



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Odontología

Lengua

T E S I S
Que para Obtener el Titulo de :
CIRUJANO DENTISTA
Presentan

María del Carmen Aguilar de la Rosa
Georgina Araceli González Márquez
María Herlinda Ramírez Hernández

México, D. F.

14396

1979.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TEMARIO

INTRODUCCION

- I.- ANATOMIA DE LA LENGUA.
- II.- HISTOLOGIA
- III.- EMBRIOLOGIA
- IV.- FISILOGIA
- V.- ALTERACIONES DE LA LENGUA

A).- TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA.

AGLOSIA
MICROGLOSIA
MACROGLOSIA
ANQUILOGLOSIA
LENGUA BIFIDA
NODULO TIROIDEO LINGUAL
QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO
LENGUA ESCROTAL O DIVIDIDA.

B).- ESTOMATITIS Y GLOSITIS.

INTRODUCCION
ESTOMATITIS
ESTOMATITIS ERITEMATOSA
ESTOMATITIS AFTOSA AGUDA
PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA
GINGIVOESTOMATITIS ULCERONECROTICA
AGUDA.

C).- TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONJUNTIVO.

LIPOMA
FIBROMA
RABDIOMA
ANGIOMAS

D).- TUMORES DE ORIGEN NEOPLASICO.

MIXOFIBROMA
LIPOFIBROMA
HEMANGIOMA
LINFANGIOMA
MIOBLASTOMA
NEUROFIBROMA
SCHWANNOMA (NEURINOMA)
NEUROMA TRAUMATICO
NEUROMA MUCOSO MULTIPLE.

E).- TUMORES MALIGNOS.

CARGINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
CANCER DE LA LENGUA

EPITELIOMA DE LA LENGUA:

EPITELIOMA DE LA PARTE MOVIL DE LA-
LENGUA.

FORMAS TOPOGRAFICAS:

EPITELIOMAS MARGINALES
FORMAS ANATOMOCLINICAS
LEIMIOSARCOMA

**F).- MANIFESTACIONES BUCALES DE LAS EN--
FERMEDADES SANGUINEAS.**

**ANEMIA
POLICITEMIA
ANEMIA DE ADDISON Y DE BIERM
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

**G).- TRAUMATISMOS FISICOS, QUIMICOS Y ME--
CANICOS.**

**ULCERA TRAUMATICA DE LA MUCOSA BU--
CAL.
TRAUMATISMOS PRODUCIDOS POR INTER--
VENCIONES QUIRURGICAS EN BOCA.
IRRADIACION LASER
QUEMADURA ELECTRICA.**

**H).- FORMACIONES NORMALES CONFUNDIDAS -
CON ESTADOS PATOLOGICOS.**

**VARICES LINGUALES
PAPILAS PROMINENTES DE LOS CONDC--
TOS DE WHARTON Y STENON.
AMIGDALA LINGUAL
GLANDULA SALIVAL SUBLINGUAL PROMI--
NENTE.
TIROIDES LINGUAL.**

**I).- MANIFESTACIONES LINGUALES SECUNDA--
RIAS DE ENFERMEDADES FEBRILES.**

**LENGUA SABURRAL
SEQUEDAD BUCAL
LENGUA ROJA DENUDADA.**

**ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA
HERPES ZOSTER O ZONA
ESTOMATITIS VESICULOPUSTULOSAS**

ESTOMATITIS POR METALES:

**ESTOMATITIS BISMUTICA
ESTOMATITIS MERCURIAL**

GLOSITIS AGUDAS:

**GLOSITIS AGUDA SUPERFICIAL
GLOSITIS EPIDEMICA DEL SENEGAL
GLOSITIS AGUDAS PROFUNDAS
HEMIGLOSITIS.**

GLOSITIS CRONICAS:

**GLOSITIS CRONICAS SUPERFICIALES
GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIA
GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA
GLOSITIS TRIANGULAR POSTERIOR DE
CHEVALLIER.**

**GLOSITIS DE MOELLER
GLOSITIS DE FONTOYNONT Y JOURDAN
GLOSITIS DE JAMIN
GLOSITIS DE HUNTER
GLOSITIS PAPULOSA AGUDA DE MICHELSON
SINDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL
LENGUA NEGRA VELLOSA
ACANTOSIS NIGRICANS
ENFERMEDAD DE RIGA
GLOSITIS SIFILITICAS
LEUCOPLASIA**

VI.- ENFERMEDADES GENERALES.

MONILIASIS
TUBERCULOSIS
SIFILIS
ESCARLATINA
VIRUELA
DIABETES
LEPRA
ESTOMATITIS EPIDEMICA O FIEBRE AFTOSA.
GRANULOMA INGUINAL
BLASTOMICOSIS
HISTOPLASMOSIS
ESTOMATITIS PSEUDOMEMBRANOSA
ESCLERODERMIA
PENFIGOIDE AMPOLLAR
DISQUERATOSIS CONGENITA
QUERATOSIS FOLICULAR
PITIRIASIS ROSADA
PAQUIONIQUIA CONGENITA
ENFERMEDAD DE PIES Y BOCA
SINDROME DE DAWN
GLOSIDINIA... GLOSOPROSIOSIS
HIPOTIROIDISMO
ERITEMA POLIMORFO DE LA LENGUA.

VII.- TUMORES EN LENGUA BENIGNOS Y MALIGNOS.

- A).- TUMORES BENIGNOS LINGUALES.
SEUDOTUMORES O DIAPNEUSIAS LINGUALES
- B).- TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL
PAPILOMA EPITELIAL
QUISTES GLANDULARES Y ADENOMAS NODULARES.

LIQUEN PLANO
VARIEDAD NO EROSIVA DE LIQUEN PLANO

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA GENERAL.

GOMAS PROFUNDOS O SUPERFICIALES DEL
PARENQUIMA LINGUAL.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA LOCAL:

GLOSITIS DENTARIA.

C).- ALERGIAS POR FARMACOTERAPIA.

GLOSITIS VENENATA
ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA
ESTREPTOMICINA
ACTINOMICINA D

D).- MANIFESTACIONES BUCALES POR INTOXICACION DE ALIMENTOS.

BOTULISMO
ENFERMEDAD DE LA LECHE.

E).- DEFICIENCIA DE VITAMINAS.

DEFICIENCIA DE TIAMINA
DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA
DEFICIENCIA DE ACIDO NICOTINICO
DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO.

MIOBLASTOMA MALIGNO DE CELULAS GRANULARES.
HEMANGIOENDOTELIOMA
RABDIOSARCOMA
MIELOMA MULTIPLE (PLASMOCITOMA)
CANCER LINGUAL CON METASTASIS MIO--
CARDICAS.

E).- QUISTES ODONTOGENICOS.

ADENOCARCINOMA
LINFOEPITELIOMA
CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION

QUISTES DE RETENCION.

RANULA
MUCOCELE.

DEGLUCION Y LENGUAJE DESPUES DE GLOSECTOMIA TOTAL
CON PROTESIS LINGUAL.

RECONSTRUCCION DE LA LENGUA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

En esta tesis hemos hecho un estudio de la lengua; en los primeros cuatro capítulos se habla de la Anatomía, Histología, Embriología y Fisiología; el capítulo V es una recopilación en forma ordenada y clara de las alteraciones más frecuentes en este órgano; en el capítulo VI se describen los signos y síntomas que se manifiestan por enfermedades generales tales como: moniliasis, sífilis, diabetes, lepra, tuberculosis, fiebre aftosa, etc; y en el capítulo número VII se han descrito los tumores benignos y malignos, así como los quistes odontogénicos y los quistes de retención, incluyendo la etiología, manifestaciones clínicas y bucales y su tratamiento de la manera que a nuestro juicio consideramos lo más simple posible.

Ha sido necesario seleccionar del cúmulo de datos que la ciencia ofrece y los conocimientos ya firmemente establecidos.

Estos datos han sido acompañados por algunas fotografías pero es necesario advertir que estas no son definitivas de ninguna manera en el diagnóstico de las enfermedades o alteraciones aquí descritas, ya que fácilmente se puede caer en confusión debido a la gran similitud que existe entre algunas de ellas, así como entre los tumores.

La bibliografía se ha dejado al final donde se mencionan los nombres de los libros y sus

autores, de los cuales se tomaron los datos y las fotografías.

Con todo lo recopilado aquí tratamos de dar algo de teoría para ayudar a los estudiantes y a nosotras mismas en el conocimiento de la lengua y de sus enfermedades y alteraciones, esperando - sirvan para dar un mejor tratamiento a nuestros pacientes.

CAPITULO I

A N A T O M I A D E L A L E N G U A

La lengua es una eminencia muscular móvil que ocupa la parte media de la cavidad bucal, es el órgano del gusto y también interviene en la masticación, deglución y fonación. Se le consideran dos caras, dos bordes, una base y una punta.

CARA SUPERIOR.

Está dividida en dos partes, una anterior y otra posterior, por un surco en forma de V abierta hacia adelante denominado surco terminal. En el vértice de este surco se encuentra una depresión denominada forámen coecum, que es, el resto del conducto tirogloso del embrión.

Por delante de la V lingual o surco terminal se distinguen las papilas que por su forma se clasifican en filiformes, fungiformes y caliciformes.

CARA INFERIOR.

Está unida a la mandíbula por el músculo geniogloso y su mucosa se une a la mucosa del piso de la boca.

Presenta un surco medio a cada lado del cual y a través de la mucosa se transportan las venas raninas.

La línea o surco medio se continúa por -
 abajo con un repliegue mucoso que es el frenillo -
 lingual, a los lados de este, en su parte poste- -
 rior se encuentra un tubérculo, en cuyo vértice se
 abre el conducto de Wharton.

BORDES.

Son libres y redondeados, más gruesos por
 detrás que por delante y corresponden a los arcos-
 dentarios. En la extremidad posterior y cerca de-
 la base se distinguen las papilas foleadas, disminu-
 tos pliegues verticales y paralelos. En estos bor-
 des es frecuente encontrar lesiones crónicas que -
 pueden degenerar en cáncer lingual.

BASE O RAIZ DE LA LENGUA.

Se fija por tractus fibroso, fascículos -
 musculares al hueso hioides y al maxilar inferior
 y a la epiglotis por tres repliegues, uno medio y
 dos laterales.

PUNTA.

También denominada vértice de la lengua, -
 presenta un surco medio por el cual se reúnen los-
 dos surcos que recorren las dos caras, dorsal e in-
 ferior de la lengua.

CONSTITUCION ANATOMICA.

La lengua está formada por un esqueleto -
 osteofibroso, una armazón muscular y una mucosa.

La armazón esquelética está representada por dos láminas fibrosas; La membrana hioglosa y el septum lingual.

La membrana hioglosa se dispone en sentido transversal y va desde el borde superior del cuerpo del hueso hioides entre las dos astas menores, hasta la porción posterior de la lengua donde se pierde en el espesor del órgano.

