

### Electrostimulating device in the management of xerostomia

Strietzel F, Martín-Granizo R, Fedele S, Lo Russo L, Mignogna M, Reichart P, Wolff A  
*Oral Dis* 2007;13, 206-13.

La xerostomía es uno de los síntomas más frecuentes dentro del cuadro de síndrome de boca ardiente, aunque no siempre es debido a una hipofunción de las glándulas salivares. Tiene una prevalencia en la población general de entre el 10% al 29% y es más frecuente en el sexo femenino. Su etiología puede ser debida a alteraciones sistémicas (Síndrome de Sjögren), causa medicamentosa, enfermedades psiquiátricas o radioterapia. La alteración de la función salivar de forma crónica puede provocar cambios a nivel de los tejidos duros y blandos produciendo alteraciones en el habla, masticación, gusto, atrofia de la mucosa oral con dolor o caries dentales. Por otra parte, una xerostomía crónica produce un estrés al paciente disminuyendo su calidad de vida y aumentando su aislamiento social. Existen en el mercado numerosas sustancias y preparados que estimulan la salivación pero con resultados funcionales poco relevantes. Con los avances tecnológicos, se desarrollan como tratamiento alternativo los dispositivos eléctricos para la estimulación de la mucosa oral. El proyecto Saliwell (Wolff y Yenin, 1999) patenta un dispositivo eléctrico con un programa software de regulación autónomo con control remoto para la estimulación salivar. El dispositivo Saliwell intraoral llamado GenNarino, estimula directamente los conductos neuronales eferentes de las glándulas submandibulares y sublinguales, y por ello los electrodos están posicionados en la zona medial a la región del tercer molar mandibular, muy cerca de donde transcurre el nervio lingual. El presente estudio está basado en los primeros pasos de este proyecto de investigación para evaluar la eficacia de la estimulación eléctrica en la salivación. El ensayo clínico se basa en un estudio cruzado, randomizado, doble ciego y multicéntrico. Los objetivos principales de este estudio son disminuir la sensación de sequedad bucal y los síntomas de la xerostomía. Las ciudades que participaron en este estudio son Berlín, Nápoles, Madrid (Hospital Clínico) y Tel Aviv. En el estudio se incluyeron pacientes mayores de 17 años con síntomas de xerostomía crónica. Se obtiene un modelo de impresión de ambos maxilares con especial atención a la zona lingual mandibular correspondientes a la zona del segundo y tercer molar donde van a estar colocados los electrodos. El dispositivo GenNarino es una férula de acrílico que tiene un microprocesador, batería, sensor de humedad, electrodo de estimulación y receptor de control remoto. Se acopla perfecta-

mente a la arcada inferior dejando los electrodos estimulantes en la cara lingual mandibular. Entre Octubre del 2003 y Marzo del 2005 se realizaron 158 estudios en 20 mujeres y 3 hombres con diagnóstico de xerostomía y con una edad media de 61,5 años. Se realizaba un control a los 5 minutos y 10 minutos tras la utilización del dispositivo. Durante los continuos controles se apreció una disminución clara de la sequedad en el sensor de humedad. No se objetivaron efectos secundarios importantes.

### El papel de la disección cervical (I-III) en el tratamiento de del cáncer oral con adenopatías negativas (N0)

Mathew E, Sebastian P, Mathew A, Balagopal PG, Varghese B T, Thomas S.  
*Oral Oncol* 2008: 44;1134-8.

En este artículo se plantea limitar la extensión de la disección cervical de cuello en el carcinoma epidermoide oral reduciendo así la morbilidad que este procedimiento conlleva. Esto se consigue con la mejora en los conocimientos del comportamiento metastático de estos cánceres. Diferentes estudios han demostrado similares tasas de recurrencia y supervivencia entre disección cervical selectiva y disección cervical modificada. El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia de la disección selectiva cervical en el manejo del cáncer epidermoide de boca con adenopatías negativas. Para ello se realizó un estudio retrospectivo de carcinoma de células escamosas en cavidad oral desde 1988 hasta 2004. El análisis estadístico se realizó con software SPSS. El test de Chi cuadrado se empleó para comparar múltiples variantes, la supervivencia global y libre de enfermedad se estimó con el método de Kaplan-Meier. De los 219 casos, el 84% eran estadios tempranos frente al 16% de casos con enfermedad avanzada. El 72% de los pacientes tenían el tumor primario en los dos tercios anteriores de la lengua; 161 pacientes mostraban anatomías patológicas negativas para adenopatías. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para la recurrencia local entre pacientes con N0 y paciente N+. Los pacientes con adenopatías positivas tenían una supervivencia menor comparada con los que no, a su vez la supervivencia empeoraba en aquellos casos con recurrencias a nivel ganglionar. La radioterapia adyuvante se requeriría en aquellos casos en los que, aun no habiendo clínica, sí existía un resultado anatomopatológico positivo. La disección de los niveles IV y V sería beneficiosa, según los autores, para aquellos casos en los que hubiera adenopatías positivas N1, junto con radioterapia.

### El piezoeléctrico y la osteotomía con rotatorio en la cirugía del tercer molar impactado: Comparación de la recuperación postoperatoria

Sortino F, Pedullà E, Masoli V.  
*J Oral Maxillofac Surg* 2008;66: 2444-8

El objetivo de este estudio era comparar los resultados entre el uso de piezoeléctrico o rotatorio en la cirugía de tercer molar impactado. La cirugía con piezoeléctrico fue introducida en 1988. Este instrumento produce una frecuencia de ultrasonidos de 24 a 29 kHz. La amplitud de estas microvibraciones permite un corte preciso y limpio, no actuando contra tejidos blandos como pueden nervios o vasos. En el estudio se incluyeron cien pacientes con tercer molar impactado en mandíbula. Cincuenta fueron tratados con rotatorio (Grupo A) y los cincuenta restantes con piezoeléctrico (Grupo B). El protocolo terapéutico fue el mismo en ambos grupos. Veinticuatro horas después de la cirugía se evaluaron dos parámetros: trismus y tumefacción facial. El tiempo de cirugía se consideró, desde el inicio de la incisión hasta al final de la sutura. No se administró antibiótico antes de la intervención y en ambos grupo el colgajo (de Archer)

fue el mismo. La odontosección en ambos casos se realizó con fresa de fisura a alta velocidad teniendo cuidado de no contactar con el hueso. La cavidad resultante tras la extracción se limpió siempre con solución de suero fisiológico estéril. La sutura empleada fue seda de 2/0; se aplicó hielo de forma local externa durante 10 minutos cada hora, las 6 horas posteriores a la intervención. En el período postquirúrgico no se usaron corticoesteroides, pero sí la misma dosis de piperacilina y diclofenaco. El promedio de tiempo quirúrgico fue de 17 minutos en el grupo A y de 23 minutos en el grupo B. La media de inflamación facial fue de 7,04 mm en el grupo A mientras que en el grupo B, fue 4,22 mm. El trismus medido en el grupo A fue de 16,76 mm y de 12,52 mm en el grupo B. El análisis mostraba una reducción estadísticamente significativa ( $p<05$ ) del trismus e inflamación facial en el grupo B, no así del tiempo de cirugía, que aumentaba de manera significativa ( $p<05$ ). La conclusión, por lo tanto, es que la técnica con piezoeléctrico disminuye las molestias postoperatorias tempranas a costa de un aumento en los tiempos quirúrgicos.

**Farzin Falahat**