



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**PATOLOGIA Y TRATAMIENTO EN LENGUA**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

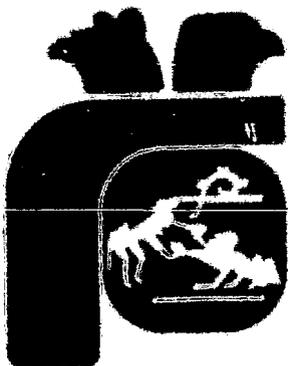
**P r e s e n t a n :**

**Beatriz Eugenia Elizondo Mendoza**

**María Haydeé Elizondo Mendoza**

México, D. F.

1983





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## INDICE

|   | Pag. |
|---|------|
| 1. Introducción.....  |      |
| 2. Embriología.....   | 1    |
| 3. Anatomía Humana.....   | 4    |
| 3.1. Conformación.....  | 4    |
| 3.2. Músculos de la lengua.....                                       | 6    |
| 3.3. Concepto morfológico macroscópico de la mucosa de la lengua..... | 11   |
| 4. Fisiología de la lengua.....                                       | 26   |
| 5. Principales alteraciones en la lengua.....                         | 32   |
| 5.1. Origen del desarrollo.....                                       | 32   |
| 5.1.1. Anquiloglosia.....   | 32   |
| 5.1.2. Lengua bífida.....   | 33   |
| 5.1.3. Glositis romboidea mediana.....                                | 33   |
| 5.2. Avitaminosis.....  | 36   |
| 5.2.1. Fisura lingual.....  | 36   |
| 5.2.2. Lengua dolorosa o ardorosa.....                                | 38   |
| 5.2.3. Lengua saburral o cubierta.....                                | 42   |
| 5.3. De origen metabólico.....  | 43   |
| 5.3.1. Macroglosia.....   | 43   |
| 5.4. De origen congénito.....   | 45   |
| 5.4.1. Tiroides lingual.....  | 45   |

|   | Pag. |
|---|------|
| 5.5. De origen infeccioso.....                          | 46   |
| 5.5.1 Angina de Ludwin.....                             | 46   |
| 5.6. De origen nervioso.....                            | 48   |
| 5.6.1. Glositis migratoria benigna.....                 | 48   |
| 5.7. De origen Farmacoterápico.....                     | 50   |
| 5.7.1. Lengua negra vellosa.....                        | 50   |
| 5.8. De tipo maligno.....                               | 52   |
| 5.8.1. Cáncer en la lengua.....                         | 52   |
| 5.8.2. Sífilis crónica.....                             | 57   |
| 5.8.3. Leucoplacia bucal.....                           | 57   |
| 5.8.4. Leucoplacia hiperquaratóxica.....                | 59   |
| 5.9. De tipo benigno.....                               | 60   |
| 5.9.1. Linfagioma.....                                  | 60   |
| 5.9.2. Identaciones linguales.....                      | 62   |
| 5.9.3. Lesiones traumáticas en la lengua.....           | 63   |
| 5.10. De origen inflamatorio.....                       | 65   |
| 5.10.1. Glositis aguda.....                             | 65   |
| 5.11. Alteraciones en la capa superficial de la lengua. | 66   |
| 5.12. Alteraciones en el color de la lengua.....        | 75   |
| CONCLUSIONES .....                                      | 77   |

## 1. INTRODUCCION.

El objetivo principal que nos lleva a la elaboración de este trabajo es para que se tome conciencia de que la lengua es un órgano muy importante para el diagnóstico de las diferentes enfermedades que ahí se manifiestan.

Es conveniente un diagnóstico oportuno pues de ello depende que un padecimiento se pueda tratar y algunos casos la lesión sea erradicada.

Como en el caso del cáncer en la lengua cuyo factor etiológico es el tabaco, el alcoholismo, la deficiencia vitamínica, síndrome de Plummer Vinson, anemia perniciosa o cualquier tipo de irritación sobre este órgano.

El cirujano dentista por ser el profesional que más contacto tiene con la boca es el indicado para hacer el diagnóstico de las enfermedades en la lengua, teniendo pleno conocimiento de las características y del medio en que el proceso patológico se inicio y de los tratamientos previos a los que se ha sometido.

## CAPITULO I

### 2. EMBRIOLOGIA.

La lengua se localiza en el piso de la cavidad oral. Se desarrolla durante la cuarta semana de vida intrauterina y consta de centros de proliferación mesodérmica cubiertos por epitelio en forma principal endodérmico.

Se encuentran eminencias a los lados de la línea media que deriva del arco mandibular y contribuyen a la formación de las dos terceras partes de la lengua definitiva.

Una señal importante al principio del desarrollo es el tubérculo impar que se reduce y se incorpora a la masa de la lengua, localizado dicho tubérculo impar entre dos extremos caudales de las eminencias linguales anterolaterales.

La línea media presenta una cópula, que nos llama la atención opuesta a las extremidades ventrales del tercer arco branquial y posiblemente incluye tejido contribuido por el tercer y cuarto arcos branquiales.

Esto forma la raíz de la lengua comprobable contribución adicional de las eminencias linguales y posterolaterales, las cuales se observan mejor en embriones de ocho a diez milímetros.

Estas se localizan posterolaterales al tubérculo impar a los de la porción anterior de la cópula. Es probable que estas estructuras incorporen por lo menos una porción de las extremidades ventrales de los arcos branquiales segundo y tercero y probablemente al que la cópula forma la base de la lengua especialmente las porciones laterales de ésta.

Al final de la cuarta semana esta invaginación tubular de ectodermo del estomodeo, se extiende dorsalmente hacia el mesoblasto de la cabeza desde un punto de la línea media en el sitio en donde la membrana orofaríngea, antes de su degeneración tenía su fijación dorsal.

A medida que la bolsa hipofisiaria crece hacia la cara ventral del tubo neural (Primordio Neurohipofisiario) y los dos se yuxtaponen en forma anteroposterior respectivamente.

De nuevo, los puntos de los divertículos forman los primordios que originan los lóbulos anteriores y posterior de la apófisis.

La conexión entre los lóbulos posterior y el tubo neural persiste como el infundíbulo y el tallo Hipofisiario, mientras que la conexión con la bolsa hipofisiaria con el es

tomodeo es obliterada al final del segundo mes.

Se pueden encontrar restos de la bolsa en un canal "cra-neofaríngeo" que penetra al esfenoides. En ocasiones el resto del tejido celular al hipofisiario pueden persistir en el sitio de la invaginación de la nasofaringe definitiva como la hipófisis faríngea.

Resumiendo, diremos que la lengua proviene de la faringe, pero exactamente se describió como una bolsa de mucosa llena de músculo estriado.

Formada la lengua a partir de dos extensiones laterales de los primeros arcos mandibulares.

La mitad anterior del órgano (Porción bucal) posee papilas y la porción media (Porción Faríngea) está infiltrada de tejido linfoide, esta región es conocida como amígdala lingual.

## CAPITULO II

### 3. ANATOMIA HUMANA.

La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal. En él radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

3.1. Cara superior: Es convexa transversalmente y más o menos plana de adelante atrás. Presenta en su tercio posterior la v lingual; así llamada por la disposición que adoptan las papilas calciformes o circunvaladas. Hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formando las glándulas foliculares y todavía más atrás se encuentran tres repliegues uno mediano y dos laterales, que van a terminar a la epiglotis y se denominan repliegues glosopiglóticos medianos y laterales. Por adelante de la v lingual se observa un surco medio, y a los lados, las papilas dispuestas de tal manera - que forman líneas paralelas a las ramas de la v lingual.

Cara inferior: Descansa sobre el piso de la boca. Posee en la línea media un repliegue mucoso o frenillo de la lengua, a los lados de éste y en su parte más posterior, dos tubérculos, donde desembocan los orificios del canal de Wharton.

Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa, las venas raninas. La mucosa que cubre la cara inferior, es lisa y ligeramente rosada.

Bordes: Los bordes de la lengua son convexos y más gruesos por detrás que por delante; corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden degenerar en cáncer lingual.

Base: Esta porción, la más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosopiglóticos; en su parte anterior, corresponde a los músculos genihioides y al milohioides.

Vértice o punta: Es aplanado en sentido vertical y presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Constitución anatómica: Se distinguen en la lengua las siguientes partes: un esqueleto osteofibroso, los músculos de la lengua y la mucosa lingual.

Esqueleto de la lengua: Las partes blandas de la lengua,

se apoyan en el hueso hioides, en la membrana hioglosa y en el septum lingual.

La membrana hioglosa: Es una lámina fibrosa, dirigida transversalmente, que se inserta por debajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides, entre las dos astas menores. Se dirige hacia adelante y arriba en una extensión de 15 milímetros y se pierde en el espesor de la lengua.

El septum lingual o septum medio: Lámina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior, de la membrana hioglosa y por abajo en la cara anterior del hueso hioides. Tiene la forma de una hoz cuya extremidad anterior aguzada termina entre las fibras musculares de la punta de la lengua y cuyas caras laterales sirven de implantación a muchos músculos de la lengua. El borde superior, convexo, se aproxima a la mucosa del dorso de la lengua. El borde inferior, cóncavo corresponde al genioglosa.

### 3.2. MUSCULOS DE LA LENGUA.

Son ocho pares y uno impar. De ellos, tres se insertan

en los huesos cercanos, a saber: Geniogloso, hiogloso y es - tiogloso; tres se originan en los órganos cercanos: Palato - glosa, faringlosa y amigdalosa, dos proceden de los huesos y órganos próximos y son el lingual superior y lingual infe - rior. Sólo uno es propiamente intrínseco, es el transversa de la lengua. El Geniogloso, el más voluminoso de la lengua, es aplanado transversalmente. Se inserta en la apófisis geni superior, desde donde sus fibras irradian hacia atrás; las superiores describen una curva de concavidad anterior y van a terminar a la punta de la lengua mientras las inferiores se dirigen hacia atrás y abajo, fijándose unas en la base de la lengua y otras en la parte superior de la cara anterior del hueso hioides. Las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la lengua y terminan en la mucosa, en la membrana hioglosa, o bien se entrecruzan por debajo del séptum lingual con las del lado opuesto.

Por fuera, el geniogloso se relaciona con la glándula sub lingual con la arteria lingual con el nervio gran hipogloso, con el canal de Wharton y con los músculos estilogloso, hio - glosa y lingual inferior.

