Rehabilitación oral integral en un niño con secuela de cirugía de linfangioma de piso de boca y lengua

Integral oral rehabilitation in a child with lymphangioma sequel surgery on floor of the mouth and tongue

Romo-A[1]
Valdivieso-M[2]

Resumen

Los linfangiomas son malformaciones del desarrollo caracterizadas por una proliferación benigna de los vasos linfáticos y representan hamartomas de los linfáticos malformados y tienen una marcada predilección por la región de la cabeza y el cuello. La localización más frecuente en la boca es el dorso de la lengua, seguido por los labios, la mucosa bucal, el paladar blando y el piso de la boca. Se presenta un caso clínico de una paciente con secuela de cirugías de linfangioma de piso de boca y lengua, con pérdida prematura de piezas dentarias y caries de aparición temprana, y su rehabilitación completa con restauraciones de resina, coronas de celuloide y mantenedores de espacio tipo prótesis parcial superior e inferior.

Palabras claves: linfangioma, dientes primarios, caries, rehabilitación, prótesis.

Abstract

Lymphangiomas are developmental malformations wich are characterized by a benign proliferation of lymphatic vessels. They represent hamartomas of malformed lymphatics and have a strong predilection for the region of the head and neck. The most common location in the mouth is the dorsum of the tongue, followed by the lips, buccal mucosa, soft palate and floor of the mouth. The following case report is of a patient with lymphangioma sequel surgerie on floor of mouth and tongue, with premature loss of teeth and early childhood caries, and her complete rehabilitation with resin restorations, strip crowns, and removable space maintainers with artificial tooth.

Key words: lymphangioma, primary teeth, caries, rehabilitation, prosthesis.

Introducción

Los linfangiomas son lesiones elevadas formadas por vasos linfáticos dilatados y quísticos, que suelen ser de color amarillento, con contenido líquido incoloro, aunque en ocasiones pueden ser rojizos, si se mezclan vasos sanguíneos. De consistencia blanda e indoloros, presentando a veces crepitación.[1] En la cavidad oral son incoloros y se encuentra preferentemente en los

[1] *Residente Odontología Pediátrica Universidad Peruana Cayetano Heredia.*
[2] *Profesora Principal Universidad Peruana Cayetano Heredia.*

dos tercios anteriores de la lengua (aparentando macroglosia). Tiene un crecimiento rápido, alcanzando gran volumen y extensión.[2] Puede tener un comportamiento maligno, involucrar las vías respiratorias y producir la muerte por insuficiencia respiratoria, incluso algunas veces el linfangioma puede presionar arterias, venas y nervios importantes.[3]

Pueden presentarse localizados o como un crecimiento difuso que puede agrandarse y causar macroglosia, dificultad para hablar y dificultad en la masticación. Estos tumores están típicamente presentes al nacer, pero pueden pasar inadvertidos hasta después de la erupción dentaria o incluso después de la pubertad.[2,3] Los sitios afectados en la cavidad oral pueden incluir la lengua, el paladar, las encías, la mucosa bucal, los labios y la cresta alveolar de la mandíbula, la participación oral preferida es la lengua.[4]

Figura 1. *Fotos extraorales.*

Figura 2. *Tejido cicatrizal en cuello por cirugías previas.*

Su incidencia en la literatura es muy variable, oscila entre 4/10,000 a 1/16,000 de nacidos vivos, y no se reportan diferencias entre género y raza. Representan aproximadamente el 5% del total de neoplasias benignas en lactantes y niños. Por encima del 90% de linfangiomas son diagnosticados antes de los 2 años y el 50% en el nacimiento. La morbilidad y la mortalidad están relacionadas con el tamaño y la localización de la lesión.[4,5]

Su reconocimiento precoz permite una iniciación apropiada de tratamiento y evita posibles complicaciones. Los tratamientos de elección incluyen: cirugía, radiación, terapia con láser, y escleroterapia. Recientemente, se está utilizando la técnica de ablación de tejidos por radiofrecuencia como un enfoque quirúrgico nuevo y más conservador para esta lesión.[4,6]