El septum lingual es una lámina fibrosa de aspecto falciforme cuya base se inserta en la membrana hioglosa y por debajo de la cara anterior del hueso hioides, terminando su extremidad afilada entre los fascículos musculares del vértice de la lengua.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Son ocho pares y un impar este último es propiamente intrínseco.

GENIOGLOSO

Se inserta por delante de las apófisis geniales superiores, sus fibras irradian hacia atrás, las fibras inferiores horizontales se fijan en el borde superior del cuerno del hueso hioides, las fibras medias se dirigen al centro de la lengua, las anteriores, curvas hacia arriba y adelante, van a la punta. Los dos genioglosos están separados por el septum lingual por arriba y por tejido adiposo por abajo. Su acción es dirigir y levantar la lengua hacia adelante.

HIOGLOSO

Sus fibras nacen en el cuerpo y en el asta mayor del hioides y se extienden verticalmente hacia arriba y hacia adelante en la cara lateral de la lengua, casi todas sus fibras terminan en la submucosa del dorso del vértice. Su acción consiste en abatir, comprimir y aproximar la lengua al hioides.

ESTILOGLOSO

Son músculos pequeños y planos que nacen en la apófisis estiloides y los ligamentos estilo-hioides, se extienden hacia abajo y hacia adelante para entrar en la porción posterior del lado de la lengua a un lado de los hioglosos y se entrelazan con ellos, eleva la lengua y la lleva hacia atrás.

AMIGDALOGLOSO

Es un músculo delgado inconstante que va de la cápsula fibrosa de la amígdala a la base de la lengua, es elevador de la base de la lengua y la oprime contra el velo del paladar. La mayor parte de sus fibras longitudinales forman una capa superficial alrededor de toda la parte anterior libre de la lengua a los lados y en la cara superior del resto de la misma, que se fija por debajo gracias a los músculos extrínsecos las fibras longitudinales suelen dividirse en dos grupos uno superior y otro inferior.

FARINGOGLOSO

Es un fascículo 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. Sus fibras son verticales por lo que la gran mayoría de estas pertenecen a los músculos extrínsecos, y solo una minoría son intrínsecos.

PALATOGLOSO O GLOSOESTAFILINO

Está comprendido en el pilar anterior del velo del paladar, se inserta por arriba en la cara inferior de la aponeurosis palatina y termina abajo por fibras transversales en su espesor de la lengua y por fibras longitudinales que se extienden hasta la punta, se halla cubierto en casi toda su extensión por la mucosa y al contraerse lleva la lengua hacia arriba y atrás al mismo tiempo que estrecha el istmo de las fauces. Las fibras transversales nacen en el rafé medio y pasan lateralmente para insertarse en la mucosa de toda la lengua. Todas estas fibras con excepción de algunas del glosioestafilino son intrínsecas.

LINGUAL SUPERIOR

Músculo impar situado en el dorso de la lengua, está formado en su porción posterior por tres haces que se dirigen hacia adelante y convergen en la parte media de la lengua continuándose hasta terminar en la punta de la misma, acorta la

longitud de la lengua y la abate además de llevar-
hacia arriba y atrás la punta de la lengua.

LINGUAL INFERIOR

Se encuentra en la cara inferior de la -
lengua y se inserta por detrás de las astas meno--
res del hioides, sus fibras terminan en la cara -
profunda de la mucosa de la cara inferior de la -
punta de la lengua, su acción consiste en acortar-
la longitud de la lengua y dirigir la punta hacia-
abajo y atrás.

TRANSVERSO DE LA LENGUA

Es un músculo propiamente intrínseco, su-
extensión es la misma que el septum lingual, se in-
serta en la cara de este de donde sus fibras se di-
rigen hacia afuera hasta alcanzar la capa profunda
de la mucosa del borde lingual donde se fija. Al-
contraerse se reduce el diámetro transverso de la-
lengua a la que transforma en un panal cóncavo ha-
cia arriba.

ASPECTOS MICROSCOPICOS DE LA LENGUA

En la mucosa de la lengua encontramos en-
el dorso de la misma a las glándulas foliculares y
papilas de la lengua, y en la cara inferior a los
repliegues de ella y a los orificios de desemboca-
dura de las glándulas salivales.

BOTONES GUSTATIVOS

Los botones gustativos o corpúsculos del-
gusto, constituyen las terminaciones nerviosas del

sentido del gusto, situados sobre el corión de la mucosa. Su forma es ovoide, su extremidad más ancha se encuentra en contacto con el corión, su extremidad más angosta atravieza el epitelio superficial donde desembocan por un orificio circular o poro gustitivo por el cual salen los flagelos gustativos.

FORMACIONES LINFOIDEAS

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.

GLANDULAS FOLICULARES

Están situadas atrás de la V lingual, son de forma más o menos hemisféricas y produce levantamientos de la mucosa, en cuyo centro se observa un pequeño orificio visible a simple vista.

GLANDULAS MUCOSAS

Se hallan esparcidas desde el tercio posterior de la lengua hasta la punta formando cuatro conglomerados, uno posterior detrás de la V lingual. Otro lateral en los bordes de la lengua y otro anteroinferior colocado en la cara inferior de la lengua y a los lados de la línea media donde reciben el nombre de glándula de Blandin o de Nühn.

PAPILAS LINGUALES

PAPILAS FUNGIFORMES

Presentan tallo corto y largo y su cabeza puede ser esférica u ovoide, de color rosado, don-

de presentan corpúsculos del gusto, estas papilas se distribuyen por delante de la V lingual.

PAPILAS FOLIADAS

Son de tres a quince repliegues en forma de salientes longitudinales en donde se describen numerosos corpúsculos gustativos. Son escasas en el hombre y están situadas por detrás y a los lados de la V lingual.

PAPILAS FILIFORMES

Son las más numerosas y se encuentran distribuidas en surcos paralelos a la V lingual, son de forma cónica o cilíndrica y de su extremidad libre se desprenden multitud de prolongaciones filiformes.

PAPILAS CALICIFORMES

Están situadas y alineadas en la V lingual siendo mayor la central que posee un rodete de altura mayor a la de la papila, por lo que ésta parece presentar un orificio llamado agujero ciego son las más voluminosas y entre ambas existe un canal de la papila.

PAPILAS HEMISFERICAS

Tienen forma cónica y hemisférica y están situadas en la cara superficial del corión mucoso. Se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

MUCOSA DE LA REGION SUBLINGUAL

Bajo la mucosa de los bordes se encuentran pequeñas masas glandulares, que son las glándulas de Weber, situadas detrás; las glándulas de Henle, situadas en la parte media de los bordes, y las glándulas de Nühn, situadas en cara inferior de la punta.

GLANDULAS SUBLINGUALES

Son glándulas salivales situadas en la parte anterior del surco alveololingual. Cada una de ellas se halla en relación, por arriba, con la mucosa, por abajo, con el milohioideo, por afuera, con la fosa sublingual del maxilar inferior; por dentro con el geniogloso, del que está separada por el conducto de Wharton y del nervio lingual. Su extremo posterior está en contacto con la prolongación anterior de la glándula submaxilar. Sus conductos excretores, en número de doce a quince, se conocen con el nombre de Rivinus. Existe uno de ellos más importante que los otros, denominado conducto de Bartholin.

IRRIGACION SANGUINEA DE LA LENGUA

Principalmente está irrigada por la arteria lingual, la cual es una rama de la carótida externa, nace encima de la arteria tiroidea superior a nivel del hueso hioides, corre hacia adelante hasta la punta donde se anastomosa con las del lado opuesto.

De esta arteria el ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, en tanto que la rama y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua.

Recibe también la masa muscular, ramas arteriales de la palatina inferior y de la faríngea inferior.

La circulación venosa va a desembocar a las venas linguales que son dos a cada lado y corren junto a la arteria lingual y a las venas dorsales de la lengua, las venas raninas caminan al lado del frenillo de la lengua, cubierto solo de mucosa, entre estas, las venas tiroideas y lingual se unen para formar un solo tronco venoso que desemboca aisladamente en la yugular interna, o bien terminan en un tronco común con la tiroidea y la facial.

SISTEMA LINFÁTICO

Los linfáticos son tributarios: 1) de los ganglios de la cadena interna de la yugular y en particular los del grupo anterior que se escalona desde el digástrico hasta el omohioideo; 2) de los ganglios submaxilares (preglandulares); 3) de los ganglios submentales.

INERVACION DE LA LENGUA

La mucosa lingual está inervada en sus dos tercios anteriores por fibras del nervio lingual, (procedentes del lingual inferior) parte de las cuales proceden del facial por intermedio de la cuerda del tímpano que se anastomosa con el lingual para proporcionar sensibilidad gustativa.

El tercio posterior de la mucosa lingual está inervado por el nervio glossofaríngeo (IX par craneal) distribuyendo sus fibras sensitivas por la mucosa de la farínge y por el tercio posterior de la mucosa lingual mientras que los filetes moto

res tendrían bajo su dependencia algunos músculos - de la faringe y de la lengua, suministran ramas - terminales a los corpúsculos del gusto donde penetran con terminaciones del lingual, en la base de las papilas, formando un plexo subepitelial del - cual se desprenden fibras intercorpúsculares, fi-- bras pericorpúsculares y fibras intracorpúscula- - res, estas últimas se ponen en contacto con las cé- lulas gustativas.

El nervio motor de la lengua es el hipogloso (XII) mayor pues anima a los músculos casi - en su totalidad.

CAPITULO II

H I S T O L O G I A .

MUCOSA

Al estudiar la mucosa se debe considerarlo siguiente:

- 1).- Tipo de epitelio que la cubre.
- 2).- Estructura de la lámina propia, especialmente en relación con su densidad, espesor, y la presencia o ausencia de elasticidad.
- 3).- Tipo de unión entre el epitelio y la lámina propia.
- 4).- Su fijación con las estructuras subyacentes o sea la capa submucosa. También debe notarse la presencia o ausencia, y la localización de tejido adiposo o de glándulas.

La mucosa subyacente o bucal se divide principalmente en:

- 1).- Mucosa masticatoria, que corresponde a la encía y a la cubierta del paladar duro.
- 2).- Mucosa de revestimiento, que es la cubierta protectora de la cavidad bucal.
- 3).- Mucosa especializada, representada por la cubierta de la superficie dorsal de la lengua, y es muy especializada de ahí su nombre.

MUCOSA DE LA SUPERFICIE INFERIOR DE LA LENGUA Y DEL PISO DE LA BOCA.

La mucosa del piso de la boca es delgada, adherida laxamente a las estructuras subyacentes - para permitir la libre movilidad de la lengua. El epitelio no es cornificado y las papilas de la lámina propia son bajas.

La mucosa de la superficie inferior de la lengua es delgada y lisa, y su epitelio no es cornificado. Las papilas del tejido conjuntivo son numerosas, pero cortas. Aquí la submucosa une a la mucosa con el tejido conjuntivo que rodea los haces de los músculos de la lengua.