Por su cara interna corresponde el homónimo del lado opuesto. Su acción consiste en levantar y dirigir la lengua - hacia adelante por medio de las fibras que van al hueso hioides. En efecto, las fibras superiores dirigen la punta hacia abajo y atrás, en tanto que las medias tratan de proyectar - el cuerpo de la lengua hacia adelante, obrando en conjunto -- reducen la longitud de la lengua y la aplican contra el piso de la boca.

El estilogloso se extiende de la apófisis estiloides a los bordes de la lengua, se inserta en la cara anteroexterna de la apófisis estiloidea y en la parte superior del igamento estilomaxilar. Se dirige hacia abajo y adelante hasta al canzar el pilar anterior del velo del paladar, donde se divide en haces superiores que van al septum lingual; haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus - fibras con las del hipogloso y del geniogloso, y haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus - fibras con las del hipogloso y el geniogloso, haces medios - que siguen el borde de la lengua y terminan en la punta. Se relaciona por dentro con el ligamento estilohioideo, con el constrictor superior de la faringe y con el hipogloso; y por fuera, con la glándula parótida y con el pterigoideo interno.

Por su cara interna corresponde el homónimo del lado opuesto. Su acción consiste en levantar y dirigir la lengua hacia adelante por medio de las fibras que van al hueso hioides. En efecto, las fibras superiores dirigen la punta hacia abajo y atrás, en tanto que las medias tratan de proyectar el cuerpo de la lengua hacia adelante, obrando en conjunto reducen la longitud de la lengua y la aplican contra el piso de la boca.

El estilogloso se extiende de la apófisis estiloidea a los bordes de la lengua, se inserta en la cara anteroexterna de la apófisis estiloidea y en la parte superior del ligamento estilomaxilar. Se dirige hacia abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar, donde se divide en haces superiores que van al septum lingual; haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus fibras con las del hipogloso y del geniogloso, y haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus fibras con las del hipogloso y el geniogloso, haces medios que siguen el borde de la lengua y terminan en la punta. Se relaciona por dentro con el ligamento estilohioideo, con el constrictor superior de la faringe y con el hipogloso; y por fuera, con la glándula parótida y con el pterigoideo interno.

el cual eleva la lengua y la lleva hacia atrás.

El hipogloso se extiende del hueso hioides a la lengua. Posee forma cuadrangular y se inserta por debajo con el borde superior del cuerpo y del asta mayor del hueso hioides, se le llama basiogloso al haz que se desprende del asta. Después las fibras se dirigen hacia arriba y ligeramente adelante casi horizontalmente, mezclándose con los haces anteriores del estilogloso para terminar con el septum lingual. Se halla en relación por su cara externa con los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico, con la glándula submaxilar y con el canal de Wharton; está cruzado de atrás adelante por el gran hipogloso y el lingual. Su cara interna se relaciona con el constrictor medio de la faringe, con el faringogloso y está cruzada de atrás adelante por la arteria lingual. Su acción consiste en abrir la lengua, al tiempo que la aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

El faringogloso se halla compuesto por un fascículo dependiente del constrictor superior de la faringe, el cual, después de alcanzar el borde de la lengua, se divide en haces superiores que van a confundirse con los haces medios

del estilogloso y con los haces del palatogloso y haces inferiores que se entrecruzan con las fibras del geniogloso y del lingual inferior.

El palatogloso o glosostafilino, situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar, es delgado y aplana-  
do. Por arriba, se inserta en la cara inferior de la aponeurosis palatina, de donde desciende a la base la lengua para recorrer el borde de ésta y confundir sus fibras con las del fa-  
ringogloso y del estilogloso. Se halla cubierto en casi toda su extensión por la mucosa, al contraerse la lengua hacia a -  
rriba y atrás al mismo tiempo que estrecha el istmo de las fauces.

El amigdalogloso es un músculo delgado que va de la cápsula amigdalina a la lengua. Se inserta por arriba a la aponeurosis faríngea que cubre a la amígdala. Desciende luego entre el faringogloso y la mucosa hasta la base de la lengua donde se hace transversal y se entrecruza en la línea media por el del lado opuesto. En su porción superior se halla colocado entre la aponeurosis faríngea y la amígdala y abajo cruza por su cara inferior al lingual superior. Es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

El lingual superior es un músculo impar y mediano situado en el dorso de la lengua, por debajo de la mucosa. Se halla formado por su porción posterior por tres haces, de los cuales los laterales emanan de las astas menores del hueso hioides y el medio de la epiglotis está contenido en el espesor de repliegue glosopiglótico medio. Los tres haces se dirigen hacia adelante y convergen de tal manera que en la parte media de la lengua quedan unidos, continuando hacia adelante para terminar en la punta de la misma. Por su cara superior se relaciona con la mucosa de la lengua, a la cual se adhiere íntimamente; por su cara inferior se halla en relación con los músculos subyacentes; a los lados confunde sus fibras con las superiores del estilogloso, con el faringogloso y el palatogloso.

Acorta la longitud de la lengua y la abate. Dirige hacia arriba y atrás la punta de la lengua.

El lingual inferior está situado en la cara inferior de la lengua. Se inserta atrás en los cuernos menores del hueso hioides y recibe haces de esfuerzo del estilogloso y del faringogloso y el palatogloso. Se dirige después hacia adelante y sus fibras terminan en la cara profunda de la mucosa que reviste por su cara inferior la punta de la lengua. Corre entre los músculos hiogloso, que está por fuera y el geniogloso por dentro. Su acción consiste en acortar la longitud de la lengua y dirigir la punta hacia abajo y atrás, siendo además abatidor de la lengua.

El transverso lingual tiene la misma extensión que el septum lingual y recibe su nombre a causa de la dirección de sus fibras. Se inserta en las caras del septum lingual, de donde sus fibras se dirigen hacia afuera y se cruzan con las fibras longitudinales de los músculos que encuentran hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual donde se fija. Reduce, al contraerse, el diámetro transverso de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

### 3.3. CONCEPTO MORFOLOGICO MACROSCOPICO DE LA MUCOSA DE LA LENGUA.

Dorso de la lengua: La lengua presenta una consistencia

firme de acuerdo con el espesor de la mucosa, siendo mayor el grosor de éste en los tercios anteriores y en los bordes; en cambio es delgada y lisa por su cara inferior.

La mucosa del dorso de la lengua se encuentra fija a las fibras musculares por la cara profunda del cori6n, lo que hace que los movimientos de deslizamiento de la mucosa de la lengua sean limitados aunque dicha capa es ligeramente m6vil en los bordes.

Es cl6sico se6alarle un color rosado, principalmente en sus partes laterales, que se debe b6sicamente a la coloraci6n dada por las papilas fungiformes as6 como un color blanquecino en la base y en la porci6n posterior de la l6nea media, el cual es originado por la descamaci6n del epitelio y las transformaciones que sufren los linfocitos en 6l.

En ocasiones, en los tercios anteriores, en la parte media y en sentido posterior, se encuentra una canaladura que ha sido descrita clasicamente como surco medio, pero la mayor parte de las veces no es visible estando la lengua en reposo.

Presenta un surco en la uni6n de sus tercios anteriores con su tercio posterior que llamamos surco terminal y divide

al dorso de la lengua en dos porciones; la anterior o palatina y la posterior o faríngea.

Algunos anatomistas como Sappey en 1879, no describen este surco terminal quizá debido a que no siempre se observa; actualmente es mencionado por la mayoría de los autores como un límite exacto entre la porción faríngea y la palatina de la lengua.

Presenta en el extremo posterior del surco limitante una depresión profunda, el agujero ciego, la cual se considera como un resto embrionario del conducto tirolingual.

Por delante de la V lingual, formada por las papilas circunvaladas, en el adulto encontramos pliegues que siguen la misma dirección V, siendo según Testut, de 60 a 100 producidos por la disposición de las papilas en la lengua (pliegues papilares) señalándose más numerosos en la mujer.

Cabe agregar que en las porciones laterales y posteriores existen repliegues salientes formados por rudimentos de papilas foliadas.

Por detrás de la lengua, se observan eminencias formadas por la glándula foliculosa y los orificios de ellas que le

dan a la base de la lengua un aspecto rosado e irregular. En su parte más posterior encontramos los repliegues glosopiglotícos medios y laterales.

Con una frecuencia del 10 al 15% se observan surcos congénitos sobre todo en los bordes laterales o en la parte media de la lengua que pueden ser transversales, anastomosados, etc. En el viejo se reúnen entre sí dando un aspecto a la lengua estrellado.

Cara inferior de la lengua: La lengua presenta en su cara inferior mucosa transparente y permite observar un repliegue simple o doble, medio y saliente (el frenillo) que puede alcanzar la punta de la lengua. A los lados se observan por transparencia los vasos raninos.

Consideramos en la mucosa de la lengua como formaciones semimicroscópicas, en el dorso, a las glándulas foliculosas y a las papilas de la lengua y en la cara inferior a los repliegues de ella y a los orificios de desembocadura de las glándulas salivales.

Por delante del surco terminal encontramos una serie de salientes que son producidas por el corión, a los cuales se

les denominó papilas atribuyéndose su descubrimiento a Malpighi en 1655 y posteriormente han sido descritas por Ruish en 1751 y Albinus en 1754, con pocas variantes de la descripción actual. En el estudio Histológico destacan los trabajos de Loben y Schwann quienes descubrieron los corpúsculos del gusto.

Otros autores las dividen en simples y compuestas, dentro de las simples a las hemisféricas numerosas y muy pequeñas (microscópicas), pueden presentar formas cónicas, cilíndricas, etc.

Entre las compuestas observamos a las foliadas que se encuentran en pliegues laterales, fáciles de observar como en el conejo. En el hombre son escasas, situadas por detrás y a los lados de la V lingual cerca del borde de la lengua. Son de 3 a 15 repliegues en forma de salientes longitudinales de donde se describen numerosos corpúsculos gustativos.

Las papilas fungiformes se caracterizan por presentar un segmento de esfera saliente de color rosado, con una porción estrecha o cuello, el segmento saliente o cabeza presenta corpúsculos del gusto en su superficie.