Relato de caso clínico

Paciente femenino de 4 años 6 meses de edad con diagnóstico de linfangioma de piso de boca y lengua, con secuela de cirugías realizadas desde los 2 años de edad en el Hospital Rebagliati (Lima-Perú), acude al servicio de Odontología Pediátrica de la UPCH por presentar amplias y múltiples lesiones cariosas y pérdida prematura de incisivos primarios superiores e inferiores. Su madre refiere es una niña obediente, pero con experiencias desagradables en procedimientos odontológicos anteriores. Al examen clínico general presenta fascies no característica, tejido cicatrizal en el cuello (**Figs 1 y 2**), grado de colaboración potencialmente receptiva. Peso: 20,5 kg y talla 0,80cm.

Al examen clínico estomatológico se observa alterada la fonoarticulación con seseo y rotacismo,

deglución atípica y protrusión lingual. A nivel intraoral se aprecia ausencia de frenillo lingual por cirugías previas, lengua escrotal de aspecto granulomatoso, piso de boca con tejido granulomatoso cicatrizal, encías inflamadas, absceso apical a nivel de la pieza 84, exposición pulpar en pieza 51.

La paciente fue sometida a exámenes complementarios necesarios como radiografías periapicales y panorámica, e interconsultas a los servicios de radiología oral, patología oral y a cirugía maxilofacial, con el fin de confirmar el diagnóstico y elaborar el plan de tratamiento.

El diagnóstico definitivo fue el siguiente: linfangioma de piso de boca y lengua, gingivitis asociada a placa bacteriana, caries de aparición temprana con lesiones cavitadas, necrosis pul-