MUCOSA ESPECIALIZADA

Mucosa lingual dorsal.- La superficie superior de la lengua es áspera e irregular. Una línea en V la divide en una parte anterior o cuerpo, y una parte posterior o base. La primera comprende aproximadamente las dos terceras partes de la longitud del órgano y la última forma el tercio posterior. Los dos tercios anteriores están inervados por el nervio trigémino mediante su rama lingual, y el tercio posterior por el glossofaríngeo.

La parte anterior de la mucosa lingual dorsal se le denomina porción papilar, y la posterior linfática.

La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua es muy diferente de la que reviste la porción faríngea, está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas papilas que en el hombre son de tres tipos:

- A) Filiformes
- B) Fungiformes
- C) Caliciformes

LAMINA PROPIA

La lámina propia de la membrana mucosa de la lengua es una capa de tejido conectivo laxo que contiene grasa. Esta capa no se halla separada en forma definida de la submucosa más densa. En la punta de la lengua o ápice y sobre el dorso, la submucosa es particularmente firme y gruesa, formando a ese nivel la fascia lingual.

En la submucosa se ramifican tres clases de glándulas que pueden extenderse hacia la profundidad alcanzando el lado de la parte superficial de la capa muscular éstas son las glándulas serosas que se encuentran en vecindad con las papilas foliadas y caliciformes, las glándulas mucosas que se hallan en la raíz de la lengua a lo largo de sus bordes y en una zona por delante de las papilas caliciformes centrales, y las dos glándulas linguales anteriores mixtas las cuales desembocan mediante cinco o seis conductos en la parte inferior cerca de la punta de la lengua.

CORPUSCULOS GUSTATIVOS

Son órganos intraepiteliales pequeños, ovoides o en forma de barril de aproximadamente ochenta micras de altura por cuarenta de espesor. La punta está cubierta por unas cuantas células epiteliales planas que rodean una abertura pequeña el poro gustativo, que conduce a un espacio estrecho entre las extremidades periféricas de las células

las de sostén o del corpúsculo gustativo. Las células externas de soporte están dispuestas como los arcos de un barril. Las células internas son más cortas y fusiformes y entre ellas están colocadas diez o doce células neuroepiteliales, receptoras de los estímulos gustativos. Los corpúsculos gustativos en los embriones de dos a siete meses son más numerosas que en los adultos y son numerosos en la pared interna del foso que rodea a las papilas circunvaladas, en los pliegues de las papilas foliáceas, y en algunas papilas fungiformes de la punta y de los bordes laterales de la lengua.

Las sensaciones gustativas primarias las cuales son, dulce, salado, amargo y ácido, no se perciben en todas las regiones de la lengua. Lo dulce se percibe en la punta, lo salado en el borde lateral, lo amargo y ácido se reconocen en la parte posterior de la lengua, lo amargo en la parte media y lo ácido en las áreas laterales.

AMIGADALA LINGUAL

La mucosa que recubre la raíz de la lengua no contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias que se observan dependen de acúmulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio, a la relación que existe entre el acúmulo de nódulos linfáticos con el epitelio plano estratificado se le denomina tejido amigdalár. El tejido linfoide que se halla en el techo de la lengua constituyen la amígdala lingual. Gran parte de los nódulos linfáticos de la amígdala lingual poseen centros germinativos. Los espacios que quedan entre ellos están ocupados por tejido linfático difuso.

CAPITULO III

EMBRIOLOGIA.

ARCOS BRANQUIALES.- Se forman como cuatro pares de estructuras curvas en el cuello fetal. Es tán separadas por surcos branquiales poco profun-- dos en la parte externa y por bolsas faríngeas más profundas en la parte interna. Solamente los prime ros y segundos arcos se extienden hasta la línea media y cada uno de ellos es sucesivamente más pequeño.

La lengua se deriva de los primeros, se-- gundos y terceros arcos branquiales, las estructuras que se derivan de los primeros arcos están se-- paradas durante toda la vida de los derivados de - los arcos más caudales por el surco terminal en la zona de las papilas circunvaladas.

El cuerpo y la punta de la lengua se ori-- ginan en tres prominencias en la cara interna del primer arco branquial o mandibular. Existen dos - prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria llamada tubérculo impar, detrás de este tubérculo hay otra elevación media llamada - ~~llamada~~ prop piamente cópula (es decir tirante, yugo), por - que une el segundo y tercer arco en una prominen-- cia medioventral. La cópula se extiende desde el - tubérculo impar hasta la protuberancia primordial - que señala el comienzo de la epiglotis.

En la línea media sobre la base del pri-- mer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arcos branquiales, se desarro-- lla la glándula tiroides hacia abajo. El conducto-

tirogloso se origina en esta región creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula.

AGUJERO CIEGO.- Es una depresión profunda que se encuentra en el extremo del surco limitante, se le considera como un surco embrionario o resto del conducto tirolingual delante de la V lingual - formado por las papilas circunvalantes, en el adulto se encuentran pliegues papilares.

CAPITULO IV

F I S I O L O G I A .

La lengua es el órgano esencial de la gustación, sin embargo partes hay en la lengua, en las cuales no son sentidos los sabores, como su cara inferior, y el tercio anterior, por lo menos de su cara superior (exceptuando la punta que es muy-sensible).

Los órganos del gusto aparecen el tercermes de vida intrauterina. En el niño no son tan numersos como en el feto, pero todavía se hallan disemminados por todo el dorso de la lengua y en la mucosa de los carrillos. En el adulto van disminuyendo con la edad, desaparecen primero del dorso de la lengua y luego de la punta.

Una característica importante de los botones gustativos es que degeneran completamente cuando se destruyen las fibras nerviosas gustativas. Si las fibras gustativas vuelven a crecer hacia la superficie epitelial de la boca, las células epiteliales locales se reagrupan para formar nuevos botones gustativos. Esto nos da el principio de la función "trófica" de las fibras nerviosas en algunas partes de la economía.

Botones Gustativos. - El botón gustativo está compuesto de unas veinte células epiteliales de sostén denominadas células gustativas, finas, alargadas. Estas células están siendo sustituidas continuamente, de manera, que unas son jóvenes y otras maduras, las células maduras se hallan hacia el centro del botón. La duración de vida de cada -

célula gustativa es de unos siete días.

Las células gustativas están dispuestas - alrededor de una pequeña cavidad denominada poro - gustativo. Desde la punta de cada célula gustativa varias microvellosidades, de unas cuatro micras - de longitud, y 0.2 micras de espesor, hacen protru- ción hacia afuera a través del poro gustativo ha- cia la cavidad de la boca. Estas microvellosidades proporcionan la superficie receptora para el gus- to.

Localización de los botones gustativos. - Los botones gustativos se encuentran en tres de ca- da cuatro diferentes tipos de papilas de la lengua como sigue: 1) gran número de botones gustativos - se hallan a nivel de las papilas circunvaladas que forman una línea en V en la parte posterior de la- lengua. 2) hay un número moderado de botones gus- tivos en las papilas fungiformes en toda la super- ficie de la lengua. 3) hay un número reducido de - papilas foliaceas localizadas en pliegues a lo lar- go de la superficie postero laterales de la lengua. Hay también botones gustativos adicionales locali- zados en los pilares de las amígdalas, hay otros - puntos alrededor de la nasofarínge, incluyendo - unos pocos en la pared faríngea posterior.

Clasificación del gusto.- Se diferencian - cuatro grupos: a) salado, b) ácido, c) dulce y - d) amargo. El estímulo eléctrico produce efectos - electrolíticos en la saliva y los aniones y catio- nes excitan las células gustativas.

DEGLUCION.- Se trata de un mecanismo com- plicado principalmente por que la farínge se em- -

plea casi todo el tiempo en funciones diferentes y solo se vuelve un lugar de paso de los alimentos - por algunos segundos cada vez. Resulta de especial importancia que la deglución no interfiera con la respiración.

La deglución se divide en: 1) etapa voluntaria que inicia el acto; 2) etapa faríngea involuntaria que constituye el paso del alimento de farínge a esófago, y 3) etapa esofágica, involuntaria también, que corresponde al descenso del bolo de farínge a estómago.

SUCCION.- La lengua junto con los labios producen este reflejo, los labios toman el pezón de la mama y la lengua se adosa a los labios y al pezón para poder succionar.

MASTICACION.- En la fase inicial del proceso digestivo. Es, esencialmente un proceso mecánico de cortar y trituración del alimento para formar un bolo blando fácil de pasar, a ello contribuye la acción combinada de la mandíbula y de los dientes, de los músculos masticadores, de las mejillas y de los músculos de la lengua, cuya función es poner los alimentos sobre la arcada dentaria, - además recibe el material ya dividido en un bolo - apto para la deglución.

FONACION.- La lengua ayuda a la emisión de la voz, dando diversos sonidos a las diferentes letras.

CAPITULO V

A L T E R A C I O N E S D E L A L E N G U A

A) TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA.

AGLOSIA.- Es una anomalía congénita manifestada por ausencia total de la lengua. Se ha registrado por lo menos un caso en el momento del nacimiento.

MICROGLOSIA.- Esta anomalía de tipo congénito se manifiesta como una lengua pequeña o rudimentaria. Acompaña casi siempre a las glositis - atróficas crónicas, parálisis bulbar progresiva y del hipogloso.

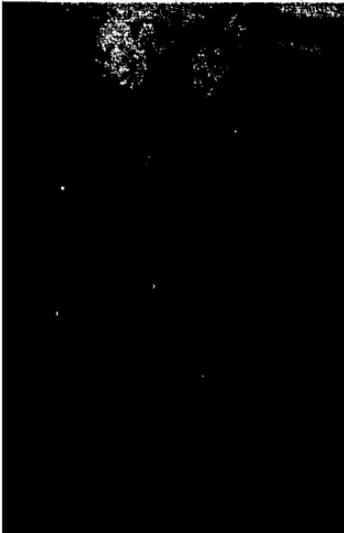
MACROGLOSIA.- Lengua agrandada.

Etiología.- Puede ser de tipo congénito o secundario.

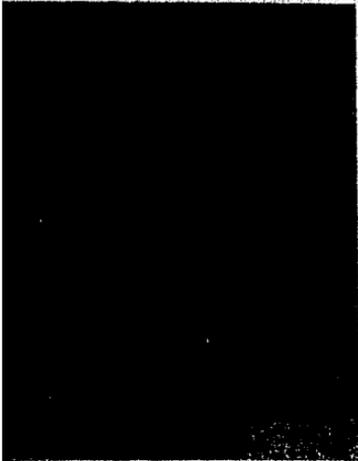
La macroglosia congénita se debe al desarrollo exagerado de la musculatura, que puede estar asociada con una hipertrofia muscular generalizada, es común en el cretinismo y mongolismo.

La macroglosia secundaria puede ser el resultado de un tumor en la lengua como un linfangioma y hemangioma difuso, o una amiloidosis generalizada.

Tratamiento.- Puede ser por rayos X o quirúrgico, según la causa o gravedad del trastorno.