Se han hecho varias divisiones de las papilas y una que podemos considerar clásica, es la de Testut, que menciona cinco variedades: fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes, siendo éstas últimas denominadas circunvaladas. Estas papilas se encuentran distribuidas irregularmente en el vértice y por delante de la V lingual. Se describen en 150 a 200 por Sappey, midiendo de 200 micras a 1 mm. de diámetro, su nombre se debe a que tienen aspecto de hongo.

Las papilas fungiformes presentan un tallo corto o largo y su cabeza puede ser hemisférica u ovoide.

Las papilas filiformes, también las llamadas coroliformes, son las más numerosas (se calculan en número de 20,000) se encuentran en surcos paralelos a la V lingual en los dos tercios anteriores de la lengua. Varían en su aspecto de acuerdo a la posición de las prolongaciones epiteliales que cuando están libres dan la impresión de radiaciones filiformes superpuestas en el vértice de la papila; en otras ocasiones están dispuestas de tal modo que estas proyecciones epiteliales pueden encontrarse invariadas hacia adentro o hacia

afuera.

La porción basal o papila primaria se une al corión de la mucosa por su cuerpo cilíndrico, en general son de color más claro que las fungiformes.

En forma de V delante del surco limitante se encuentran dispuestas de 6 a 10 papilas circunvaladas. Las papilas circunvaladas están formadas por un mamelón central convexo que recuerda a las fungiformes debido a que es más estrecha en su parte inferior que en la parte libre. Esta porción está rodeada por un surco profundo que se separa de un rodete que guarda el mismo nivel del mamelón. A este rodete se le han designado diferentes nombres, tales como: cáliz, anillo y vallum etc. En relación a este hecho son denominadas: calciformes, anulares o circunvaladas. Este último nombre es debido a la apariencia de estar rodeadas de una muralla anular. En el foso se abren glándulas mucosas.

En ocasiones, en la parte central de la papila se describe un pequeño orificio cuya profundidad varía, pero que es más notable en la papila colocada en el vértice de la V lingual.

Las papilas circunvaladas varían en su forma con relación al surco y el rodete, pudiendo adoptar formas elipsoidales, circulares e irregulares. Igualmente presentan con frecuencia surcos más o menos profundos en el mamelón, lo que nos permite dividirlos en simples y segmentados.

Las papilas se unen frecuentemente en dos o más, por lo cual podemos también señalar que pueden ser únicas, dobles o múltiples.

Las glándulas foliculosas situadas atrás de la V lingual son salientes convexas cubiertas por la mucosa, con aspecto de esferas irregulares. En ocasiones son ovoideas o romboidales con uno o dos orificios y constituyen en conjunto la llamada amígdala lingual, por la gran cantidad de folículos que contiene la mucosa.

La mucosa de la cara inferior es delgada y lisa y la lámina propia se une al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares sin existir submucosa. El dorso del órgano está cubierto por un epitelio plano, estratificado, no queratinizado. El color más oscuro que el de la musculatura. Este epitelio está formado por una capa de células prismáticas

a las cuales , por medio de una capa basal se unen al corión, una capa de células polihédricas en su periferia y superficialmente células laminiformes. El corión está constituido por tejido conjuntivo y fibras elásticas.

Los linfáticos anteriores o linfáticos apicales de Poirier recogen la linfa de la punta de la lengua, descienden en el espesor del frenillo, atraviesan el miloideo y en tanto que unos desembocan en los ganglios suprahioides, otros terminan en los ganglios yugulares situados en la región del tendón intermedio del omohioideo.

La inervación de la lengua se realiza por la mucosa lingual por medio del lingual, el cual se distribuye en los tercios anteriores de la mucosa de la lengua. El glossofaríngeo que se ramifica en la V lingual y en la mucosa que está detrás de ésta.

El lingual termina por ramificaciones intradérmicas o por terminaciones intraepiteliales. También emite ramos que van a los corpúsculos de Pacini, a los de Meissner y a los de Ruffini que son los corpúsculos del tacto existente en la lengua.

El glossofaríngeo suministra ramos terminales a los corpúsculos del gusto, donde penetran con terminaciones del lingual a la base de las papilas, formando un plexo subepitelial del cual se desprenden intercorpúsculares, fibras pericorpúsculares y fibras intracorpúsculares, éstas últimas van a ponerse en contacto con las células gustativas.

Por último, debemos recordar que los músculos de la lengua están inervados en su mayoría por el hipogloso mayor.

Región sublingual: Es el piso de la boca propiamente dicho y posee forma triangular con vértice dirigido hacia adelante, limitado por la porción anterior del arco dentario inferior adelante y a los lados y por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua por atrás.

Presenta en la línea media un pliegue mucoso que une a la cara inferior de la lengua con el piso de la boca, llamado frenillo de la lengua y a los lados de éste un tubérculo con un orificio en su vértice, donde desemboca el canal de Wharton. Atrás y a los lados del tubérculo, se encuentra un saliente amamelonado con varios orificios, donde desembocan los canales de excreción de la glándula sublingual y por delante de

ellos, unos salientes ovoideos, de diámetro mayor transversal formados por la presencia submucosa de las glándulas sublinguales por lo que se les dá el nombre de corpúsculos sublinguales .

La mucosa de la región sublingual es lisa y limita por arriba un espacio comprendido entre ella y el milohioideo por abajo. Por adelante a los lados, el espacio está limitado por la rama horizontal del maxilar y presenta la fosita sublingual por atrás por el geniogloso y el hiogloso. Dicho espacio contiene la glándula sublingual, sus canales de excreción, a los vasos, nerviosos, el canal de Wharton y la parte de la glándula submaxilar, elementos todos contenidos de una atmósfera de tejido celular, que comunica con el espacio submaxilar por el borde posterior del milohioideo. El espacio descrito se encuentra lleno de tejido conjuntivo enmedio del cual se hallan los tejidos citados; en él se desarrolla el flemón séptico del piso de la boca.

Las papilas circunvaladas contienen una papila central y varias papilas secundarias de la lámina propia, éstas últimas se elevan de la primera hasta el epitelio plano estratificado

que recubre todas las papilas. El foso se llena de líquido frecuentemente, segregado por las glándulas serosas de Von Ebner, las cuales limpian los residuos esta depresión.

El epitelio que reviste el surco, contiene numerosos corpúsculos del gusto formados por dos tipos de células, unas de sostén y otras neuroepiteliales. Las células de sostén, recuerdan tajadas de un melón, más delgadas en sus extremos que en su parte media y van de un extremo a otro del corpúsculo gustativo, siguiendo una línea curva como la de la de una barrica. En su superficie están dispuestas de tal modo que rodean una depresión central llamada poro gustativo. Las células neuroepiteliales del gusto están entremezcladas con células de sostén en la parte central del corpúsculo.

Las glándulas mucosas se hallan aparciadas desde el tercio posterior de la lengua por la cara dorsal y los bordes, hasta la punta de élla; forman un conglomerado posterior detrás de la V lingual, al otro lado un lateral, situado en los bordes de la lengua y otro anteroinferior, colocado en la cara inferior de dicho órgano, a los lados de la

línea media. Este último recibe el nombre de glándula de Blandin o glándula de Nuhn.

Los botones gustativos, también llamados corpúsculos del gusto por constituir las terminaciones nerviosas del sentido del gusto, están situados sobre el corión de la mucosa en el espesor del epitelio. Son de forma más o menos ovoidea, su extremidad más ancha se halla en contacto con el corión y su extremidad más angosta atraviesa el epitelio superficial, donde desemboca por un orificio circular (poro gustativo), por el cual salen los flagelos gustativos. Estos corpúsculos están situados en las papilas circunvaladas y en las fungi-formes por lo que se dice que el sentido del gusto radica en la V lingual en los tercios anteriores del dorso de la lengua y en sus bordes. En las papilas circunvaladas se encuentran los corpúsculos en los bordes del mamelón de la papila.

Formación Linfoidea: En la submucosa de la porción de la lengua, colocada por detrás de la V lingual, existe una gran cantidad de folículos linfoides cuyo conjunto constituye la llamada amígdala lingual, que forma parte del círculo linfático de Waldeyer.

Vasos y nervios: La lengua recibe sangre arterial de la lingual, cuyo ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, en tanto que la ranina y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua. Recibe también la masa muscular, ramas arteriales de la palatina inferior y de la faringea inferior.

La circulación venosa va a desembocar a las venas linguales, sale de los ramos arteriales y afluentes de la yugular interna.

Los linfáticos se originan en las papilas de la lengua por una fina red intrapapilar que se vierte en una amplia red subpapilar, la cual a su vez, forma conductos que se dirigen hacia la V lingual originando troncos colectores de mayor calibre que descienden por la base de la lengua.

En el dorso de la lengua y por lo tanto en la mucosa de ésta, la circulación linfática de un lado, tiene amplias anastomosis con la del lado opuesto: los troncos colectores que se forman se dividen en tres grupos: posteriores, medios y anteriores.

Los linfáticos posteriores recogen la linfa de la base de la lengua, descienden unos por la epiglotis y otros por

la amígdala, atraviesan el constrictor superior de la faringe y van a los ganglios yugulares. Los linfáticos medios na cen entre la base y la punta de la lengua, descienden por el piso de la boca entre los genioglosos y van a terminar en los ganglios yugulares por abajo de los anteriores.

### CAPITULO III

#### 4. FISIOLOGIA DE LA LENGUA.

La lengua, como es sabido, es un órgano de mucha importancia ya que en ella se realizan varias funciones, como la fonación, deglución, salivación, el gusto, etc.

Los órganos receptores de la lengua son los botones gustativos, (órganos del gusto).

Cada botón está hecho de células de sostén y de cinco a dieciocho células ciliares. Son cuerpos ovoides y miden de 50 a 70 u.

Las células ciliares o receptores gustativos, tienen cada una cierto número de cilios que se proyectan en el poro gustativo, abertura que se encuentra en la superficie epitelial del botón gustativo, las terminaciones amielinizadas de las fibras nerviosas sensitivas, están enrolladas en una manera íntima.

Si el nervio sensitivo es seccionado, el botón gustativo degenera para luego desaparecer. Por lo contrario si el nervio se regenera, las células circunvecinas se organizan

en un nuevo botón gustativo completo, quizá como resultado de alguna especie de efecto químico inductor ejercido por la fibra de regeneración.