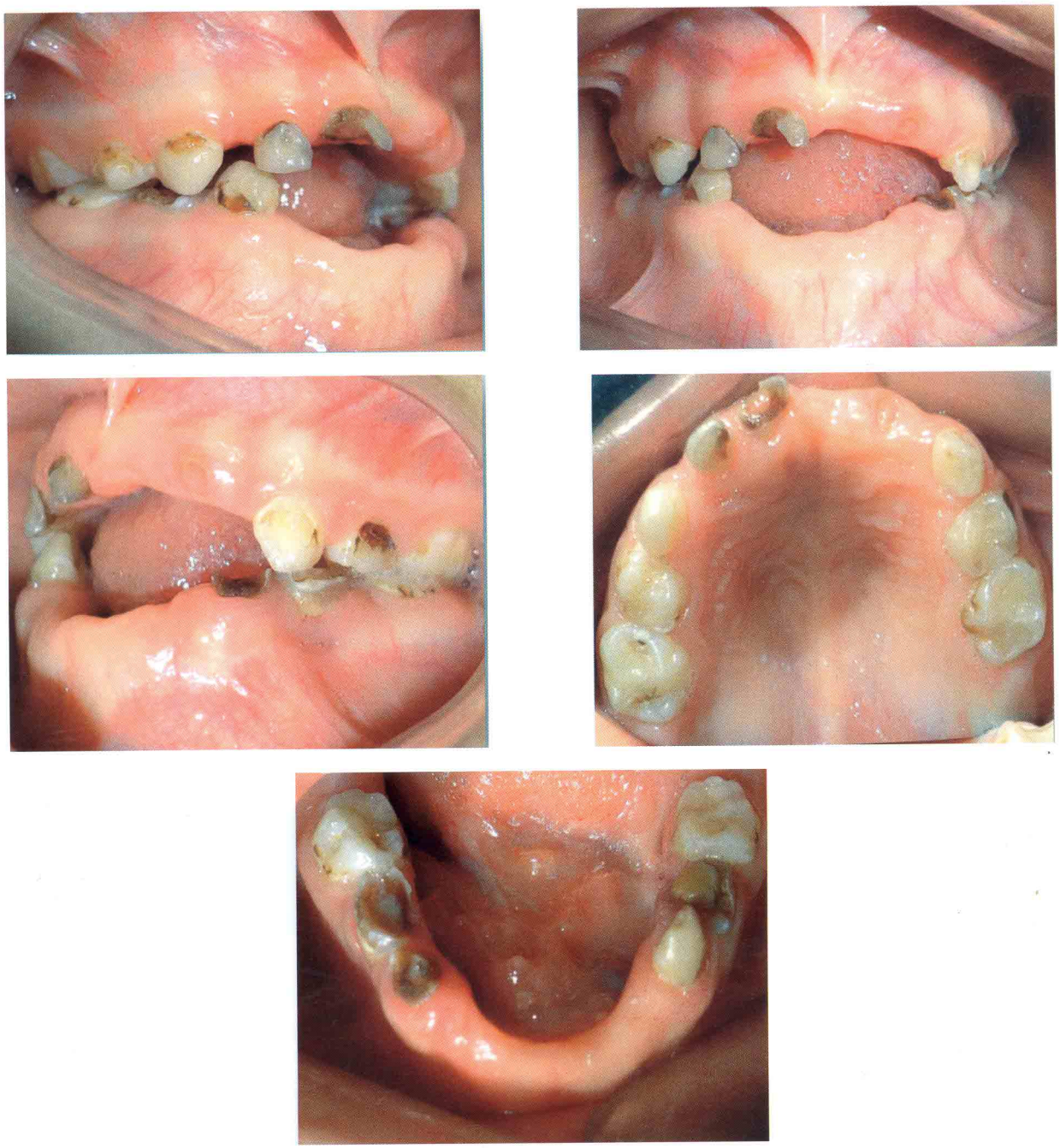

Figura 3. *Fotos intraorales.*

par, pulpitis reversible e irreversible y remanentes radiculares. Presenta maloclusión dentaria por pérdida prematura de piezas dentarias. Riesgo estomatológico alto (**Fig. 3**).

Los objetivos del tratamiento incluyeron:

- Concientizar a los padres y a la niña sobre su estado de salud bucal.
- Incentivar la adquisición y práctica de hábitos de higiene bucal.
- Eliminar focos infecciosos.
- Devolver la salud a tejidos periodontales y dentales.
- Prevenir futuras lesiones cariosas.
- Devolver la estética, fonética y función masticatoria.
- Controlar la maloclusión.
- Disminuir el riesgo estomatológico.

Figura 4. *Avances del tratamiento.*

El tratamiento realizado consistió en desfocalización y fisioterapia oral, seguida de una fase preventiva con topicación de flúor barniz al 5%, uso de pasta dental fluorada con 1100 ppm de flúor y consejo dietético. En la fase correctiva, pulpectomías, corona celuloide, resinas simples y compuestas, confección de un mantenedor de espacio tipo prótesis parcial removible superior e inferior, fueron llevadas a cabo (**Fig 4, 5**). Los controles clínicos se programaron cada 2 meses y los radiográficos cada 6 meses.

Discusión

La pérdida de uno o más dientes puede ser física y emocionalmente un disturbio, la oclusión esta funcionalmente alterada y el aspecto estético molesta a los padres así como al niño. Las opciones de tratamiento en estos casos son los mantenedores de espacio removibles o dentaduras parciales fijas. La elección de un tratamiento depende de los factores asociados con cada caso como son el tamaño y localización de la brecha,

Figura 5. Mantenedor de espacio tipo prótesis parcial removible.

la edad y cooperación del niño, la higiene oral, así como la disposición y apoyo de los padres para el tratamiento.[7]

Una de las funciones importantes del diente primario es ocupar el espacio fisiológico y guiar la erupción del sucesor permanente. La principal consecuencia de la pérdida temprana de los dientes primarios es el retraso en la erupción de los sucesores permanentes como en la formación de hueso reparativo y tejido conectivo denso que cubre el sitio. Además del aspecto poco atractivo existe el potencial desarrollo de hábitos nocivos (protrusión lingual, pronunciación incorrecta de sonidos fricativos como la "s", "f") pueden ser motivo de preocupación después de la pérdida prematura de los incisivos superiores primarios.[7,8]

