradicular
- **Estimulación de regeneración pulpar:** Inducción a formación de barrera dentinaria cuando es usado sobre exposiciones pulpares
- **Hidrofílico:** Permite utilización en medio húmedo sin alteración de sus propiedades

Imágenes meramente ilustrativas.

**ASVADENT, S.L.** - Tel: 902996538 Fax: 985277304 asvadent@asvadent.com
**ENDOVATIONS** - Tel: 984.491.808 - Fax: 984.491.809 - info@endovations.es - www.endovations.es
**PROCLINIC,S.A.** - Tel. +34 93 264 96 66 - Fax +34 93 335 38 17 - Ps.Zona Franca, 111
Torre Auditori-Plta.4 08038 - BARCELONA - www.proclinic.es

www.angelus.ind.br



***Figuras IV y V**. Aspecto clínico-radiográfico del llenado de la perforación con MTA Repair HP.*

***Figura VI**. Protección de la región de la perforación sellada con Cemento de Ionómero de Vidrio.*

***Figura VII**. Radiografía de proservación tras 2 meses.*

La perforación fue tratada en la secuencia, con la limpieza y la regularización de la misma empleándose inserto ultrasónico diamantado (E7D/Helse/Brasil). Como complemento al proceso de descontaminación intracanal y de la región de furca, se realizó un cambio quincenal de Hidróxido de Calcio (Ultracal/Ultradent/USA), observándose la remisión de toda la sintomatología.

La obturación se realizó por la técnica termomecánica Híbrida de Tagger (**Figura III**), a través del empleo de GutaCondensor (Maillefer/Suiça), conos de gutapercha TP (Dentsply/Brasil) y cemento obturador a base de M.T.A. Fillapex (Angelus/Brasil) (**Figura IV**). Tras la termocompactación, se realizó el corte de la obturación, condensación vertical con el uso de calcadores a frio; y nuevamente la región de la perforación fue limpiada y rellenada con Hidróxido de Calcio.

Nuevamente tras 15 días, se procedió al sellado de la región de la perforación, siendo inicialmente constatada la posibilidad adecuada de secado de la región. El llenado de la perforación fue realizado con el empleo de MTA Repair HP (Angelus/Brasil), previamente preparado conforme la recomendación del fabricante, siendo el mismo introducido con el uso de Aplicador de MTA (Angelus/Brasil). Los criterios clínicos y radiográficos fueron utilizados para determinar el correcto llenado por el material (**Figuras IV y V**); siendo el Cemento de Ionómero de Vidrio (Vitremer/3M/EUA) empleado para la protección de la región sellada (**Figura VI**). Tras la restauración provisoria, se observó radiográficamente un adecuado sellado de la región de furca por MTA Repair HP, así como la presencia de posoperatorio silencioso.

La proservación fue realizada tras dos meses, observando neoformación ósea en la región de furca y ausencia de sintomatología (**Figura VII**).

DT

# Los Editores de Dental Tribune International discuten las estrategias de futuro en su Reunión Anual

**El grupo editorial Dental Tribune International (DTI), que consta de alrededor de 30 editoriales de todo el mundo, se reúne habitualmente, una vez al año, para presentar sus últimos productos e introducir nuevos socios. Este año, la Asamblea de la 12ª Reunión Anual se llevó a cabo del 4 al 6 de septiembre en el pintoresco lago Wannsee Mayor en la capital alemana de Berlín. Más de 50 personas de unos 20 países, incluidos los socios de Asia, Australia, Europa, Oriente Medio y EE.UU., asistieron a la reunión.**

*Por DT Spain*

**NUEVAS PUBLICACIONES**
Durante los últimos 13 años, la red de publicaciones DTI ha crecido de manera significativa. Hoy en día, DTI llega a más de 650.000 profesionales de la odontología en 25 idiomas diferentes, en unos 90 países de todo el mundo. El grupo DTI está continuamente buscando nuevos socios para ampliar su cartera en nuevos mercados. En la reunión de Berlín, el grupo dio la bienvenida a dos nuevos socios, de Israel e Irán, que van a publicar sus respectivas versiones locales del periódico Dental Tribune y proporcionando actualizaciones en su mercado, y en particular, en los sitios web locales de www.dental-tribune.com.
Además, se incorporaron los editores de una de las nuevas publicaciones de DTI, *the Journal of Oral Science and Rehabilitation*, que fue lanzado en 2015. Esta revista se puso en marcha a partir de los esfuerzos de un gran grupo de investigadores involucrados en el avance de la implantología dental. El objetivo de la revista es promover la rápida comunicación de información científica. Se publica trimestralmente en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año, se publica siempre como investigación original y de alta calidad, con trabajos clínicos en el campo de la periodoncia, implantología, prótesis dental y cirugía maxilofacial.