Los botones gustativos están situados en la mucosa de la epiglotis y de la faringe y en las paredes laterales de las papilas fungiformes y calciformes.

Vías gustativas: Las fibras nerviosas sensitivas de los botones gustativos situados en los dos tercios anteriores de la lengua, viajan por la cuerda del tímpano, rama del nervio facial.

Las fibras del tercio posterior de la lengua, alcanzan el tallo cerebral a través del nervio glosofaríngeo que junto con las fibras del gusto van a formar el fascículo solitario.

El gusto no tiene una área de proyección cortical separada, sino que se encuentra representado en la circunvolución postrolándica a que sirve de sensaciones cutáneas de la cara.

Los receptores del gusto son quimiorreceptores que responden a la sustancia disuelta en los líquidos de la boca

que los bañan. Estos sólo parecen evocar potenciales generadores, pero no se sabe como las moléculas en solución actúan en las moléculas receptoras para producir estos potenciales.

Existe una teoría basada en la hipótesis de que los cilios de los receptores, tienen una película superficial de polielectrolítica. De acuerdo con esta teoría, la fijación de los iones a esta película causa una distorsión en la disposición especial de la película con el consiguiente cambio de la distribución de la densidad de carga.

Existe la evidencia de que las moléculas que provocan el sabor, se unen a proteínas específicas en los botones gustativos, la unión de sustancias y receptores debe ser débil porque usualmente con un pequeño lavado con agua, basta para abolir el sabor.

En el hombre existen cuatro sabores básicos: dulce, - agrio, amargo y salado. Las sustancias amargas son gustadas en la parte posterior de la lengua. Las sustancias agrias a lo largo de los bordes. Las dulces en la punta y las saladas en la parte anterior del dorso.

No hay diferencia histológica de cada botón gustativo.

pero la existencia de diferencia fisiológica ha sido demostrada en animales registrando la actitud eléctrica de las fibras nerviosas que parten de botones gustativos únicos; algunos botones llegan a responder a más de una modalidad, pero jamás a las cuatro. Como dato obtenido, diremos que el gato, perro, cerdo y mono, existen botones gustativos que responden a la aplicación de agua destilada y por ello quizá estos animales pueden "gustar el agua".

La facultad de discriminar diferencias de intensidad en el sabor para el hombre es burda, pues necesita un cambio de 30% en la concentración de las sustancias que están siendo gustadas antes de percibir un cambio de intensidad o diferencia.

El  $H_2$  dá un sabor agrio. Para un ácido dado, la acidez es generalmente proporcional a la concentración de  $H_+$  aunque los ácidos orgánicos son más agrios que los ácidos minerales, a una concentración dada de  $H_+$ , ésto se debe probablemente a que los orgánicos penetran a las células con mayor rapidez que los minerales.

Lo salado es producido por un anión de sales inorgánicas,

siendo los halógenos particularmente eficaces, aunque algunos compuestos orgánicos también saben salados.

El sabor amargo se prueba con el sulfato de quinina al igual que la morfina, nicotina, cafeína y la urea o sales inorgánicas de magnesio, amonio y calcio. Su sabor se debe al catión.

Los componentes orgánicos en su mayoría son dulces como sacarosa, lactosa, glucosa y maltosa. Las sales del berilio o el cloroformo al igual, saben dulces. El compuesto más dulce, es el derivado del W-propílico del 4-alcoxi-3-amino - nitrobenceno.

Las sales del plomo al igual, tienen sabor dulce por ello se siente un sabor dulce empalagoso cuando uno pinta por aspersión, son pinturas que contienen compuestos de plomo.

Los sabores son sintetizados a partir de los cuatro sabores básicos del gusto. En algunos casos, un sabor deseable incluye un elemento de estimulación dolorosa, como salsas picantes.

Por otra parte, el color desempeña un papel importante en la sensación global producida por los alimentos y la consisten

cía o textura al igual que su temperatura que constituye a su sabor.

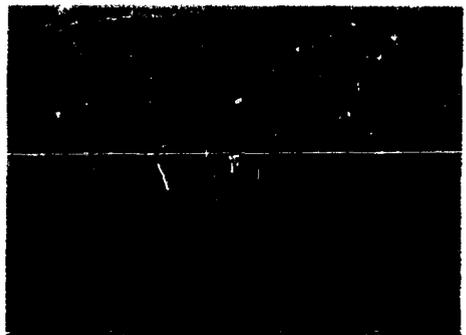


### Anemia Aplastica

Hay ulceración e inflamación con sensación de dolor y ardor.

### Lengua Pilosa

- A. Gran parte del dorso está cubierta por proliferación de las papilas filiformes que forman una gran placa sobre la lengua.
- B. Se observan papilas alargadas en este corte con grandes cantidades de queratina, colonias bacterianas y residuos.



## CAPITULO IV

### 5. PRINCIPALES ALTERACIONES EN LA LENGUA

#### 5.1. Alteraciones originadas en el desarrollo.

##### 5.1.1. Anquiloglosia:

Definición: Es la consecuencia de un frenillo corto lingual o bien la retracción cicatrizal debido a ulceraciones.

Etiología: Es considerada como una anomalía menor del desarrollo, por lo general es de origen congénito y se presenta en raras ocasiones.

Diagnóstico: El paciente presenta dificultad al hablar, a la deglución y fonación.

Tratamiento: Según (2) carece de todo interés quirúrgico, la ausencia total o parcial de la lengua dentro de las afecciones congénitas de la lengua, y dá como tratamiento la sección del frenillo y restablecer el movimiento de la lengua. (3).

En niños no es necesario intervenir para librar el órgano (1).

### 5.1.2. Lengua Bifida:

Definición: Es una división simétrica de la punta de la lengua, a consecuencia de una fusión incompleta en la punta de la misma y en las mitades laterales del órgano.

Etiología: Se observa en 10% de la población (1), es característica de niños y en ocasiones en lactantes, aunque más manifiesta en adultos, no elige ni sexo ni raza, aunque se sabe que dichas anomalías constituyen una característica familiar.

Diagnóstico: Se aprecian dos formas de lenguas o lenguas gemelas.

Tratamiento: Es quirúrgico.

### 5.1.3. Glositis romboide mediana o media.

Definición: Es una alteración del desarrollo lingual.

Etiología: Se debe una parte a la anomalía que presenta el tubérculo impar que nace del piso de la faringe, entre los arcos branquiales, primero y segundo.

Diagnóstico: La glositis romboide media, nos puede plantear el problema del diagnóstico diferencial. Lo localizaremos en hombres entre 75% y 80% de casos de ciertas caries y se diagnostican entre los treinta y los cuarenta años.

La lesión puede ser indolora, debido a que el resto del tubérculo medio se encuentra desprovisto de papilas siendo éste la base o la raíz de la lengua, salvo en casos de inflamación secundaria de la zona fisurada o sobresaliente presenta una inflamación leve con el dolor correspondiente y en ocasiones hemorragia submucosa y esto nos puede hacer pensar en ocasiones de neoplasia.

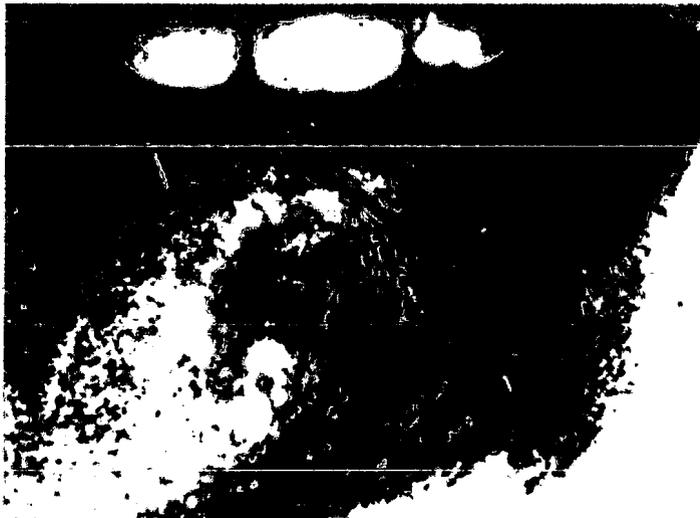
Se localiza la glositis romboide media, en la línea media inmediatamente por debajo del orificio ciego situado en el vértice 1 de la V lingual y se presenta como una zona roja lisa de límite irregular, como elevación tumoral desigual o como zona deprimida con excrecencias disminuídas o diminutas.

Se puede observar por muchos años después aunque



Glositis Romboidea Mediana

La zona mamelonada delante de las papilas calciformes carece de papilas filiformes.



Ulcera traumática.

La lesión apareció en un paciente al que se le había inyectado anestesia local regional, el cirujano no previno la posibilidad de morder los tejidos antes de desaparecer el efecto de la anestesia.

ya se tengan antes del nacimiento. Llama la atención - en el enfermo las retenciones de comida en las irregularidades de la lengua, la inflamación y el ardor - subsecuente.

Los cambios histológicos varían de acuerdo al tipo de lesión. Los procesos planos muestran tejido (plano) lingual normal, excepto el epitelio que cubre la lengua se ve atrofiado y con papilas.

Las lesiones elevadas o deprimidas están formadas por hiperplasia pseudoepiteliomatosa e infiltración de células inflamatorias en el corión.

Tratamiento: No requiere de ningún tratamiento específico, salvo en casos de alteración inflamatoria leve en las fisuras y pueden tomarse en caso entonces, las medidas descritas para las fisuras anormales de la lengua.

Sospecharemos de una glositis romboidea media, debido a su aspecto que es como un tumor maligno, no está indicada la extirpación quirúrgica de la lesión, por no habersele encontrado de origen de tumor maligno prima-

rio originado por glositis romboide media. Dichos estudios fueron realizados por Martín y Howen en el Memorial Hospital de la Ciudad de New York.

## 5.2. ALTERACIONES CAUSADAS POR AVITAMINOSIS.

### 5.2.1. Fisura lingual o escrotal:

Definición: Se puede definir como una causa de vitamina B y de proteínas.

Etiología: Una causa probable del desarrollo de la fisura lingual, puede ser la causa de falta de complejo B además de la falta de proteínas, demostrado por - - Einstein.

Diagnóstico: La longitud número, varía como su disposición en la cara superior del órgano, pero por lo general son simétricas.