El procedimiento clínico para la fabricación de una prótesis es similar al de los adultos, la cooperación de los niños y también los padres influyen en el tratamiento. Los niños se adaptan bien a las prótesis y sus funciones no suelen ser un problema. Se puede utilizar el condicionamiento operante en la primera visita entregándole al paciente la cubeta para llevar a casa y practicar bajo la supervisión de los padres. Es recomendable usar silicona para la primera impresión debido a su agradable sabor y olor aceptable.[9] Hay que considerar que el manejo protésico de los niños con pérdida prematura de los dientes primarios continuará por varios años, las modificaciones en las prótesis tienen que ser realizadas de acuerdo a los cambios por la erupción de los dientes permanentes y crecimiento de los maxilares.[9,10,11] Los controles de los mantenedores de la adaptación y presión a los tejidos orales se realizan en pocas semanas. Las visitas de seguimiento deben ser aproximadamente cada dos meses, con el fin de observar la evolución de la erupción del primer molar permanente.[11,12,13]

Referencias

1. Goswami M, Singh S, Gokkulakrishnan S, Singh A. Lymphangioma of the tongue. National Journal Of Maxillofacial Surgery. Natl J Maxillofac Surg 2011 Jan; Vol. 2 (1), pp. 86-8.
2. Stănescu L, Georgescu EF, Simionescu C, Georgescu I. Lymphangioma of the oral cavity. Rom J Morphol Embryol 2006; Vol. 47 (4), pp. 373-7.
3. Regezi-Sciubba, Neville, Brad W. Oral & Maxillofacial Pathology. 2°Edición.1999.
4. Haranal S, Naresh N, Vinuth D, Agarwal P, Rohit M. Lymphangioma of the buccal mucosa. International Journal of Medical Dentistry, October- December 2013, Volume 3, Issue 4, pp. 322-324.
5. Rebuffini E, Zuccarino L, Grecchi E, Carinci F, Merulla V. Picibanil (OK432) in the treatment of head and neck lymphangiomas in children. Dental Research Journal. 2012 Dec, Vol 9, Issue 8.
6. Puricelli E, Ponzoni D, Fasolo De Paris M, Cavallet de Abreu M, Togni L. Surgical treatment of tongue lymphangioma in a pediatric patient: A Case Report. J Dent Child 2011;78:(2)120-3.
7. Afraa Salah. Fixed Partial Denture for Primary Teeth Replacement – A case report. Dental News 2004; 11:2:21-3.
8. Trivedi B, Vakil J. Anterior Aesthetic Fixed Space Maintainer - "Hollywood bridge". Dental Follicle - The E- Journal Of Dentistry. Mar 2013,Vol VII, Issue 1.
9. Hugar, et al.: Prosthetic rehabilitation of a preschooler. Contemporary Clinical Dentistry, Jul-Sept 2011, Vol 2, Issue 3.
10. Silva E. Prótesis en la dentición temporal. Primera edición 1997.
11. Das M, Zahir S, Kundu G. Fixed estethic space maintainer. A case report. Guident. Pedodontics. Guru Nanak Institute of Dental Science & Research, 2012 Aug. Kolkata, India.

12. Barbería E, Lucavechi T, Cárdenas D, Maroto M. Free-end Space Maintainers: Design, Utilization and Advantages. J Clin Pediatr Dent 31(l):5-8, 2006.

13. Bolan M, Cardoso M, Galato G, Sousa Vieira R, Andriani W. Overdenture for Total Rehabilitation in a Child With Early Childhood Caries. Pediatr Dent 2012;34:l48-9.

Recibido: 27-04-2014

Aceptado: 18-05-2014

Correspondencia: adrianaromoc@hotmail.com