

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **44**

Número
Number **2**

Enero-Marzo
January-March **1999**

Artículo:

Microglosia. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com



Microglosia

Reporte de un caso

Seyla Nayjaa Sarmiento
Hernández,* Mayra del Socorro
Moreno Prado,* José Martín
Toranzo Fernández**

* Estudiante del segundo año de la Maestría de Estomatología Pediátrica de la facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP).

** Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de la UASLP.

Resumen

Se informa el caso de un paciente masculino de 3 años con microglosia congénita y presencia de micrognatia, sin asociación con algún síndrome, el cual fue tratado en la Maestría de Estomatología Pediátrica de la Universidad de San Luis Potosí, México. El tratamiento en este caso se realizó mediante aparatología fija, para que en el futuro se estimule el crecimiento mandibular con bandas y placas acrílicas con tornillos de expansión.

Palabras clave: Microglosia, micrognatia.

Abstract

A case of a 3 year-old male with congenital microglossia and micrognathia, without association with any syndrome, treated at Pediatric Stomatology of Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Mexico, is reported. The managements was performed with fixed devices; in order to stimulate mandibular growth with bands and acrylic plates with expansive screws in the future.

Key words: Microglossia, micrognathia.

Introducción

Rara vez los pacientes pediátricos se quejan de lesiones dolorosas o ardorosas en la lengua. Sin embargo, ésta debe de ser inspeccionada cuidadosamente durante el examen bucal. Ya que existe una gran cantidad de alteraciones benignas que requieren de atención.

Como sucede con la aglosia que es, en realidad, una microglosia extrema ya que existe, por lo común, sólo un muñón distal rudimentario.¹

La gran mayoría de estos enfermos presentan otras anomalías, en especial localizadas en pies y manos o en extremidades y cuando esto existe, puede hablarse de un verdadero síndrome de aglosia con peromelia.²

Esta malformación es rara. Desde la primera publicación, referida por Gaillard y Nogué a Antonie De Jussieu en 1718, el repaso bibliográfico permite afirmar que los casos comunicados hasta el presente no superan los 35.

En estos pacientes en el momento del nacimiento, el tercio inferior facial se observa hipodesarrollado (micrognático y microgénico) dando la conocida imagen de un perfil de pájaro.

Lamotte y Herren han reportado casos en que la parte media del reborde alveolar inferior está deprimido en canal. Barquer y Calvin reportan que esa zona aparece sobreelevada. Como consecuencia del pobre desarrollo mandibular las glándulas salivales del piso de la boca, en especial las sublinguales, aparentan ser hipertróficas.¹

Los casos de Kettener, Farrington y Lamotte muestran en forma simultánea fisura palatina y restos de la membrana mucofaríngea, semejando una anomalía de Pierre Robin.³⁻⁶

Existe también el síndrome de hipoglosia-hipodactilia que se caracteriza por el pequeño tamaño de la lengua y de la mandíbula. Los incisivos inferiores pueden estar ausentes, con atrofia acompañante de los rebordes alveolares correspondientes. En varios casos se han observado una

fusión de los rebordes alveolares anteriores, así como fisura palatina. Las anomalías de los miembros son en extremo variables, y van desde una hemimelia de los cuatro miembros, a una afección de los miembros del mismo lado o a una oligodactilia, sindactilia o adactilia. El lenguaje es generalmente normal, así como la inteligencia. El diagnóstico se basa únicamente en los hallazgos clínicos, se desconoce su etiología, esta afección es rara puesto que prácticamente todos los casos son esporádicos.⁷

Esta alteración de aglosia y microglosia no tienen predilección por ningún sexo y tampoco implicaciones genéticas. Su etiología debe buscarse en agresiones fetales dentro de las primeras semanas posteriores a la gestación, tales como mediciones teratogénicas (corticoides, sedantes, etc.), intoxicaciones, radiaciones, infecciones virales, hipoalimentación, estrés emocional, etc.