En la forma longitudinal pueden disponerse las fisuras en forma ramificada, parecida a una red venosa o formar en ocasiones ángulos recto con los bordes de la lengua. Esta característica es común en varios miembros de una familia.

Por lo general el paciente no se percata de ello, y dice que ha aparecido despues de una quemadura química o alguna lesión relacionada con glositis migratoria benigna y es difícil convencerlo de que suelen aparecer u originarse durante el desarrollo. En ocasiones presenta una inflamación en dichas fisuras, la cual es leve ocasionada por el desdoblamiento microbiano de restos de alimento, es acompañado de variables molestias aunque no existe dolor. Si llega a existir un dolor verdadero, los pacientes empiezan a tener una lesión precancerosa maligna.

Puede predisponer según algunos clínicos a una glositis migratoria benigna, simultánea en el liquen plano. Clínicamente se ha establecido una asociación frecuente a fisuras anormales cuando existe síntoma doloroso en la fisura, los bordes de la lengua se desplazan hacia abajo dejando la lengua hacia afuera ligeramente.

Tratamiento: En una limpieza de la fisura con solución de peróxido de hidrógeno al 3% para eliminar los

restos de alimento o bien aplicar antibacterianos leves, un enjuague tibio o la aplicación de leche de magnesia sobre la lengua de cuando en cuando.

#### 5.2.2. Lengua dolorosa y ardorosa (Glosodina/Glosopirosis).

Definición: Es un problema inespecífico, ocasionado por un trastorno psicógeno.

Diagnóstico: Para ello se le pide al paciente relate lo relacionado al malestar y nos daremos cuenta por lo general de dichos síntomas, si son reales o imaginarios. Por lo general son pacientes nerviosos y tensos en quienes los factores irritativos locales desempeñan un primer plano importante.

Al encontrar temblor de lengua, podemos imaginar la presencia de glisodinea, lo que se presenta en parálisis agitante o alcoholismo crónico, neurosis de ansiedad o esclerosis múltiple.

Dividimos en dos grupos a los paciente con lengua dolorosa y ardorosa.

a) Dolor y ardor de lengua con cambios clínicos observables.

b) Dolor y ardor de lengua con cambios clínicos no observables.

Los pacientes con dolor y ardor en la lengua con cambios clínicos observables no pasan del 25% cuyas alteraciones son locales, generales y mixtas.

Sintomatología: Puede corresponder a varias enfermedades generales, como deficiencia nutricional de complejo "B", anemia perniciosa, anemia de carencia de hierro, diabetes no diagnosticada o deficiencia gonadal.

Un factor irritante local puede corresponder a costumbres particulares, disposición irregular de las piezas inferiores en ocasiones con grandes depósitos calcáreos, prótesis, o dispositivos ortodóncicos, medicamentos pasta dentrífica y alergia a algunos productos de belleza en algunas mujeres.

La extensión y la lesión irritativa de la lengua puede ser factor de una posible causa de irritación de la lengua.

Pensaremos en trastorno general cuando la causa dolorosa produce cambios generales de color y atrofia

papilar. En ocasiones la distribución y color nos ayuda a la etiología y citamos una deficiencia nutricional de complejo "B".

Una sensación de ardor en la lengua, puede ser causa de diabetes no diagnosticada y presentarse de un color rojo intenso.

En una anemia por deficiencia de hierro, se acompaña igual de sensaciones ardorosas y atrofia general de papilas superficial, disminución de tono muscular y palidez en el órgano. Podemos confundirnos con una anemia perniciosa, cuando nos encontramos con pacientes nerviosos y muy concentrados en sus labores y tensos que frotan a la superficie de la lengua las piezas dentales en sus caras linguales y en muchas ocasiones corregir estos hábitos da lugar a la supresión de dichos síntomas (1), cuyos síntomas signos semejan a los que acompañan a la anemia perniciosa.

Tratamiento: Busca eliminar los factores irritantes locales y nos orientamos por ciertos hábitos que pueden producir irritación lingual.

Emplearemos un antimicrobiano irritante fundamentalmente por su efecto psicológico. Un paciente con lesión irritativa lingual, puede aliviarse en forma sintomática mascando parafina ordinaria y cubriendo con parafina reblandecida las zonas irregulares de las superficies linguales de los dientes. La lengua, de esta manera descansa sobre una superficie lisa. No em - plearemos para ello goma de mascar ordinaria ni la que contenga aspirina, por la posible acción irritante de los componentes que la forman, medicamentos o de la base ligeramente abrasiva de las gomas de mascar del co - mercio.

Tanto el médico como el paciente deberán tomar en cuenta enfermedades generales, si aqueja lengua dolorosa o ardorosa o lesiones linguales durante el examen clínico. La lengua dolorosa y ardorosa sin cambio clinico observable, es más frecuente entre los veinte y los cuarenta años de mujer post-menopáusica que en hombres. Puede haber insomnio y el dolor puede ser u - na manifestación de algo reprimido, localizado en la

conciencia del paciente.

Según se dijo que dichos pacientes padecen una vida marital y sexual mal ajustada. Son pacientes preocupados y ansiosos y por lo general con temor al cáncer, por lo tanto son un verdadero problema.

En la mayoría de los casos, el ardor de la boca es síntoma de depresión y en otras ocasiones por tensión-- psicológica.

### 5.2.3. LENGUA SABURRAL O CUBIERTA:

Definición: Es una avitaminosis ocasionada en la cual - las papilas filiformes son modificadas.

Etiología: En la lengua saburral o cubierta, las papilas filiformes, se encuentran inclinadas en una capa formada por bacterias, hongos y partículas de comida, queratina y descamación de células epiteliales.

Diagnóstico: Se encuentran alargadas las papilas filiformes por falta de limpieza, proporcionada normalmente por la masticación.

Se encuentra enrojecimiento por varios factores -- como vascularización excesiva en la lámina propia o por la alteración en la cornificación o la ausencia de granulos de queratohialina y la atrófia de las papilas fili-

formas que permiten a las papilas secundarias llegar a la superficie, estando cubiertas por dos o tres -- capas de células epiteliales.

La atrofia epitelial no da por si misma el enrojecimiento sino se acompaña de aumento de vascularización y si la lámina propia no está cubierta por pocas capas epiteliales. Podrán encontrar además, una resequedad - cuya causa es una deshidratación y descamación ocasionada por dormir con la boca abierta, además una atrofia de la glándula salival en especial de las glándulas serosas de la lengua nos dará una resequedad.

Histológicamente se ve atrofia en la parte posterior de la lengua en forma principal en las glándulas de Von-Ebner.

Tratamiento: Es la limpieza adecuada de la lengua y suprimir los medicamentos o fármacos que alteran la forma de las papilas filiformes.

### 5.3. DE ORIGEN METABOLICO.

#### 5.3.1. Macroglosia.

Definición: Es un aumento en el tamaño de la lengua.

Etiología: Según (1), es predilecta de personas que padecen cretinismo y mongolismo y según (3) agrega a lo anterior las producidas por proceso patológico como

el linfangioma, el hemangioma, la hipertrofia muscular congénita, la amiloidosis primaria, secundaria, el mixedema y las enfermedades producidas por almacenamiento de glicógeno.

Por lo general es una afección congénita y su aparición puede ser más o menos tardía y se trata de un linfangioma simple, cavernoso o quístico.

Diagnóstico: La lengua está aumentada de volumen en todas sus direcciones y los dientes inferiores dejan su huella en la cara inferior de la lengua, la úlcera dificultando la circulación de retorno, presenta un color obscuro y está seca por la exposición al aire y la mucosa se queratiniza, toma el aspecto de la piel y se agrieta.

La presión continua sobre los dientes inferiores, los desvía hacia afuera de tal manera que aún con la operación recobra la lengua su tamaño normal, además impide que el paciente cierre la boca en forma completa.

La saliva se derrama completamente en forma con-

tínua y se complica con frecuencia, la macroglosia de ataques de glositis aguda.

Tratamiento: El más empleado es la insición en cuña.

#### 5.4. DE ORIGEN CONGENITO:

##### 5.4.I. Tiroidea lingual:

Definición: Es una masa tumoral de tamaño variable que contiene tejido tiroideo ectopico en la zona del agujero ciego.

Etiología: Es de origen congénito, la lesión del tejido tiroideo se debe a que desde el estado embrionario, es esboso tiroideo inicia su descenso hacia el cuello.

Diagnóstico: Los restos celulares proliferan en algunos pacientes mucho tiempo después y el aspecto clínico de la lesión simula un tumor.

Histológicamente la imagen característica, es de islotes de folículos tiroideos el epitelio lingual que cubre las lesiones, muestra cambios como queratosis o acantosis.

## 5.5. DE ORIGEN INFECCIOSO:

### 5.5.1. Tuberculosis lingual:

Definición: Es una consecuencia de la tuberculosis pulmonarea laringea.

Etiología: Es poco frecuente y por lo general consecutiva a la tuberculosis pulmonarea laringea.

Diagnóstico: Suele manifestarse como un pequeño absceso submucoso que termina por abrirse dejando una ulcera de bordes delgados y despegados irregulares y de fondo amarillo sucio. Es muy doloroso y se localizan en bordes y punta de la lengua.

Tratamiento: Por lo general ligado al de la tuberculosis unido a un tratamiento local, se recomienda la extirpación seguida de sutura.

Salvo en ulceraciones extensas se recomendará el ácido lactico y el yodoformo, rayos ultravioleta o radio.

### 5.5.2. ANGINA DE LUDWIN:

Definición: Es un flemón séptico del piso de la boca

Etiología: Es considerada como una gangrena gaseosa - del piso de la boca cuyo origen puede ser una infección poco frecuente o la propagación de una angina común.

En la mayoría de los casos es el resultado de la propagación del tejido celular del piso de la boca, de una periostitis alveolo dentaria, sobre todo de los pre molares y molares, porque en los caninos y anteriores por lo general se abre el absceso hacia adelante donde la lámina ósea del maxilar es más fina.

Diagnóstico: Es probable la continuación de una angina común o una periostitis en donde la afección se corre - rápidamente por el tejido celular limitándose por debajo, por el diafragma muscular que constituye el milohioideo y que contiene la glándula sublingual.

Se ad -

mite que la causa son los gérmenes anaeróbicos habituales de la gangrena, a los que pueden asociarse los anaeróbicos piójenos, el estreptococo y estafilococo.