**NUEVOS SERVICIOS**
Los editores tuvieron también la oportunidad de aprender más sobre la oferta de Servicios de Comunicación DTI. A medida que la importancia de la comercialización de contenidos está creciendo rápidamente en todas las industrias, incluyendo la odontología, DTI estableció esta nueva división el año pasado. El departamento tiene como objetivo ayudar a las empresas pequeñas y medianas, en particular, en una comunicación más eficaz con su público a través del apoyo en la medida específica de redacción, producción de vídeo, organización de eventos y publicaciones.

**IDS 2017**
Un importante tema tratado en la reunión fue el International Dental Show (IDS), la feria más importante en la industria dental. En colaboración con su licenciatario alemán OEMUS MEDIA, DTI va a publicar un nuevo número de su periódico *Today*, bien establecido en cada uno de los seis días, proporcionando una cobertura completa de lo acontecido en el día anterior. Por primera vez, los dos editores crearán un foro de conferencias en su stand, bajo el nombre de *Media Lounge*, un restaurante y zona de encuentro en el que los líderes de la odontología convencional se reunirán durante la IDS. En el foro, que tendrá capacidad para un máximo de 200 participantes, DTI realizará conferencias de *Dental Tribune Study Club* y ruedas de prensa a través de los servicios de comunicación de DTI.

**NUEVAS ACTIVIDADES EN LÍNEA**
Por otra parte, se informó a los editores sobre el *DDS WORLD*, un sitio web que fue lanzado recientemente por DTI y que promete convertirse en el recurso más completo en odontología. Se trata de un mercado digital de servicio completo de productos, noticias, e-learning y gestión de prácticas, y adecuadas a los vendedores, dentistas, técnicos dentales y pacientes por igual. Debido a su enfoque integral, *DDS WORLD* tiene el potencial de convertirse en la plataforma más importante en la odontología y por lo tanto ayudará a DTI a asegurar su posición en el mercado, dada la importancia de los mercados en línea que está creciendo en todas las industrias. DTI anunció además el relanzamiento de su sitio web www.dental-tribune.com, que está programado que comience a funcionar en la próxima primavera, y contará con un diseño completamente renovado.

**NUEVOS MERCADOS VERTICALES**
En su reunión de Berlín, DTI también invitó a varios representantes de Curaden, el *Surgical Tribune* y la *Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie* (Asociación Alemana para la cirugía ortopédica y traumatológica), *Architectural Tribune, Luna media Group, One Art Nation* y *MediCloud* para presentar sus proyectos a los editores.

La 13ª Reunión Anual de Editores se llevará a cabo del 18 al 20 de marzo de 2017 en el Hotel Hilton de Colonia, antes de la celebración de la próxima IDS.

# Malfaz representa a AEDE en el X Congreso Mundial de Endodoncia con una ponencia sobre CBCT en traumatología dental

**Junto a asociaciones de 30 países y de más 1.000 asistentes. Expertos mundiales presentaron los avances en investigación y tecnología.**

*Por DT Spain*

La Asociación Española de Endodoncia (AEDE) ha participado en el X Congreso Mundial de Endodoncia celebrado en Sudáfrica. AEDE ha estado representada por su presidente el Dr. José María Malfaz, quien participó como conferenciante en las sesiones científicas exclusivas de los enviados de cada una de las asociaciones que integran la International Federation of Endodontic Associations (IFEA).

La IFEA es la federación que agrupa a las asociaciones y sociedades de Endodoncia a nivel internacional y ha sido la entidad encargada de organizar este X Congreso Mundial de Endodoncia que se celebró del 3 al 6 de junio en la ciudad de Cape Town (Sudáfrica).

Estos congresos atraen a un gran número de dentistas y endodoncistas venidos de todas partes del mundo para asistir a las ponencias de una amplia gama de conferenciantes que hablan sobre temas de interés para la práctica moderna de la Endodoncia.

Desde la organización del congreso, se le encargó al Dr. Malfaz dar un conferencia titulada "CBCT for Diagnosis and Treatment Plan of Traumatic Injuries" por ser uno de los pioneros en este campo durante su residencia en Estados Unidos, donde recibió el premio Resident Award de la American Association of Endodontists en el año 2006. El presidente de AEDE compartió mesa durante esta sesión con los doctores Simon Friedman, de Canadá, y Martin Levin, de EE UU.