Como dato de interés debe destacarse que ni el lenguaje ni la deglución resultan seriamente perjudicados por la aglosia o microglosia extrema.¹

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino, de 3 años de edad que acude a la consulta de la Maestría en estomatología pediátrica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, referido del Hospital Central Dr. Ignacio Morones P., en la misma ciudad, SLP.

Dentro de los antecedentes gestacionales la madre no refiere la ingesta de ningún tipo de medicamento, el niño nació por parto natural pesando 3.310 kg.

Desde el nacimiento se le descubrió el pequeño tamaño de su lengua, sólo contaba con la presencia de la porción posterior aparentemente asintomático. Como consecuencia de lo anterior el tamaño de la mandíbula es pequeño y poco desarrollado (*Figura 1*).

Al observar estas características en el paciente, erróneamente le fue diagnosticada la anomalía de Pierre Robin. Caracterizada por una condición congénita que involucra la combinación de micrognatia, glosoptosis (con o sin fisura palatina), y obstrucción respiratoria (*Figura 2*).

Este complejo de malformaciones puede observarse como un defecto aislado o como un componente de diversos síndromes de anomalías del desarrollo.

La glosoptosis se debe al desplazamiento posterior del sitio donde se insertan los músculos de la lengua que generalmente son hipoplásicos. Estos defectos frecuentemente ocasionan grave dificultad respiratoria, por lo que a este paciente se le practicó la técnica de Douglas, para fijar la porción de lengua al labio inferior, logrando que ésta permanezca estática sobre el piso de boca y mantenga las vías aéreas permeables y mejore la condición respiratoria del enfermo.



Figura 1. Vista intraoral en donde se aprecia claramente la microglosia y el colapso mandibular.



Figura 2. Vista intraoral con boca cerrada donde es notoria la maloclusión de la dentición temporal.

Discusión

El caso reportado se trata de una microglosia no asociada a síndromes que fue atendido en la Maestría de Estomatología Pediátrica para iniciar un tratamiento temprano y lograr de alguna manera estimular el crecimiento de sus maxilares, debido esto, a la falta del estímulo de la lengua, los cuales en este caso son pequeños y estrechos ocasionando apiñamiento severo de la dentición temporal en ambas arcadas. Así como una falta de desarrollo en el tercio medio inferior y del mentón, en el análisis radiográfico se determinó la ausencia congénita de 71, 72 y 82.

La opción de tratamiento que podemos elegir en casos como éste es la aparatología fija, debiendo esperar a que erupcionen los segundos molares para poder tomar impresiones, colocar bandas y fabricar placas acrílicas con tornillos de expansión para estimular el crecimiento.

El pronóstico definitivamente es reservado, se debe tomar en cuenta el interés de los padres para llevar puntualmente al niño a las consultas, es importante lograr la cooperación del paciente ya que generalmente estos son reacios a colaborar, creemos que el presente caso es de interés para la comunidad odontológica ya que éste no se encontraba relacionado a síndrome alguno y los casos reportados en la literatura mundial similares al nuestro no llegan a más de 35 encontrando sólo en pocos referencia del manejo ortopédico y su descripción.

Bibliografía

1. David G et al. *Enfermedades de la Boca Semiología, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal* Tomo III, Edit. Mundi, S.A.C.I.F 1975.
2. Malcolim AL et al. *Medicina Bucal de Burcket* 8 ed. Editorial Interamericana, 1986.
3. Toledano RG. *Defectos congénitos en el recién nacido*. Segunda Edición. Editorial Trillas 1990.
4. Achiron R Et al. Development of the fetal tongue between 14 and 26 weeks of gestation: in utero ultrasonographic measurements. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 1997; 9(1): 39-41.
5. Margaret AE et al. Prevalence of selected pediatric conditions in children with Pierre Robin sequence. *Pediatric Dentistry* 1995; 17: 2.
6. Laberge LC et al. The Pierre Robin sequence: Review of 125 cases and evolution of treatment modalities. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1994; 93: 5.
7. Goodman RM, Gaolin RJ. *Malformaciones en el lactante y en el niño*. Primera edición. Editorial Salvat 1986.