MACROGLOSIA.- Aspecto en badajo
de campana.



MACROGLOSIA en una lengua -
escrotal donden pueden obser
vase los surcos caracteris-
ticos.

ANQUILOGLOSIA.- Lengua atada.

Etiología.- La anquiloglosia se produce como resultado de la fusión parcial o completa de la lengua con el piso de la boca.

La anquiloglosia parcial es la anomalía más frecuente, se extiende hasta cerca del extremo de la lengua, en ocasiones abarca el borde anterior en cuyo caso puede existir una muesca invisible. Si es demasiado corto puede ser que el lactante tenga dificultad para alimentarse bien y más tarde causará trastornos en el lenguaje.

Tratamiento.- En caso de precisar una intervención quirúrgica esta puede llevarse a cabo después de los ocho o diez meses de edad. La alteración se trata fácilmente mediante incisión transversa y cierre longitudinal del frenillo, de preferencia con plastia en "Z" bajo anestesia local.

LENGUA BIFIDA.- La lengua hendida o bifida es una anomalía rara.

Etiología.- Es la falta total de fusión de las dos mitades de la lengua en la embriogénesis.

La lengua parcialmente hendida es más común y se manifiesta como un surco profundo en la línea media de la cara dorsal.

Tratamiento.- Esta alteración debe repararse por medios quirúrgicos antes que el niño empiece con el lenguaje.

NODULO TIROIDEO LINGUAL.- Etiológicamente es una anomalía en la cual se encuentran fólículos de tejido tiroideo de la lengua, originados posiblemente por un esbozo embrionario que no "emigró" a su posición predestinada.

Manifestaciones clínicas.- Se manifiesta como una masa de tejido tiroideo de color pardo rojizo, situado en la región del foramen cecum en la base de la lengua. Esta masa tiende a tener superficie lisa, en algunos casos registrados era de aproximadamente dos a tres centímetros de diámetro.

Los síntomas principales de la enfermedad son: disfagia, disfonía, disnea, hemorragias con dolor a la sensación de tensión o plenitud en la garganta.

Tratamiento.- Si no es posible palpar la glándula tiroidea se ha de realizar un centelleograma, con una dosis marcadora de yodo radioactivo, para determinar si hay una glándula tiroidea de localización normal y si la masa lingual es una glándula tiroidea ectópica. Cuando esta existe, se suele recomendar que el paciente intente un tratamiento substitutivo de hormona tiroidea, pues esto por lo general reduce el tamaño de la lesión y permite prescindir de la cirugía. A veces las manifestaciones clínicas exigen la eliminación quirúrgica.

QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.- Estos quistes se forman en la línea media del cuello, después del nacimiento y antes de que el paciente llegue a los treinta y un años de edad. En ocasio-

nes se les diagnóstica equivocadamente como quistes dermoides.

Etiología.- Estas lesiones se forman en la línea media del cuello y en cualquier parte entre el istmo del tiroides y el foramen ciego. Proviene de los restos del conducto tirogloso y el canal que es una formación embrionaria que se extiende desde el foramen ciego en la base de la lengua hacia abajo a través del hueso hioides en la aponeurosis profunda cerca del istmo del tiroides. Se forman debido a la completa obliteración del conducto o canal.

Manifestaciones clínicas.- La lesión se presenta como una masa blanda fluctuante en la parte superior y en la línea media del cuello. En muchos casos se forma por debajo del hueso hioides, pero puede encontrarse en cualquier porción, desde la base de la lengua en el foramen ciego, hasta la horquilla del esternón. Es móvil bajo los músculos y rara vez produce síntomas subjetivos, hay dolor cuando se infecta. La deglución ocasiona movimiento del quiste. Puede existir durante un cierto número de años, se presenta con más frecuencia antes de los cinco años y se descubre por la deformación que origina, a veces se forman fistulas que actúan como una válvula de escape del contenido del quiste y que se abren en la porción anterior del cuello.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica completa del quiste para evitar las recidivas. Cuando el conducto se extiende a través o por debajo del hueso hioides, es necesario seccionar dicho hueso para extirpar todo el conducto epi

telial. Cuando este conducto se continúa hacia la base de la lengua, la escisión debe llevarse hasta el revestimiento epitelial de la misma.

LENGUA ESCROTAL O DIVIDIDA.- (Linguae dissecata o plicata).

Etiología.- Es una anomalía congénita que se encuentra en niños, incluso en lactantes, pero es más frecuente en adultos.

No hay predisposición racial ni sexual. - Se sabe que las fisuras anormales de la lengua constituyen una característica familiar.

Manifestaciones clínicas.- Se caracteriza por la presencia en el dorso de la lengua, de una serie de repliegues, separados por surcos profundos.

Los pliegues pueden disponerse ordenadamente con un surco central, a partir del cual nacen repliegues oblicuos dirigidos de atrás a adelante denominándose Lengua foliácea, o bien en completo desorden, aunque guardando cierta simetría entre ambas hemilenguas, en cuyo caso se denomina Lengua Cerebriforme.

A veces se presenta una leve inflamación en las fisuras, debido al desdoblamiento microbiano de restos alimenticios, este trastorno se acompaña de molestias variables, aunque no existe verdadero dolor. Si hay dolor muchas veces los pacientes empiezan a tener una lesión precancerosa o maligna.

Tratamiento.- Cuando aparecen síntomas dolorosos en las zonas de fisuras de la lengua, ésta se dobla hacia abajo un poco fuera de la boca y se limpian las fisuras con solución de peróxido de hidrógeno al 3%, para eliminar restos de alimentos.

Se puede aplicar a las zonas inflamadas - un antibacteriano leve, también resulta calmante - un enjuague tibio o una aplicación de leche de magnesia sobre la lengua de cuando en cuando.

B) ESTOMATITIS Y GLOSITIS,

Introducción.- Son las lesiones inflamatorias más típicas de la mucosa bucal que es el verdadero lazo de unión entre estas enfermedades.

La mucosa bucal comienza en el borde cutáneo de los labios y termina en el velo del paladar, después de haber tapizado toda la cavidad bucal, la lengua y los huecos alveolares.

Mucosa lingual.- Se caracteriza por la hipertrofia considerable de las papilas y por la falta total de submucosa.

ESTOMATITIS.- Etiología y patogenia.- En la etiología intervienen dos factores: Los gérmenes patógenos; Las causas favorecedoras, localregionales y generales.

Gérmenes patógenos:

a) Gérmenes virulentos de aporte directo (contagio: tuberculosis, sífilis) o indirecto (por vía sanguínea).

b) Gérmenes saprófitos de la cavidad bucal, natural u ocasionalmente patógeno.

ESTOMATITIS ERITEMATOSA.- Es una congestión inflamatoria de las mucosas. Se debe a una vasodilatación intradérmica.

La estomatitis eritematosa es la lesión fundamental de la mayor parte de las enfermedades de la mucosa bucal.

Manifestaciones clínicas.- El eritema presenta una intensidad variable que va desde un rosa más marcado que el de la mucosa sana a un rojo vivo. Puede ocupar toda la cavidad bucal o localizarse en una región o en zonas múltiples o únicas, separadas por intervalos de mucosa sana. Puede estar cubierta por un velo opalino no adherente causado por la infiltración leucocitaria del epitelio. Se percibe además la turgencia de las papilas interdentarias, y el edema de la lengua y los carrillos. Se presenta sensación de sequedad, calor y de irritación al contacto con los alimentos, molestias para la masticación y fonación, sialorrea y fetidez del aliento.

Tratamiento.- Eritromicina asociada con penicilina de 1000,000 U. A este tratamiento anti-infeccioso convendrá asociar la vitamina C a dosis fuertes.

ESTOMATITIS AFTOSA AGUDA.- O úlceras aftosas recurrentes, es una enfermedad común que se caracteriza por la aparición de úlceras necrotizantes múltiples o solitarias y dolorosas.

Etiología.- El trabajo de Borile y Graykowski y Stanley, señala a el estreptococo sanguis como agente etiológico de la enfermedad.

Factores desencadenantes.- EL traumatismo local es un factor desencadenante en casi un 75 - por 100 de los casos.

Los traumatismos pueden ser: mordedura autoinflingidas, procedimientos quirúrgicos bucales, cepillado, inyecciones y traumas dentales.

Manifestaciones clínicas.- Es más frecuente en mujeres y la mayoría de diez a treinta años de edad. La enfermedad puede iniciarse con una variedad de manifestaciones como la deformación de uno o más nódulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal, especialmente de la lengua; parestecia y malestar general.

La úlcera aftosa comienza como una erosión superficial única o múltiple cubierta por una membrana gris, tiene un margen bien circunscrito rodeado de un halo eritematoso. Su tamaño varía entre dos, tres o más de diez milímetros de diámetro.

La localización más frecuente de estas úlceras es en la lengua, faringe, piso de la boca, paladar blando y las encías.

Tratamiento.- No se han observado curaciones completas, como no sean las remisiones espontáneas; pero se han empleado muchos medicamentos como: pomada de acetato de cortizona, cauterización química que disminuye el dolor sin que ejerza otro efecto positivo.

PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA.- Etiológicamente - tiene el mismo proceso nasológico de la úlcera aftosa recurrente, no es de origen viral.

Manifestaciones clínicas.- Se caracteriza por grandes úlceras dolorosas, por lo común entre una y diez en la lengua, paladar blando, labios y carrillos, estas lesiones pueden persistir hasta seis semanas y dejar una cicatriz al curar.

Tratamiento.- Es empírico y hasta el momento no hay medios para provenir la enfermedad.

GINGIVOSTOMATITIS ULCERONECROTICA AGUDA.
Antiguamente llamada angina de Vincent o boca de trinchera.

La gingivitis ulcerosa necrosante aguda - es más frecuente en adolescentes, es ocasionada - por higiene bucal deficiente, también puede atacar a sujetos con mala alimentación, tensión nerviosa, falta de reposo y abuso del tabaco.

Etiología.- En las lesiones clínicas de - esta enfermedad se encuentra una simbiosis de mi--croorganismos fusospiroquetarios. Predominan B. - Vincentii y F. Dentium.

Las úlceras por fusospiroquetas en la - lengua son muy dolorosas y ceden con la aplicación local de carbonato de sodio al 10 por 100.

El tratamiento se puede dividir en:

1).- Control de la etapa bacteriana.

2).- Eliminación de los factores predisponentes locales o generales.

3).- Instrucción al paciente sobre hábitos de higiene bucal.

La etapa aguda se trata combatiendo la flora microbiana por medio de lavados de boca con soluciones tibias no irritantes. Se puede usar agua oxigenada diluida a la mitad con agua simple.

ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA.- Es una enfermedad bucal común en niños y adultos jóvenes, es raro que se desarrolle antes de los seis meses de edad.