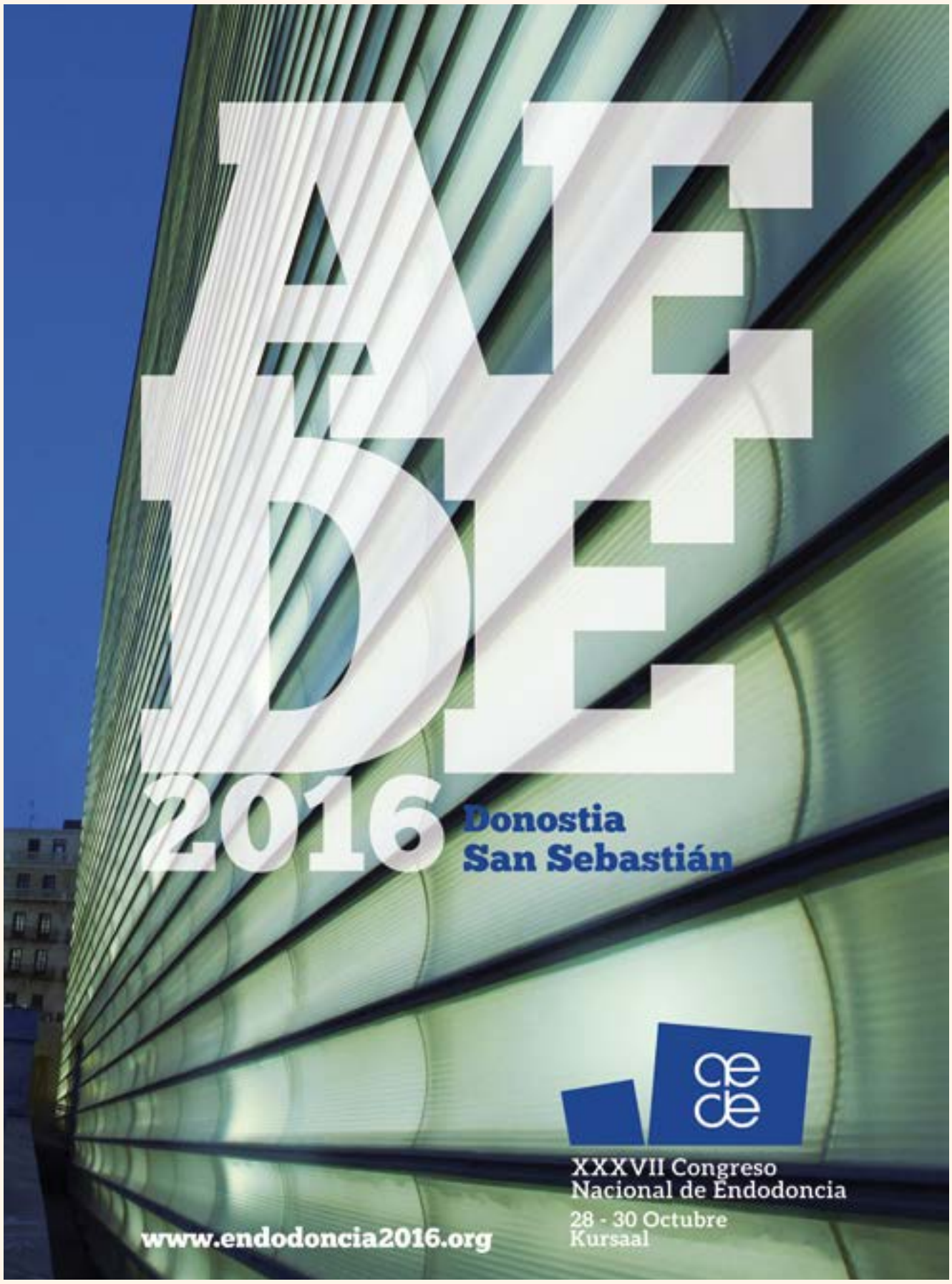
A propósito de este evento científico, el Dr. Malfaz destaca que tanto el presidente de IFEA, el profesor Samuel O Dorn, como el presidente del comité local, el profesor Peet van der Vyver, y todo el comité organizador, realizaron un trabajo encomiable para lograr un congreso de gran éxito con asistentes de prácticamente todo el mundo.

**REPRESENTACIÓN ESPAÑOLA**

AEDE representó a los endodoncistas de España dentro de este X Congreso Mundial que contó con la presencia de más de 30 países. Otro dato que refleja el éxito de esta reunión es el número de inscripciones: más de 1.000.

El encuentro consiguió reunir a gran parte de los mayores expertos internacionales en Endodoncia, además de los representantes de los países miembros de IFEA, para lograr un espléndido foro para el intercambio de ideas, presentar los últimos avances en investigación y debatir sobre las nuevas técnicas en esta especialidad.

La Federación Internacional de Asociaciones de Endodoncia se creó en 1986 y hoy está integrada por 35 países. Los principales objetivos de esta entidad son promover las relaciones entre los endodoncistas y sus asociaciones nacionales, así como la formación continua en Endodoncia en todo el mundo.

El Congreso Mundial de Endodoncia se celebraba cada tres años. Las ediciones precedentes han tenido lugar en Vancouver (2007), Atenas (2010) y Tokio (2013). En la última asamblea general de IFEA se fijaron las próximas citas que, a partir de ahora, se sucederán cada dos años: Turquía (2018), India (2020) y se eligió a Corea como país anfitrión para organizar el XIII Congreso Mundial en 2022.

*El Dr. José María Malfaz, presidente de AEDE, durante la cena de gala con los presidentes de IFEA, el Dr. Samuel O. Dorn, y del X Congreso Mundial, el Dr. Peet van der Vifer.*