Los síntomas generales indican un estado grave de intoxicación y que ofrecen grandes semejanzas con los de la gangrena gaseosa.

El paciente se encuentra muy decaído y la piel toma un color terroso, alta temperatura y un pulso rápido.

Localmente se percibe una tumefacción difusa, que invade el suelo de la boca y se corre a la parte superior del cuello, es dura y poco dolorosa. Dicha tumefacción en piso de la boca hace rechazar la lengua hacia atrás provocando disfagia y dificultad respiratoria.

Tratamiento: Si no hay tratamiento muere el paciente en pocos días por toxemia o asfixia, por edema de glottis, neumonía por aspiración.

En raros casos favorables, en seis u ocho días,



### Glositis Migratoria Benigna

Las extensas zonas descamadas se destacan debido a la presencia de saburra en la lengua.

aparece en la piel flictemas que luego se rompe y la piel se abre en algunas partes, dando salida a un líquido seroso y gas.

Se recomienda hacer lo más rápidamente posible el drenaje.

#### 5.6.- DE ORIGEN NERVIOSO:

##### 5.6.1.- Glottis migratoria benigna o lengua geográfica.

Definición: Es una lengua geográfica, denominada así por sus múltiples ramificaciones.

Etiología: Su etiología exacta se ignora, aunque se ha pensado en una posible disminución de la enzima queratinosa, por lo general se presenta siete veces más en la mujer que en el hombre, en niños y adultos jóvenes está muy generalizada.

En ocasiones, la anomalía se observa durante las reglas de la mujer y en individuos alérgicos los cuales están más dispuestos a dicha enfermedad.

Probablemente, según estudios hechos por Coll y Rodman la tensión emocional o la ansiedad prolongada, podrían desempeñar un papel en la etiología de la glottis migratoria benigna, probablemente podríamos decir que la --

glotis migratoria benigna, no obedece a ninguna infección por bacterias u hongos.

Diagnóstico: Se diagnostica cuando hay prurito o ardor y el paciente los percibe en la región afectada -- por la glótis migratoria benigna.

La lesión varía de un paciente a otro y aún en el mismo paciente durante una hora y otra. Comienza con manchas blandas de color rosa o rojo, de contorno irregular y carece de papilas filiformes y fungiformes, pueden alcanzar de dos a tres centímetros de diámetro.

Sus bordes son netos y se presentan inflamados más allá de las papilas sanas, son un poco más altas que normalmente y de color amarillento.

Es de contorno irregular y en las papilas no existen zonas que crecen y cambian de lugar. Los bordes pueden variar en la glotis migratoria benigna, desde seis milímetros en 24 horas, su duración es de tres a siete días de la manifestación de lesión en una zona dada.

Cuando se une a una o varias lesiones cambiantes y --- crecientes de glotis migratoria benigna, se observa en

el dorso de la lengua un aspecto de mapa que dió lugar a la llamada lengua geográfica. Cuando el componente-inflamatorio es importante, se presenta dolor y ardor. La molestia aumenta con la ingestión de alimentos condimentados, ensaladas, bebidas gaseosas o alcohólicas- y al fumar.

Tratamiento: Consiste en eliminar los agentes casuales y por el momento no requiere de tratamiento específico del dolor y la molestia. En muchas ocasiones, aparece una cancerofobia difícil de vencer.

#### 5.7. De origen farmacoterápico:

##### 5.7.1. Lengua negra y vellosa:

Definición: Es un aumento en las papilas filiformes - de la lengua.

Etiología: Por lo general existen varias causas probables de origen de lengua negra vellosa. Pueden ser al bajar el PH de la lengua que ofrecen más resistencia del órgano al desarrollo de la lengua negra, estas enfermedades debidas al crecimiento de hongos, mohos y bacterias productoras de pigmento y por lo general acompañado de aumento anormal de la capa superficial del órgano.

Bedford señaló aparición de la lengua negra, durante la aplicación local de trociscos de penicilina, muchas lesiones aparecieron de una aplicación posterior a la primera. Se tienen conocimientos similares de cambio con tetraciclina y griseofulvina. Quizá la aparición de lengua negra a la aplicación a base de antibióticos, sea la disminución de los productos de la flora bucal simbiótica que inhibe la formación de hongos y esporas.

Diagnóstico: Afecta a adultos, jóvenes y por lo general de sexo masculino, no mostrando síntomas subjetivos. En varias ocasiones las papilas filiformes son tan largas que suelen tocar el paladar o techo de la boca produciendo hormigueo y náuseas.

En varias ocasiones se llegan a desprender papilas hiperplásicas, hiperqueratizadas y coloreadas.

Tratamiento: Suelen curar en forma espontánea y es inofensiva, no es necesario suspen-

der el antibiótico causal. El paciente se someterá a un tratamiento activo, aunque sea solo por razones psicológicas.

Prinz (1) sugiere eliminar las papilas alargadas fro-  
tando la lengua con una solución de ácido salicílico  
al 10% al 15% en alcohol. (1) recomienda la aplica-  
ción acuosa de 20% de caprilato de sodio como un fun-  
gisida que puede ser muy eficaz o bien probar una so-  
lución de histamina. Westein y Rosecrans (1) dice -  
que dicha enfermedad responde pronto a la aplicación-  
de acetinado de triamcinolona al 0.25% en una base --  
adherente. Estandish y Morman (1) aplicación podofi-  
lina con muy buenos resultados.

## 5.8. DE ORIGEN MALIGNO:

### 5.8.1. Cáncer en lengua:

Definición: Es una enfermedad maligna presentada en  
la cavidad oral y especial en la lengua.

Etiología: Una causa probable puede ser el tabaco que  
está relacionado en forma probable a la aparición de -  
carcinoma lingual.

Para ello es necesario una exposición más o menos de treinta años para inicio de la neoplacia.

En fumadores de cigarrillos, a los lados de la lengua corresponde la exposición y al piso de la boca donde la saliva con alta concentración de nicotina que baña los tejidos en forma constante.

El alcoholismo y deficiencia vitamínica, igual contribuye a la neoplacia ocasionando cambios atróficos en las mucosas intraorales.

El síndrome de Plummer-Vinson, anemia perniciosa y sífilis terciaria.

Dentro de la patología encontramos que los tumores de lengua se originan en su mayoría en el epitelio y corresponde a carcinoma epidermoide.

Diagnóstico: Primero es asintomático, luego aparece una tumefacción pequeña o tumoración por lo general en el borde, la lengua luego se ulcera y se infecta secundariamente produciendo dolor ligero.

La úlcera contiene tejido necrótico con bordes duros y elevados e inflítran el tejido vecino en una extensión variable.

El dolor aumenta al continuar el crecimiento y la infiltración que irradia en ocasiones hacia el oído.

La lesión se nota en la enunciación de las palabras si es anterior y si es posterior aparece disfagia y se nota una tumoración indolora en el cuello que crece con rapidez y que es seguida de otras tumoraciones cervicales uni o bilaterales.

El tumor primario crece e invade estructuras vecinas, piso de boca, maxilar inferior, músculo pterigoideo, carrillo, fijación de la lengua y presenta sangrado, formación de fístulas oroantrales, trismus.

Los ganglios que se fijan en estructuras vecinas, se ulceran y sangran.

Pueden ocasionar fractura de maxilar, pérdida de piezas y el dolor puede ser calmado con narcóticos, puede haber disfagia inanición, pérdida de peso, debilidad y neumonía terminal.

Los tumores de la base de la lengua, corresponden a la orofaríngea y generalmente son del tipo ulceroinfiltrante, el tamaño de la ulceración es tan pequeño que se -

esconde en las profundidades de la cripta que forman la base de la lengua, lo que hace difícil su identificación. Son lesiones silenciosas y dan metastasis ganglionares en el cuello.

El tumor de la lengua crece hacia adelante, donde hay menos resistencia muscular, infiltrando la parte móvil y dando metastasis ganglionares uni o bilaterales en estado temprano de la enfermedad.

Tratamiento: Los elementos terapéuticos empleados son:

- a) quirúrgico
- b) radioterápicos.

En los quirúrgicos tenemos la glosectomía parcial, disección radical del cuello y la combinación de ambos con o sin resección de una parte del maxilar inferior. En el radioterápico es el implante del material radiactivo, teleterapia y la combinación de ambos.

El tratamiento de los metastasis en los ganglios cervicales, debe ser siempre agresivo, mediante disección radical de cuello que incluye la resección de los ganglios submaxilares, yugulares y espinales, incluyendo-

la vena yugular y el músculo esternocleidomastoideo en un solo bloque de tejidos.

La importancia de la disección radical de cuello, se destaca porque en la mayoría de los casos presentan -- metástasis ganglionares.

Solo no se hará en pacientes controlados posoperatoriamente y sino aparece la metastasis, de lo contrario, -- es recomendable hacer la resección o disección en el - momento de la glesectomía.

Cuando hay invasión osea o antecedentes alcohólicos se veros con glositis atrófica o glositis iuretica, la-- experiencia ha demostrado con resultados nulos la ra - dioterapia, por lo que la cirugía será lo recomendable como tratamiento de elección.

Se recomienda un buen control posoperatorio mensual, - durante el primer año, cada dos meses durante el segundo y trimestralmente hasta el quinto año.

Al utilizar la radioterapia y después de cinco mil radiaciones, si persiste el tumor se hara la cirugía.

### 5.8.2.- Sífilis crónica (terciaria):

Definición: Es una enfermedad contagiosa adquirida mediante contacto sexual y que afecta a la lengua.

Diagnóstico: Es observado en muy raras veces en pacientes por encima de los cuarenta años. Asentado en la línea, en la punta y en la parte anterior.

Su comienzo es por una infiltración localizada, su mucosa o intramuscular, primero dura pero llegando a reblandecerse después, dando salida al líquido gomoso -- característico, formando una ulceración redondeada profunda de bordes cortados a pico de fondo sucio. El dolor es escaso y los ganglios casi nunca están aumentados de volumen.

Tratamiento: Dicho tratamiento es específico para la sífilis.

5.8.3.-Leucoplacia bucal.- Es considerado como un estadio primario en el inicio del cáncer.

Etiología: Se forman unas placas debidas a la hiperqueratosis de epitelio de las mucosas. Por lo general se aprecia en el hombre de cuarenta a sesenta años y en mujeres.