Manifestaciones clínicas. Se caracteriza por fiebre, irritabilidad, cefalea, dolor al tragar y linfadenopatía regional. A los pocos días la boca se torna dolorosa y la encía se inflama, también son afectados, lengua, labios, paladar y amígdalas. Al poco tiempo se forman vesículas amarillentas llenas de líquido, que se rompen y dejan úlceras poco profundas, irregulares y en extremo dolorosas, cubiertas de una membrana gris y rodeadas de un halo eritematoso. Curan espontáneamente de siete a catorce días.

Tratamiento.- El tratamiento no es satisfactorio, es solo de sostén y sintomático puesto que el curso de esta enfermedad es inalterable. La antibioterapia es de considerable ayuda en la prevención de la infección secundaria.

HERPES ZOSTER O ZONA.- El factor etiológico siempre es un virus *Varicellae*.

El proceso es escasamente contagioso aunque no se sabe como se realiza el contagio.

Zona lingual.- Cuando se habla de zona lingual puede tratarse de:

a).- Zona del maxilar inferior: la lesión se localiza en el cuerpo y punta de la lengua y pilar anterior del velo;

b).- Zona geniculada: la lesión se encuentra en la cara lateral de la lengua y pilar anterior;

c).- Zona glosofaríngea o espinal: la lesión se ubica en el sector lingual posterior.

Manifestaciones bucales.- Lo más típico es la dificultad para la masticación y la fonación ocasionada por la lesión de la mitad de la lengua que está tumefacta, inmovilizada y cubierta de ulceraciones.

Tratamiento.- Lavados con agua oxigenada diluida en 1.5, toques con tintura de benjuí, novocafna o xilocafna en "spray".

En caso de infección aplicación de una pomada de aureomicina al 3%.

ESTOMATITIS VESICULOPUSTULOSAS.- Impétigo.

Etiología.- Aparece en especial en los niños y está causado por el estreptococo, estafilococo o generalmente por una asociación de los dos microbios. Es contagioso y autoinoculable; El impé-

tigo se puede localizar en la mucosa bucal y originarse la estomatitis impetiginosa de Bergeron y Comby conocida también con el nombre de estomatitis anterior. Esta aparece sobre un terreno predispuesto después de un impétigo cutáneo. La infección se produce por contiguidad o simplemente por rascado.

Manifestaciones bucales.— Se observan una o varias úlceras superficiales que se recubren de una capa difteroide y que no guarden orden ninguno, después de quitada la membrana aparece una úlcera ligeramente saliente sobre una mucosa edematosa, la localización es anterior y se produce en el labio y vestíbulo, si bien puede llegar a las encías o a la parte anterior de la lengua, en las formas graves puede extenderse más atrás.

La evolución dura de quince días a tres semanas; no quedan huellas y la anamnesis permite encontrar signos cutáneos que suelen ser constantes. Esta estomatitis no es dolorosa.

Tratamiento.— Consiste en colutorios con soluciones débiles antisépticas, toques con colorantes, azul de metileno, acridina y en la prescripción de comprimidos de tirotricina.

ESTOMATITIS POR METALES

ESTOMATITIS BISMUTICA.— Las sustancias contenidas en el bismuto son absorbidas por aparato respiratorio y digestivo.

Etiología.— Exposición crónica al bismuto y sus compuestos.

Manifestaciones clínicas.- La pigmentación se presenta como una línea de "bismuto" negra azulada y delgada en encía marginal, impregnación-bismútica de los dientes, halitosis, salivación, gingivitis ulceromembranosa y estomatitis. La lengua puede estar ennegrecida, dolorosa y aumentada de tamaño.

Tratamiento.- Suspender el agente causal. La línea gingival desaparece de dos a tres meses, la higiene bucal limita la intensidad de las lesiones bucales y disminuyen a medida que el organismo elimina el exceso de bismuto.

ESTOMATITIS MERCURIAL.- Es absorbida por la piel y aparato respiratorio y digestivo.

Etiología.- Exposición crónica al mercurio y sus compuestos.

Manifestaciones clínicas.- Gingivitis esponjosa y ulcerativa, aumento en el flujo salival y sabor metálico (por la excreción de mercurio en la saliva) aumento de volumen en labios y lengua - la cual se encuentra también dolorosa, si el hueso está invadido hay pérdida de los dientes.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico, suspender todo contacto con el mercurio, insistir en medidas de higiene bucal, la anfotericina - B ha dado buenos resultados.

GLOSITIS.- Son lesiones linguales de predominio mucoso, en número considerable, agudas o crónicas, corrientes o específicas, superficiales o profundas.

GLOSITIS AGUDAS:

GLOSITIS AGUDA SUPERFICIAL.- Es la más común de las enfermedades.

Etiología.- Suele formar parte de la estomatitis aguda y es motivada por multitud de afecciones como son diversos procesos febriles, faringitis, quemaduras con alimentos demasiado calientes o picantes. Señalemos, no obstante, que en los países tropicales se encuentran glositis agudas superficiales epidémicas y estacionales.

Manifestaciones clínicas.- La lengua aparece roja brillante y a veces con pequeños abscesos puntiformes.

Tratamiento.- Se trata sintomáticamente con colutorios de manzanilla y pincelaciones con tintura de mirra y glicerina boricada.

GLOSITIS EPIDEMICA DEL SENEGAL.- Se manifiesta como placas descamativas dolorosas en el dorso de la lengua y puede acompañarse de parotiditis; es apirética y cura espontáneamente en uno o dos semanas.

GLOSITIS AGUDAS PROFUNDAS.- Son menos frecuentes, consiste en una infiltración inflamatoria difusa o circunscrita de la lengua y que además de afectar mucosa abarca también el parénquima y el tejido intersticial de la lengua.

Etiología.- Puede ser implantación directa del germen procedente de un órgano infectado o por traumatismo. Una causa es la mordedura de los

epilépticos en sus crisis, en especial si existe un angioma lingual.

La inflamación puede limitarse a una parte del órgano; absceso caliente, o extenderse a la totalidad; glositis flegmonosa.

Tratamiento.- Anti-inflamatorio y analgésicos por vía general, en caso de existir infección, administrar antibiótico y desbridamiento quirúrgico.

HEMIGLOSITIS.- Es un edema inflamatorio que evoluciona hacia la curación espontánea en unos días o a veces constituye la primera fase de un flemón lingual.

GLOSITIS CRONICAS.- Son más frecuentes y pueden ser superficiales o profundas.

GLOSITIS CRONICAS SUPERFICIALES.- La inflamación crónica de la mucosa lingual se manifiesta por lesiones crónicas que se pueden encontrar en toda la mucosa bucal, debido a la hiperqueratinización, o por lesiones que son peculiares de la lengua a causa de la existencia de papilas, que se afectan en sus prolongaciones epidérmicas (descamación) o en su propio cuerpo (despapilación).

Los principales tipos de glositis crónicas superficiales son:

Glositis distróficas dentro de las cuales se encuentra la lengua escrotal o dividida, glositis exfoliativa marginada, la glositis romboidal media y la glositis de Moeller. (nota, la lengua -

escrotal ya ha sido descrita en el capítulo de -
trastornos de desarrollo).

GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIA.- (glositis de -
Brocq y Pautrier).

Etiología.- Es una formación congénita -
que aparece en la parte media del dorso de la len-
gua, anterior al forámen ciego; Se considera como
una persistencia del tubérculo impar embrionario.

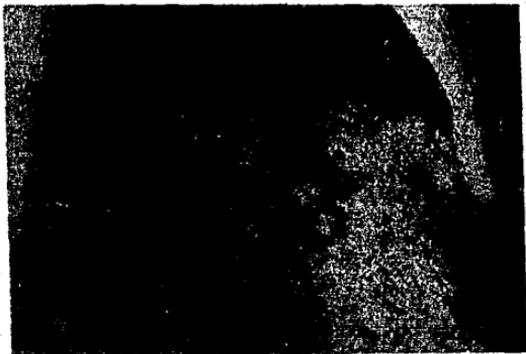
Manifestaciones clínicas.- El área está -
formada por nódulos ligeramente elevados, redondea-
dos, que son adyacentes y tienden a fusionarse; La
superficie es lisa y más oscura que el resto de la
mucosa, su mayor dimensión en dirección antero-pos-
terior. Ocasionalmente existe una fisura con nódu-
los agrupados a lo largo de sus paredes y base. -
Esta formación es benigna, no progresa ni es regre-
siva. Esta inflamación es de tipo crónico.

Tratamiento.- No está indicado ningún tra-
tamiento pero debe estimularse al paciente para -
que mantenga limpia el área, sobre todo cuando -
existen fisuras y hendiduras.

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.- (lengua geográfica)

Etiología.- Su etiología es discutida, se
ve con más frecuencia en neurópatas, en niños, en
mujeres con trastornos de la menstruación. Puede -
ser familiar y hereditaria.

Manifestaciones clínicas.- Es una lesión
benigna caracterizada por una serie de placas li-
sas de color rojo claro, con frecuencia existe un-



Vegetación de la lengua por glositis
rombica media, glositis losángica, o
en la Pautrier.



Descamación en círculos por lengua -
geográfica.

borde membranoso amarillento o blanquesino a nivel del dorso de la lengua, por lo demás normalmente áspero. Las placas representan zonas en las que las papilas filiformes se han descamado por completo, dejando una superficie lisa.

Estas placas se desplazan para extenderse la descamación de las papilas en uno de los bordes y regenerarse éste en el otro. Un ciclo aislado puede durar de dos a siete días.

Es frecuente observar las placas rojas y lisas en el dorso de la lengua que simulan mapas, en niños con fiebre ésta lesión puede persistir largo tiempo.

El trastorno cede espontáneamente, y al ir creciendo o envejeciendo el sujeto, el padecimiento se hace menor desapareciendo por completo.

Tratamiento.- La glositis migratoria benigna no requiere ningún tratamiento específico.

GLOSITIS TRIANGULAR POSTERIOR DE CHEVALLIER.- Es una placa mamelonada, lisa, roja y brillante, que forma un triángulo de punta anterior y de base formada por la parte central de la V lingual. La superficie está recubierta a veces por plaquitas, de bordes netos y poligonales. La lesión es recidivante y se debe a una enfermedad de las vías digestivas y en particular a una gastritis.

GLOSITIS DE MOELLER.- En éste síndrome, se encuentran en la cara superior de la lengua, zonas dolorosas bien delimitadas que carecen de papi

las. Estas lesiones van desde un color rojo brillante hasta rojo pálido, son sumamente dolorosas, generalmente se encuentran localizadas en la punta y los bordes de la lengua. El dolor aumenta al ingerir alimentos o líquidos calientes.

El síndrome de la glositis de Moeller se considera secundario a alguna enfermedad general, como en las primeras etapas de la anemia hipocóndrica, también se han podido descubrir orígenes - dispépticos, dentarios o diarréicos.

Los medicamentos locales sólo permiten aliviar momentáneamente el dolor.

GLOSITIS DE FONTOYNONT Y JOURDAN.- Tiene el mismo aspecto de la glositis de Moeller, se acompaña de otras localizaciones y forma parte de un síndrome epidémico leve.

GLOSITIS DE JAMIN.- Es una despapilación del dorso de la lengua y que evoluciona cíclicamente en dos a tres meses.

GLOSITIS DE HUNTER.- Sintomática de la anemia perniciosa. Esta glositis se caracteriza anatómicamente por la despapilación total, adelgazamiento del epitelio y el engrosamiento relativo de la capa córnea que deja reducido el cuerpo mucoso a un pequeño número de células.

Tratamiento.- El tratamiento es el de la enfermedad general: vitamina B₁₂, ácido fólico y extracto hepático.

GLOSITIS PAPULOSA AGUDA DE MICHELSON. - Oglisitis papuloulcerosa leve. Es una enfermedad específica, producida por un virus desconocido, contagios, afecta a los sujetos de unos treinta años.

La lesión elemental es una papula blanca, saliente que se forma de dos a tres días sobre una zona eritematosa, al cuarto día aparece un punto amarillo, al que sigue una eroción papulosa que desaparece en tres a siete días, el número de pápulas que evolucionan a la vez pueden llegar a la decena.

Esta enfermedad cura espontáneamente y no es recidivante.

SINDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL. - Está constituido por la triada:

1) lengua escrotal o plicata, 2) tumefacción de los labios, 3) parálisis facial transitoria y recidivante.

Es una entidad en la que la tumefacción periódica de los labios especialmente en primavera y otoño coincide con la parálisis facial.

La etiopatogenia de esta entidad es desconocida, aún cuando se apunta la posibilidad de que la lengua escrotal congénita facilite las infecciones y las flogosis locales faciales con edemas transitorios del acueducto de falopio o por donde discurre el nervio facial con parálisis del mismo.

LENGUA NEGRA VELLOSA. (Nigrities Linguae o Melanoglosia).

Constituye entre las enfermedades propias de la lengua la más ligada a las hipertrofias papilares. La causa fundamental del trastorno es un alargamiento de las papilas filiformes y desarrollo de un hongo que produce un pigmento negro.

Cuando las papilas filiformes alcanzan tres milímetros de longitud o más se habla de lengua vellosa anormal, se debe distinguir de la seudolengua negra; cambio de color de la capa superficial debido a frutas, dulces, medicamentos y fármacos, o de la pigmentación superficial debido a la descomposición de la sangre.

La lengua negra verdadera se debe a crecimiento excesivo de bacterias, mohos u hongos productores de pigmento, acompañado de aumento anormal de las capas superficiales del órgano.

La aparición de la lengua negra en caso de terapéutica con antibióticos, especialmente en aplicaciones orales, podría obedecer a disminución de productos de la flora bucal simbiótica normal, que inhibe el desarrollo de órganos y la formación de esporas. Además ciertos antibióticos como la aureomicina estimulan el desarrollo de las levaduras.

La lengua negra afecta en general a adultos jóvenes del sexo masculino. El paciente no suele mostrar síntomas subjetivos. En ocasiones las papilas filiformes larguísimas tocan el paladar o techo de la boca produciendo hormigueo y náuseas.

A veces se desprenden las papilas hiperplásicas, hiperqueratinizadas y coloreadas. En general esta condición es descubierta accidentalmente por el paciente.

Tratamiento.- La lengua negra vellosa es inofensiva y suele curar espontáneamente. Es necesario suspender el antibiótico causal. El paciente debe someterse a un tratamiento activo aunque sólo sea por razones psicológicas se pueden eliminar las papilas alargadas frotando con una solución acuosa al 20 X 100 de coprilato de soidio, como fungicida es muy eficaz, también se puede probar una suspensión de nistatina.

ACANTOSIS NIGRICANS.- Es una dermatosis rara.

Manifestaciones clínicas.- En su forma maligna y en su forma benigna, son esencialmente iguales.

La lengua y los labios son atacados con mayor frecuencia y en mayor grado. Hay hipertrofia de las papilas filiformes que originan una superficie afelpada y papilomatosa, en particular en las comisuras. La mucosa vestibular es afectada con menor frecuencia pero, por lo general presenta un aspecto blanco aterciopelado con algunas lesiones papilares.

Tratamiento.- No hay tratamiento.

ENFERMEDAD DE RIGA.- Aparece en los lactantes de clase pobre a partir del séptimo mes de la erupción de los incisivos inferiores temporales.

Se trata de un pequeño tumor ulcerado, situado en el frenillo de la lengua, de consistencia dura y recubierta de una membrana blancusca. Se admite el origen traumático por la linguoposición de los dientes o por la brevedad anormal del frenillo de la lengua que lo pone en contacto con los incisivos inferiores, de lo que resulta una hiperplasia epitelial con edema del tejido conjuntivo.

Tratamiento.- Puede producirse la curación espontánea y si no habrá que practicar la escisión o la extracción de los incisivos inferiores.

GLOSITIS SIFILITICAS.- Las placas mucosas de la sífilis secundaria pueden localizarse en la lengua. Asientan en la cara dorsal (indoloras) o en los bordes y en la punta (dolorosas)

Se trata de placas rojas, ovalares o circulares, secas y no erosivas, la mucosa sana forma una saliente alrededor de esas placas.

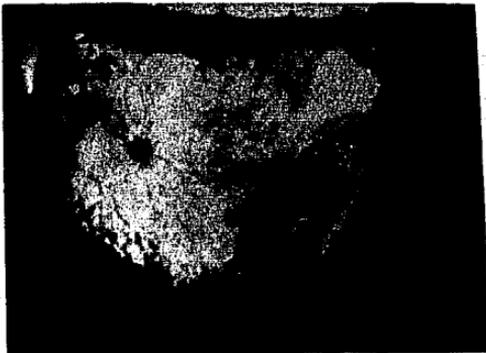
LEUCOPLASIA.- Es una capa mucosa blanca aporcelanda redondeada de uno o dos centímetros de diámetro, ligeramente prominente que asienta sobre la superficie lingual. Resulta del engrosamiento y queratinización de la capa epitelial.

Etiología.- Puede ser local; tabaco o traumatismo dentario, o general; avitaminosis A, sífilis y anemia ferropénica.

Un tercio de los casos se canceriza, por lo cual hay que considerarle como afección precancerosa.



Lengua negra vellosa, pueden observarse las papilas filiformes algo-elevadas.



Leucoplakia y sífilis asociadas por el hábito de fumar.



Liquen plano vegetante, existe despabi
lización lingual.



Liquen plano de lengua, no es fre
cuente al dibujo en red observado
en esta fotografía.

cerosa. El comienzo pasa por lo general desapercibido. En algunas partes de la mucosa se observa una coloración eritematosa, sembrada de granulaciones rojas y salientes, debido a la tumefacción de las papilas fungiformes.

Tratamiento.- Se trata eliminándolas con nieve carbónica o ditermia.

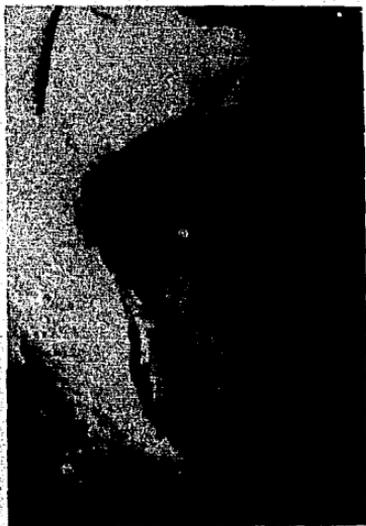
LIQUEN PLANO.- El liquen plano es una dermatosis inflamatoria. Los labios, carrillos y lengua se encuentran invadidos frecuentemente.

Las lesiones mucosas a veces van acompañadas de lesiones cutáneas. La enfermedad aparece con más frecuencia, después de la segunda década y rara vez se presenta en niños.

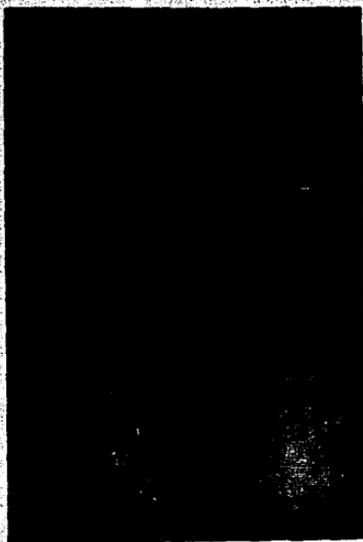
Etiología.- La causa es desconocida. Existen numerosas hipótesis acerca de su etiología, como son: fatiga nerviosa, toxémia, traumatismos y manifestaciones alérgicas.

La frecuencia es mayor en personas con baja tensión nerviosa, en general es crónica y cura espontáneamente.

Manifestaciones clínicas.- Las lesiones de la cavidad bucal se caracterizan por líneas blanco-azulosas, que forman redes en la mucosa del carrillo, lengua, labios y piso de boca. En ocasiones las lesiones mucosas pueden constituir placas densas nodulares, difíciles de distinguir de una leucoplasia, a menudo se le denomina liquen plano hipertrófico.



Liquen plano queratótico.
Se observa en el dorso -
una pequeña lesión hiper
queratótica.



Erocciones consecutivas a
vesicular rotas provoca-
das por el virus del go-
ma.

Otro tipo común es conocido, como liquen-erosivo, muestra una apariencia granular rojiza y se producen hemorragias con el más ligero traumatismo.

Tratamiento.- Es muy variable y parece ser de carácter empírico los compuestos arsenicales o mercuriales parecen ser de algún beneficio en determinadas circunstancias, sin embargo se obtiene más éxito con la eliminación de los factores irritantes y de los alérgenos. También se ha tratado satisfactoriamente con vitamina A.

VARIEDAD NO EROSIVA DE LIQUEN PLANO.- No presenta síntomas o muy pocos.

Manifestaciones clínicas.- En el borde de la lengua las lesiones son de tipo lineal, las de la cara superior son placas de forma geométrica, éstas últimas no afectan los movimientos de éste órgano y en general no hay atrofia de papilas filiformes. No es raro encontrar una gran placa central en la lengua. En la mayoría de los casos las lesiones linguales son de color más púrpura.

Tratamiento.- Se recomienda el empleo de tranquilizantes y sedantes leves, como los barbitúricos, aunque en general la terapéutica medicamentosa es ineficaz.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA GENERAL.

GOMAS PROFUNDOS O SUPERFICIALES DEL PARENQUIMA LINGUAL.- Son de origen específico, tuberculoso o sifilítico, de evolución lenta. Pasan sucesivamente por una fase de crudeza y otra de fluc-

tuación, para ulcerarse finalmente.

Se presentan en forma de uno o varios nódulos, encajados a diferentes profundidades, cuyo diagnóstico sólo puede efectuarse en función de contexto clínico.

Si el goma se abre el diagnóstico no admite dudas; la abertura se produce en uno o dos años en los gomas tuberculosos y solo en unos meses en los gomas sifilíticos.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA LOCAL.- Son traumáticas y casi siempre de origen dentario.