Se ha atribuido al uso de tabaco por lo que se han denominado placas de fumadores o bien por irritación repetida en algunas profesiones como sopladores de vidrio aunque parece estar muy ligada a la sífilis.

Analizada desde el punto de vista patológico (anatomía) la leucoplasia es una queratosis de las mucosas, las cuales en vez de presentarse como normalmente una queratinización completa presenta una capa granulosa rica en queratoialina. Esta capa está interpuesta, dividida en el cuerpo de malphigui (?) y la capa cornea, la cual está sumamente engrosada. Además las papilas están alargadas y el dermis infiltrado de células y más o menos engrosado esclerosado, dicha esclerosis es característica de la leucoplasia de origen sifilítico.

Diagnóstico: Se localiza en forma preferente en los ángulos de atrás de la boca y el de la lengua en su región dorsal en parte anterior y bordes (Arguelles). Forma placas aisladas o confluentes de color blanquecino comparadas a mamelones carnosos por los que ha pasado el nitrato de plata. Los bordes son más bien limitados y otros difusos.

Tratamiento: En primer término se suprime la irritación responsable. Tratar la sífilis cuando existe, aunque - sin perder demasiado tiempo, se extirpa ya que el método de la radiumterapia, con éxito se ha estado manejando y con seguridad en la actualidad.

#### 5.8.4.- Leucoplasia hiperqueratóxica:

Definición: Es un grado más avanzada de la leucoplasia bucal.

Etiología: Tiene el mismo origen que la leucoplasia -- bucal.

Diagnóstico: Es un posible cáncer, que existe engrosamiento de la capa córnea, al tacto es dura, de color blanco nieve como placa de cartílago y adherente a la mucosa. Al extirparla o bien que caiga espontáneamente vemos debajo, una mucosa ligera pero siempre más o menos esclerizada que por lo general se transforma en cáncer cuando se hace verrugosa, la superficie se recubre de asperezas papilomatosas en forma de lengua de buey, en una extensión más o menos circunscrita.

En otras ocasiones forma una grieta que persiste de --

una semana o dos y a la palpación nos indica ser asien  
to de una pequeña induración.

Tratamiento: Es el mismo dado para la leucoplasia.

#### 5.9.- De tipo benigno.

##### 5.9.1. Linfanquioma:

Definición: Es benigna y derivada de vasos linfáticos.

Etiología: Dicho tumor es derivado de vasos linfáticos.

Predomina en los primeros diez años, crece a partir de un error congénito en el desarrollo del esboso. No pre  
domina a ningún sexo.

La localización más frecuente, es en la parte posterior de la lengua aunque algunas veces es basal y a veces a la epiglotis.

El volumen varía desde el tamaño de la cabeza de un alfiler hasta infiltración difusa de toda la lengua y -- las estructuras vecinas incluyendo los labios y las mejillas.

Histológicamente son lesiones circunscritas, son difusas formadas por vasos linfáticos de variable calibre.

Los vasos presentan endotelio simple, los pequeños sin pared propia y los grandes con fibrosa delgada o laxa.

Diagnóstico: Con linfangioma lingual hay tres tipos de problemas:

- a) Sorpresa ante un tumor extraño.
- b) Molestia por brotes infecciosos repetido en el dolor que provoca tumefacción, ardor, fiebre y malestar.
- c) Más grave y dramático por la macroglosia que ocasiona.

El diagnóstico de linfangioma, se dá por episodios -- recurrentes de hinchazón lingual que indican inflamación.

Es raro un episodio dramático hemorrágico. Como dato tenemos que en el 2% de los enfermos, padecen higromatístico del cuello.

Tratamiento: Se recomienda el tratamiento quirúrgico y aunque en muchas ocasiones no se realiza por completo, esto trae como consecuencia que deforme las encías y los dientes del niño.

La radiación no se recomienda porque el tumor no tiene

sensibilidad extraordinaria para ellos y aunque se reduzca el volumen tumoral, los efectos son nocivos para la dentición, el desarrollo del maxilar, el daño es irreparable en las estructuras dentales y la persistencia del tumor no justifican este tratamiento.

#### 5.9.2.- Identaciones linguales:

Definición: Son impresiones dejadas por los dientes en los bordes de la lengua.

Etiología: Pueden aparecer las muescas o crenaciones sobre los bordes de la lengua en los puntos donde el órgano toca la superficie lingual de las piezas linguales. Dichas señales pueden corresponder a varias enfermedades generales que originan un fenómeno inflamatorio en estas partes de la lengua dando origen a este problema o bien en hábitos anormales en el manejo de dicho órgano.

Podemos citar a la gingivostomatitis ulcero crónica aguda, estomatitis herpética y el heritema multiforme donde es común dicho cuadro. En la estomatitis grave por hi smuto es frecuente que dichas zonas estén pigmentadas. La macroglosia presenta muchas veces este tipo

de malestar o bien por falta de piezas en el maxilar inferior o son irregulares (1).

Diagnóstico: Se relaciona por otra enfermedad, pero lo podemos encontrar con hiponutrición de complejo vitamínico B, al igual que en diabéticos no diagnosticados o mal controlados, en el mixedema, y en variedades leves de hipotiroidismo, cualquier enfermedad que se acompañe de disminución del tono muscular como la hipotensión arterial o anemia por deficiencia de hierro, pueden ocasionar las muescas dentales.

Tratamiento: Es aliviar el malestar general o corregir el hábito que ha ocasionado dicho problema.

### 5.9.3.- Lesiones traumáticas en la lengua:

Definición: Son alteraciones de la lengua ocasionadas por ciertas enfermedades generales, hábitos o traumas.

Etiología: Con cierta frecuencia la lengua se lesiona al interponerse entre las piezas durante caídas, peleas, ataque epiléptico, mordeduras accidentales o por lesiones infringidas en el consultorio dental. Un tratamiento lingual intensivo se caracteriza por abundante hemorragia al igual que los ataques que ocasiona la epilepsia produciendo ulceraciones linguales que traen

como consecuencia importantes cicatrices y en ocasiones con deformidad.

Diagnóstico: Se presenta en pacientes epilépticos al encontrarse cicatrices linguales y como dato, esto -- nos ayuda a evitar situaciones desagradables y en especial, si hay que emplear anestesia general.

Frecuentemente se confunde con las cicatrices que dejan o se observan en la sífilis crónica (terciaria). Muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas, se llega a producir traumatismos linguales o bien por forceps o elevadores, al resbalar o bien al haber la laceración al fracturarse un diente.

Tratamiento: El tratamiento adecuado es suturar por planos siempre, cualquier herida de lengua, aunque la hemorragia se puede llegar a controlar sin llegar a la sutura, como dato (1) cita a Copps y Enstein observaron un paciente en que apareció un carcinoma después de una lesión en la lengua ocurrida después de la extracción de un diente.

5.10.- De origen inflamatorio:

5.10.1.- Glositis aguda:

Definición: Es una inflamación de la lengua ocasionada por un agente extraño sin consecuencias de la lengua.

Etiología: Puede ser ocasionada por una estomatitis general o una intensa estomatitis o bien por una picadura de insecto, pudiendo ser superficial o profunda (arguelles). Siendo la primera una parte estomatitis general y no tiene interés quirúrgico.

La glositis puede quedar limitada a la mitad de la lengua o ser total.

La segunda llamada igual parenquimatoza, puede ser una propagación profunda de una intensa estomatitis por lo general en estomatitis mercuriales o por picaduras de ciertos insectos.

Diagnóstico: Los síntomas característicos son:

Lengua dolorosa y aumentada de volúmen saliéndose de la boca, siendo comprimida por las piezas inferiores que en ocasiones dejan una ulceración. Dificultan aún la fonación, deglución y la respiración. Hay fiebre, disnea y avanza hacia la base de la glositis. La dis-

nea es pronunciada y amenaza asfixia al paciente.

La evolución hacia la curación, van cediendo poco a -- poco los síntomas y en ocasiones puede ser mortal por asfixia, por obstáculo mecánico o bien terminar la glo sitis por la formación de un absceso que acaba por abrir se en forma espontánea.

En general, el diagnóstico es relativamente benigno.

Tratamiento: En el primer período de la infección, -- consiste en la minuciosa limpieza de la boca con solu ciones debilmente antisépticas (arguelles).

Cuando ha formado el absceso, se procederá a una evacua ción por una incisión hecha por la boca. En casos de - asfixia, se hará de inmediato una traqueotomía.

La lengua puede tener otras causas de alteración que a continuación describiremos.

#### 5.11.- Alteraciones en la capa superficial de la lengua.

Sobre la cara superior de la lengua se observan las -- cuatro capas o variedades de papilas.

Las grandes papilas califormes están dispuestas en for ma de V invertida y forman el límite posterior de la -

cara superior de la lengua. Dichas papilas son ricas en vasos y contienen muchos botones gustativos.

Algunos clínicos piensan que la forma de V es característica de las razas negras y por lo general no participan de los cambios atróficos que se observan durante varias enfermedades generales.

Las papilas fungiformes en orden de aparición y cuya forma es parecida a hongos, ocupa toda la superficie superior del órgano.

Por lo general son más numerosas en la punta y en los bordes e interviene en los cambios inflamatorios y atróficos que acompañan a diversos trastornos generales.

Los botones gustativos en su mayoría se encuentran en las papilas fungiformes y clasiformes.

Las papilas fungiformes en su mayoría pueden estar pigmentadas a consecuencia de depósito local de melamina.

Esto es más observado en pacientes de raza negra. La enfermedad de Addison no produce pigmentación a las --

papilas. La forma de las papilas filiformes es de pelo, son las más numerosas y ocupan toda la superficie superior de la lengua.

No tienen vasos centrales estas papilas y provienen -

de células epiteliales muy especializadas.

En salud normal hay crecimiento lento pero continuo.

Cuando hay atrofia de las papilas filiformes son inicio precoz de trastornos de los fenómenos intracelulares - de oxidación, a consecuencia de la gran actividad metabólica de las células que forman dichas papilas.

Una amplia gama de enfermedades pueden acompañarse de varias variables de atrofia papilar.