GLOSITIS DENTARIA.- La lesión pasa por tres fases:

Fase eritematosa;

Fase nodular;

Fase ulcerosa; En esta fase, la lesión es irregular anfractuosa, sangrante y de bordes indurados puede simular un epiteloma.

C) ALERGIAS POR FARMACOS

La alergia por fármacos es una alteración específica producida por la exposición previa a una sustancia, dando una respuesta inmediata o tardía. Estas respuestas pueden ser erupciones cutáneas, edema de los cornetes nasales y otras reacciones leves hasta una reacción que ponga en peligro la vida; como una anafilaxia intensa.

GLOSITIS VENENATA.- La reacción principal

a los alérgenos se observa en la lengua.

Etiología.- Reacción alérgica.

Manifestaciones clínicas.- Va desde una inflamación leve a un edema de tipo angionurótico, se presenta dificultad para hablar y tragar. Puede estar limitada a una área más o menos pequeña de la lengua, o puede caracterizarse por un aumento de tamaño, enrojecimiento, y en ocasiones presencia de vesículas.

Tratamiento.- Por la dificultad que hay al comer y tragar, debe emplearse una terapéutica de sostén para mantener los niveles de hidratación y nutrición. También eliminar el medio ambiente del agente causal y el uso de antihistamínicos por las vías orales y parenteral.

ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA.- Son alergias que aparecen por la administración de drogas por cualquier vía.

La gravedad de las lesiones varía después de la dosis inicial sensibilizante.

Etiología.- Reacción alérgica a drogas.

Manifestaciones clínicas.- Se pueden presentar diversos signos y síntomas, pero no se presentan al mismo tiempo en un paciente, se observan en varios grados o combinaciones. Las manifestaciones más importantes son: fiebre, dermatitis, urticaria, eritema, artritis, agranulocitosis, anemia, trombocitopenia, dermatitis exfoliativa, periadentitis, anafilaxia y estomatitis.

Los síntomas comunes se caracterizan por lesiones ulceradas recurrentes, vesiculares y superficiales. Las úlceras están cubiertas por una membrana grisácea y el tejido adyacente es hiperémico. Las infecciones secundarias son frecuentes y puede estar afectada la cavidad bucal.

Tratamiento.- Localización y supresión de la droga que ha sido el agente causal, administración de antihistamínicos y enjuagatorios bucales con soluciones antisépticas.

ESTREPTOMICINA.- La administración de estreptomina puede acompañarse de erupción medicamentosa o dermatitis y parestesia circunbucal.

La administración prolongada de este fármaco produce cambios degenerativos del nervio auditivo y una variedad grave de estomatitis erosiva. Se ha observado edema de labios y úlceras superficiales de la mucosa labial y de la lengua. Estos síntomas pueden aparecer algún tiempo después de suspendida la terapéutica con estreptomina.

ACTINOMICINA D.- Este antibiótico se aplica por vía intravenosa durante cinco a diez días para tratamiento de cáncer avanzado. Casi 20 por 100 de los pacientes experimentan úlceras de la lengua, del piso de la boca o del paladar blando. Las úlceras persistieron de cuatro a diecisiete días.

Tratamiento.- Trociscos anestésicos para aliviar el dolor. Al suprimir el fármaco cicatrizan pronto las lesiones.

D) MANIFESTACIONES BUCALES POR INTOXICACION DE ALI- MENTOS.

BOTULISMO.- La lengua se presenta con una superficie áspera y peculiarmente seca. Dificultades en: deglución, fonación y respiración.

ENFERMEDAD DE LA LECHE.- En el hombre la ingestión de productos lácteos y animales intoxicados, la lengua adquiere un color rojo oscuro y es temblorosa.

E) DEFICIENCIA DE VITAMINAS.

DEFICIENCIA DE TIAMINA.- La vitamina B₁ es necesaria para el funcionamiento del sistema y tejido nervioso, sistema cardiovascular, el crecimiento y digestión.

Manifestaciones clínicas.- El beriberi es el síndrome clínico principal en relación con deficiencia de tiamina. Se presentan neuritis múltiple y alteraciones cardiovasculares, la lengua se encuentra engrosada, roja y edematosa, con márgenes dentados que corresponden a las superficies linguales de los dientes, las papilas fungiformes se encuentran agrandadas, edematosas e hiperémicas, generalmente no se siente dolor en la lengua.

Tratamiento.- Administración de tiamina por vía bucal o parenteral, durante varios meses y dieta balanceada.

DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA.- Vitamina B₂.

Manifestaciones clínicas.- La lengua es de color rojo violáceo, las papilas fungiformes -

son prominentes, edematosas y tienen forma de hongo, y un aspecto granular en el dorso de la lengua. El paciente se queja de sensación de quemadura leve en la lengua y en la mucosa bucal. En casos avanzados la lengua es lisa y brillante debido a la atrofia completa de todas las papilas.

Tratamiento.- La administración de riboflavina adicionada a una dieta adecuada suele dar por resultado la regresión de las manifestaciones bucales de vitamina B₂.

DEFICIENCIA DE ACIDO NICOTINICO.- El ácido nicotínico es un componente de todos los sistemas celulares respiratorios enzimáticos.

Manifestaciones clínicas.- La lengua se encuentra roja y edematosa y no hay papilas, lo que da por resultado una lengua de aspecto liso, los labios se encuentran secos y costrados y sangran fácilmente, son frecuentes las infecciones secundarias.

Tratamiento.- Enjuagatorios antisépticos, higiene bucal y dieta en forma adecuada y dosis suplementarias de ácido nicotínico.

DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO.- Se caracteriza en el hombre por glositis, diarrea y anemias, hay hinchazón y engrosamiento de la punta y bordes laterales del dorso lingual, desapareciendo las papilas filiformes y las fungiformes quedan como puntos protuberantes, pero en casos avanzados estos últimos desaparecen y la lengua se torna lisa y de color rojo intenso.

F) MANIFESTACIONES BUCALES DE LAS ENFERMEDADES SANGUINEAS.

Quando se observen síntomas bucales que sugieren discracias sanguíneas debe consultarse al médico de cabecera y guiarse de la decisión de este para el tratamiento dental.

ANEMIA.- Se le denomina así a una reducción de la cantidad normal de hemoglobina circulante, o a la disminución en el recuento de eritrocitos.

Las anemias pueden ser: 1) Por pérdida de sangre (post-hemorragia), 2) Por la disminución de la producción sanguínea (no regenerativa), 3) Por aumento en la destrucción de la sangre (hemolítica).

Las primeras se dividen en agudas y crónicas. La aguda es debida a la pérdida rápida de grandes cantidades de sangre. La anemia crónica por la constante y repetida pérdida de sangre.

ANEMIA CRONICA.- La hemorragia puede ser por cáncer en el tubo digestivo, úlcera gástrica, enfermedades hepáticas o diversos padecimientos graves.

Manifestaciones clínicas.- Hay pérdida de sangre en la cavidad bucal la cual varía según la intensidad de la anemia, la lengua puede estar lisa y atrófica y, a veces presentar una tendencia aumentada en el desarrollo de las infecciones bucales.

Tratamiento.- Eliminación de la causa fundamental que produce la pérdida de sangre y administración de una dieta rica en proteínas, con un suplemento de vitaminas de hierro en forma de sulfato ferroso u otras sales férricas tolerables.

POLICITEMIA.- Es el aumento del número de eritrocitos.

Etiología.- Se observa aumento temporal de eritrocitos en la deshidratación, cardiopatías congénitas o adquiridas y enfisema. La verdadera policitemia se acompaña de un aumento de eritrocitos y es de etiología desconocida.

Manifestaciones clínicas.- Son frecuentes las hemorragias de la piel y de las manos.

Manifestaciones bucales.- La lengua, mucosa bucal y las encías presentan una coloración que varía de rojo violáceo y petequias y tienen tendencia a sangrar con el menor traumatismo, después de una extracción dentaria se puede presentar hemorragia intensa y prolongada.

Tratamiento.- Disminuir el volumen sanguíneo, las venisecciones frecuentes producen una mejoría moderada, también se ha usado el fósforo radiactivo y la trietilenmelamina.

ANEMIA DE ADDISON Y DE BIERN.- (conocida como anemia perniciosa o sea gravemente perniciosa).

Etiología.- Deficiencia del factor extrínseco o factor antianémico que supuestamente es la vitamina B₁₂.

Manifestaciones linguales.- Son los signos y síntomas más frecuentes de esta anemia, primero se encuentra una glositis dolorosa de color rojo intenso, dificultades de deglución. En los casos graves disminuyen todas las papilas, perdiéndose en parte el tono muscular, la lengua se vuelve lisa, hay sensación de rigidez y es pálida.

Tratamiento.- Cobalamina, vitamina B₁₂, extracto hepático, los síntomas dolorosos no se lo gran aliviar.

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.- Se debe como su nombre lo dice por deficiencia de hierro.

Manifestaciones clínicas.- Palidez de la mucosa bucal, lengua roja dolorosa, atrofia papilar y muscular.

Tratamiento.- Sales de hierro, dieta adecuada.

G) TRAUMATISMOS FISICOS, QUIMICOS Y MECANICOS.

ULCERA TRAUMATICA DE LA MUCOSA BUCAL.- La lengua se lesiona con frecuencia al interponerse entre los dientes durante caídas, peleas, ataques epilépticos, mordeduras accidentales, irritaciones por prótesis y por el cepillado, o quemadura por alimentos muy calientes, tales traumatismos suelen ocasionar úlceras muy dolorosas que desaparecen en



Úlcera traumática del borde lingual.
En su porción media provocada por una
pieza dentaria.



Úlcera traumática del borde lingual
izquierdo. Provocado por una pieza -
dentaria desviada y fracturada.

pocos días. Estas úlceras se asemejan bastante -- al carcinoma.

Tratamiento.- El alimento debe administrarse en forma líquida y sin calentar en algunas ocasiones, a veces se necesitará de una sonda para alimentar a los niños pequeños.

TRAUMATISMOS PRODUCIDOS POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN BOCA.- Son aquellos en los que se lesiona la lengua con las pinzas o elevadores.- En general estas heridas sanan pronto por la circulación lingual.

Tratamiento.- Las heridas en lengua siempre deben suturarse, las cuales pueden colocarse de manera invertida, con los nudos ocultos, de modo que tengan menos tendencia a desatarse con los movimientos constantes de la lengua, se le ordenará al paciente lavados bucales. Debe administrarse penicilina diariamente, durante tres o cuatro días.

IRRADIACION LASER.- Dirigida hacia tejidos blandos, esta radiación tiene capacidad para producir la ulceración inespecífica del epitelio con inflamación purulenta aguda.

Taylor observó esto al dirigir el rayo a la lengua de animales de experimentación.

QUEMADURA ELECTRICA.- Estas quemaduras suelen ocasionar destrucción y necrosis de cantidades apreciables de tejidos.