En la cuarta variedad de papilas tenemos a las papilas foliadas que están constituidas por pliegues de mucosa verticales paralelas y en ocasiones transversas y situados en los bordes de la parte posterior del órgano. Por lo general dichas papilas no intervienen en los cambios atróficos ligados a enfermedad general, pero muchas ocasiones son asiento de cambios inflamatorios y son origen de cierta percepción gustativa.

La capa que cubre la cara superior de la lengua, corresponde a papilas filiformes y fungiformes con restos de alimento, células epiteliales descamadas, bacterias y saliva.

Existe una flora microbiana constante de la lengua del hombre que semeja a la del surco gingival y a la placa

dental.

Hay una reducción de bacilos gram-positivos y una gran proporción de cocos.

"Como características de la lengua en su capa superficial o superior, es de que tiene un color o fluorescencia anaranjada rojiza bajo la luz ultravioleta".

Esta coloración se debe según Burket a la producción de porfirinas por los microorganismos de la boca. Dichas características se observan en la mayor parte de individuos sanos.

Quizá los cambios de coloración de la lengua, se deben a variaciones del lecho capilar subyacente, opacidad de la capa superficial, tinción de las papilas por -- sustancias exógenas o una combinación de estos factores.

El estudio de la capa superficial de la lengua es conocido y de exploración general en el examen de la boca. Probablemente no nos oriente en todas las enfermedades del tubo digestivo, pero sí en ciertas deficiencias nutricionales donde se observan ciertas manifestaciones clínicas linguales y digestivas comunes.

Ciertas enfermedades generales suelen acompañarse de cambios de la lengua.

Las estadísticas según Burket (1), no lograron descubrir una predisposición a las lesiones malignas en -- las lenguas atrofiadas.

Una lengua con cubierta anormal, reviste menor importancia que la atrofia de las papilas filiformes y fungiformes.

A la edad senil, la cubierta de la lengua, va disminuyendo al igual que el tono muscular del órgano. Burket (1).

Algunos factores fisiológicos pueden afectar igual la cubierta lingual que siempre es más pronunciada después de el sueño y esto es por el estado de relativo reposo.

En una atrofia desaparecen de la capa de la lengua, primero las papilas filiformes y en segundo término las papilas fungiformes.

Si el trauma no es muy grande, las papilas se regeneran apareciendo primero las fungiformes y luego las filiformes .

Las papilas calisiformes y foliadas no participan en estos cambios, por ello pueden considerárseles como -- estructuras anatómicas más o menos constantes.

Dichos cambios pueden deberse a una o varias deficiencias de sistemas enzimáticos de oxidasas y ésto puede ser debido a la falta de hierro o a la capacidad de utilizar este elemento que trastorna la función de las enzimas y citocromos o de Warburg.

La función de los sistemas enzimáticos a base de flavina y piridina, es impedida por la deficiencia de ácido nicotínico o la falta de riboflavina.

No subestimaremos la importancia de las anemias por falta de hierro como causa de alteraciones atróficas de la lengua. Aunque en algunos lugares como la Clínica Nutrición Vanderbilt donde las anemias por deficiencia de hierro dieron como resultados más frecuentes cambios atróficos de la lengua, en estudios realizados en pacientes de dicha clínica, según cita Burket. 156 (1).

La capa superficial de la lengua consta de bacterias, pequeñas partículas de alimento y epitelio queratinizado descamado sobre las papilas filiformes y entre ellas dicha capa varía su espesor según los individuos y los momentos del día.

Según datos obtenidos por Ehrlich y Ehiert, citados por Burket (1), encontraron una cornificación normal a partir de la infancia que aumentaba progresivamente hasta los 65 años y disminuía después en forma más rápida.

La parte anterior de la lengua muestra gran proporción de cambios inflamatorios por quedar expuesta a irritación traumática al igual que su queratización es un -- poco menor.

Cualquier problema local o general pueden dar lugar a una manifestación anómala en la capa superficial de la lengua y podemos citar según Burket (1), una alimentación blanda y líquida, mala higiene bucal o menor producción de saliva por fiebre o deshidratación general.

En ocasiones el caso de una lengua por descomposición o fermentación de partículas de alimentos, pueden dar origen a una halitosis.

El color de la lengua varía según la causa que origina como el tabaco, farmaco o microorganismos.

Cuando es expuesta la lengua a luz ultravioleta, produce una fluorescencia anaranjada rojiza y por lo general es característica de individuos sanos.

Para algunos clínicos según Burket (1), una lengua que se encuenta cubierta menos de la mitad, es anormal. Esto es lógico que cuando más senil sea la persona, la fluorescencia será menor, ésto sacan en conclusión según estudios hechos por Tomaszewiski y Posznan citados por Burket (1).

Tal parece según Burket (1), que la fluorescencia es debida a la producción de porfirina producida por microorganismos de la boca.

La administración de antibióticos, suprime la fluorescencia por su acción antimicrobiana.

Por estudios realizados por Crohon y Drosd citados por Burket (1), encontramos que no hay ninguna relación -- entre malestares del intestino grueso y delgado con el aumento de la capa superficial de la lengua, sin embargo, mencionaron que los trastornos gástricos de seis a doce horas provocan un aumento de la capa superficial -- de la lengua y que probablemente ésto tenga relación -- con la ingestión de alimentos.

Existen sustancias que liberan oxígeno y entre las -- cuales podemos citar el peróxido de hidrógeno y el -- perborato de sodio que en algunos pacientes puede de-

sarrollar el crecimiento de las papilas filiformes, -  
produciendo una cubierta anormal que en ocasiones pue  
de mostrar una cubierta negra.

Los vómitos se acompañan siempre de lengua cargada --  
con excepción de los de embarazo.

Los individuos que respiran con la boca o duermen con  
la boca abierta, muchas veces presentan una cubierta-  
anormal excesiva.

La aparición de la cubierta lingual puede explicarse-  
según Burket (1) fácilmente por los cambios del am --  
biente y trastornos fisiológicos. Se trata de un fe-  
nómeno contínuo, por lo general dicha capa lingual se  
acompaña con el flujo de saliva para eliminarse y al-  
hablar y masticar por abracción. Podemos definir que  
la capa superficial de la lengua son alimentos que en  
ella se almacenan. La masticación puede ser importan  
te para la eliminación de dicha capa según Burket (1),  
durante la formación del bolo alimenticio que en su -  
paso a la faringe desgastan mucho las papilas.

Como recomendación que hace Burket (1) que la elimina-  
ción al autor de dicha capa, es cepillarse la cara su-  
perior de la lengua en el momento de cepillarse los --

dientes.

#### 5.12.-Alteraciones en el color de la lengua.

Normalmente la mucosa lingual tiene color rojo claro, cubierto por una capa ligeramente grisácea y cuando dicha capa grisacea es más gruesa que lo normal, sin ser característica de ninguna enfermedad, suponemos que por alguna razón el enfermo padece de hábitos masticatorios adecuados que pueden ser causa de una mala oclusión o bien por no mover la lengua correctamente para eliminar el recubrimiento y por ello recibe el nombre de lengua saburral o cubierta. Dicha anomalía se caracteriza por que las papilas filiformes se encuentran incluidas de una capa formada por bacterias, hongos, partículas de comida, queratina y células epiteliales descamadas y se encuentran alargadas las papilas filiformes por falta de limpieza proporcionada normalmente por la masticación adecuada.

La lengua puede presentar enrojecimiento y esto puede deberse a una vascularización excesiva o por que se tinte con determinados alimentos o medicamentos.

Al atrofiarse las papilas linguales, adquiere la lengua un color magenta, salmón o escarlata, cuyo signo nos hará hacer un estudio cuidadoso por sospechar que exis-

ta una posible deficiencia vitamínica, puede adquirir la lengua un cambio de color como respuesta a un tratamiento con antibióticos la cual se evitaría o disminuiría administrando V. B.

## CONCLUSION

Después de realizar este trabajo, nos hemos dado cuenta de que existe un sinnúmero de enfermedades que se caracterizan en la lengua y de fácil diagnóstico, siendo importante para ello conocer lo fundamental de la patología lingual y además las funciones de este órgano. Evitarle también las agresiones a las que es sometido diariamente, con la ingestión de los diferentes alimentos irritantes, como son los ácidos, las bebidas calientes y los picantes, el órgano lingual es adaptable fácilmente al medio, pero con consecuencias posteriores como son muchas de las lesiones que hemos mencionado en este trabajo, que son los resultados de la agresión que sufre a través de la vida del individuo.

Por lo antes descrito, para evitar alguna de las lesiones linguales, es conveniente no ingerir alimentos irritantes, tener un buen aseo y evitar los traumatismos por prótesis.

No olvidemos que la lengua es un órgano musculo-membranoso, noble y con funciones primordiales, las cuales debemos conservar aplicando unas buenas medidas como las que se han descrito.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BURKET: Dr. Lester W Burket, Medicina Bucal, Editorial Interamericana, edición 1973.
- 2.- RAFAEL ARGUELLES: Manual de Patología Quirúrgica, Edición 1945, Editorial Científica Médica, Barcelona, Madrid y Valencia.
- 3.- TOMAS VELAZQUEZ: Anatomía Patología dental.
- 4.- FERNANDO QUIROZ: La prensa Médica Mexicana, Anatomía - Humana, Edición 1972, Editorial Porrúa, S. A. México.
- 5.- FRANK O ALLAN: Embriología Humana, Edición 1973. El -- Manual Moderno.
- 6.- ANTONIO PREVOSTI: Introducción a la Embriología, Cate- drático de Genética de la Universidad de Barcelona.
- 7.- DR. WILLIAM F. GANON: Editorial El Manua. Moderno, S.A. 1971, México.
- 8.- DR. R. J. GORLIN y H. M. GOLMAN THCMA : Patología Oral, Editorial Salvat, 6a. Edición 1973.
- 9.- PATTEN: Embriología Humana, Profesor de medicina en la Universidad de Michigan, Editorial Ateneo, Edición 1973.
- 10.- IRVING A CLICKMAN: Patología clínica, Editorial Mundi Buenos Aires.

- 11.- STANLEY L. ROBBINS: Tratado de Patología, Segunda -  
Edición, Editorial Interamericana.
- 12.- DR. GUSTAVO O. KRUGER: Cuarta Edición, Editorial  
Interamericana, 1978.
- 13.- WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD K. HINE, BARNET M. LEVY:  
Tratado de Patología Bucal, Tercera Edición, Edito-  
rial Interamericana.