Etiología.- Generalmente por accidente en el cual el paciente mástica un cable destruyendo - el aislante y queda en contacto con los alambres, - o bien por personas que acostumbran tocar con la - lengua los polos de las pilas para saber si están - cargadas, etc.

H) FORMACIONES NORMALES CONFUNDIDAS CON ESTADOS - PATOLOGICOS.

VARICES LINGUALES.- Las venas del piso de la boca y de la lengua están superficial y profundamente. Las venas de la superficie inferior de la lengua pueden ser grandes, tortuosas, a veces vari-
cosas.

Las varices de las venas raninas lingua-
les son relativamente comunes, se presentan como - racimos rojos o violetas, en la superficie ventral y los bordes laterales de la lengua, así, como en-
piso de la boca.

Cuando las venas superficiales del piso - de la boca son prominentes se confunden con hema-
ngioma o ránula, no se presentan síntomas, se pre-
senta bilateral y simétricamente. Las venas sub-
linguales son particularmente prominentes en los -
pacientes edéntulos que no usan dentaduras y por -
lo tanto son menos aptos para masticar alimentos -
por lo que hay menor ejercicio de la lengua y hay-
estasis sanguínea en estos vasos.

Tratamiento.- No hay tratamiento, solo -
convencer al paciente de que es una reacción benigna, está contraindicada la biopsia.

PAPILAS PROMINENTES DE LOS CONDUCTOS DE WHARTON Y STENON.- En los conductos de Wharton y Stenon se encuentran pequeñas papilas. El conducto de Wharton esta situado al lado del frenillo lingual y el de Stenon en la mucosa del carrillo opuesto a las coronas de los segundos molares permanentes.

Manifestaciones clínicas.- En variaciones normales se observó que estas papilas son voluminosas y prominentes, y se han interpretado como alteraciones patológicas (generalmente como tumor).

Debe conocerse la situación de estos conductos, se seca el área con una esponja y después se ve el flujo de saliva por los orificios. El color de la papila es semejante a uno de los tejidos que la rodean.

Tratamiento.- No está indicado ningún tratamiento.

AMIGDALA LINGUAL.- Las amígdalas linguales están colocadas en la base de la lengua y, en ocasiones, a lo largo de sus bordes, principalmente cerca del hueso es donde se localiza, en este último pueden confundirse con una alteración patológica, sobretodo cuando son persistentes, hipertróficas o cuando se observan en gente joven.

Tratamiento.- No está indicado ningún tratamiento, pero si el aspecto clínico no es típico y existe duda respecto a la naturaleza del tejido, debe hacerse una biopsia para un estudio histológico.



Vegetación de lengua por papilomatosis oral.
No es histológicamente un carcinoma, pero -
clínicamente se trata de una lesión destruc-
tiva. No da adenopatías.



Carcinoma irradiado

GLANDULA SUBLINGUAL PROMINENTE.- Puede ser muy prominente sobre todo cuando se eleva la lengua o se proyecta hacia adelante y puede ser interpretada como un lipoma u otro tumor.

Tratamiento.- No está indicado ningún tratamiento, no debe hacerse biopsia ni extirparla.

TIROIDES LINGUAL.- Es raro observar en la parte posterior y lateral de la lengua un pequeño nódulo que asemeja una amígdala lingual. Estos nódulos son remanentes del conducto tirogloso.

Tratamiento.- No lo hay, solo que el área sea constantemente traumatizada, lo que da por resultado inflamación y dolor.

1) MANIFESTACIONES LINGUALES SECUNDARIAS DE ENFERMEDADES FEBRILES.

Dentro de estas lesiones se encuentra la lengua geográfica (la cual fue descrita en la glositis), la lengua saburral, sequedad bucal y lengua roja denudada.

LENGUA SABURRAL.- Es un aumento de la capa de revestimiento normal del dorso de la lengua constituida por descamación de células epiteliales leucocitos, mucus, microorganismos y alimentos. Es de color blanco, amarillo o castaño. Puede desprenderse en forma de colgajo o rasparse con una espátula roma.

Si la capa blanquesina se encuentra en la parte posterior es normal, y si se localiza en la porción anterior de la lengua es patológica, esta-

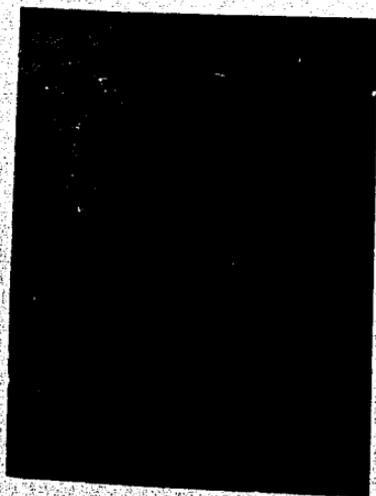
última es más gruesa y contiene más bacterias u hongos.

La lengua saburral se observa en los casos en que falta el arrastre mecánico del revestimiento por falta de masticación o salivación, tal como sucede en las enfermedades febriles, deshidratación, operaciones, uremia, peritonitis, en respiradores bucales y en enfermedades del aparato digestivo. En ocasiones la saburra cubre la lengua vellosa y se le llama lengua blanca vellosa.

SEQUEDAD BUCAL.- Llamada también xerostomía (hiposecreción salival). Además de la sequedad existe una sensación de ardor especialmente a nivel de la lengua. No es una enfermedad pero debe considerarse por su frecuencia. Puede constituir una manifestación de deshidratación intracelular que se presenta en enfermedades graves tales como estados sépticos febriles con sudoración profusa, en la uremia, por escasa ingestión de líquidos, por procesos que afectan directamente las glándulas salivales, por medicamentos, hipovitaminosis, por alcoholismo, etc.

Tratamiento.- Aparte del tratamiento de las causas sintomáticas, resulta útil que el enfermo succione limón.

LENGUA ROJA DENUDADA.- Cuando las papilas filiformes de la lengua de madroño o de la saburral se desprenden y las fungiformes permanecen elevadas por encima de la superficie lisa denudada de la lengua, al trastorno se denomina lengua roja aframbuesada. Se observa con frecuencia en los estadios tardíos de los procesos febriles y hacia el sexto o séptimo días de la escarlatina.



LENGUA SABURRAL

Cuando la lengua adquiere un aspecto denudado granuloso es por que las papilas se aplanan y edematizan, pero no se atrofian ni descaman. Este color rojo púrpura característico, se observan las huellas de las piezas dentarias. Cuando quedan denudados los bordes de la lengua se tiene una sensación dolorosa, es frecuente la fisuración.

CAPITULO VI

E N F E R M E D A D E S G E N E R A L E S

MONILIASIS.- Es una forma de estomatitis en niños y adultos.

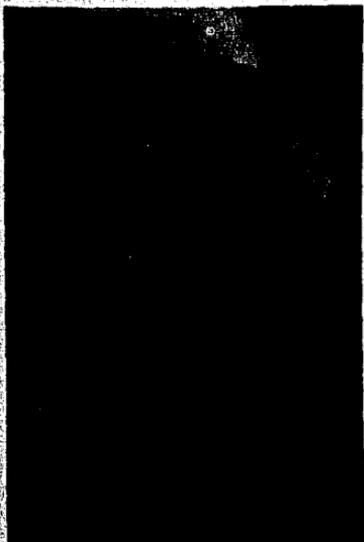
Etiología.- Es debida a un hongo semejante a las levaduras llamado "Candida Albicans".

Manifestaciones clínicas.- La enfermedad aparece en todas las edades, pero se observa con más frecuencia en niños y adultos débiles. Las lesiones bucales producen dolor, aparecen en los márgenes de la lengua y en los carrillos pudiendo diseminarse en toda la mucosa bucal. La lesión está cubierta por una membrana adherente blanca o gris y al desprenderse deja una superficie sangrante.

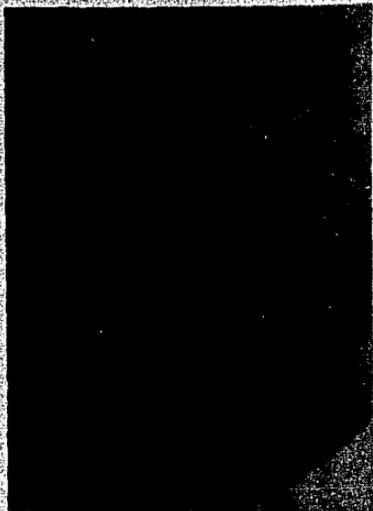
Tratamiento.- Higiene bucal en forma adecuada, uso de colutorios ligeramente antisépticos con una aplicación tópica de violeta de genciana.- En los individuos debilitados; son importantes la alimentación adecuada y descanso.

TUBERCULOSIS.- Puede aparecer en cualquier sitio de la cavidad bucal pero son más frecuentes en lengua, seguida en paladar, labios, encías y frenillos.

Etiología.- El agente etiológico es el "Mycobacterium Tuberculosis" las lesiones bucales pueden ser secundarias a la tuberculosis pulmonar, aunque en muchos casos representa la lesión primaria sin que haya pruebas de invasión pulmonar. Los



Candidiasis crónica lingual.
Observese la pseudomembrana
blanquesina en su superficie
que caracteriza a la monilia
sis.



Úlcera tuberculosa atípica..
En los dos tercios posterio-
res de sustancia y en la pun-
ta un provable goma. Las pa-
pilas están hipertrofiadas.

dientes cariados son importantes vías de entrada - en desarrollo de las lesiones bucales primarias.

Manifestaciones clínicas.- Las lesiones - principales se producen en la lengua, son muy dolorosas, circulares u oval, con una película que varía de amarillo a gris en la superficie. Los bordes de la lesión son ligeramente elevados y la úlcera puede tener una costra. Suele observarse la - invasión de ganglios cervicales.

También pueden desarrollarse úlceras en - encías, carrillos y piso de la boca.

Son factores predisponentes importantes:- una nutrición deficiente, un ejercicio agotador, - las enfermedades generales que debilitan al paciente y ciertas enfermedades respiratorias.

Tratamiento.- El empleo de fármacos anti-tuberculosos, la quimioterapia y la antibioterapia a base de estreptomina, ácido paraaminosalicílico (PAS) y ácido isonicotínico, también está indicado reposo y buena alimentación. Si el diagnóstico fue temprano las lesiones primarias pueden extirparse quirúrgicamente.

Las lesiones bucales deben tratarse sintomáticamente, y el paciente ha de observar estricta higiene bucal, para evitar la diseminación de la - enfermedad.

SIFILIS.- Es una enfermedad crónica infecciosa granulomatosa.

Etiología.- El agente etiológico es la espiroqueta o treponema pálido. La enfermedad puede ser congénita o adquirida, puede estar afectado cualquier sistema, incluyendo la cavidad bucal. Esta enfermedad puede ser transmitida por contacto directo y en el tipo congénito a través de la circulación placentaria.

Manifestaciones clínicas.- La forma adquirida de sífilis se divide en tres fases clínicas, no siempre reconocibles.

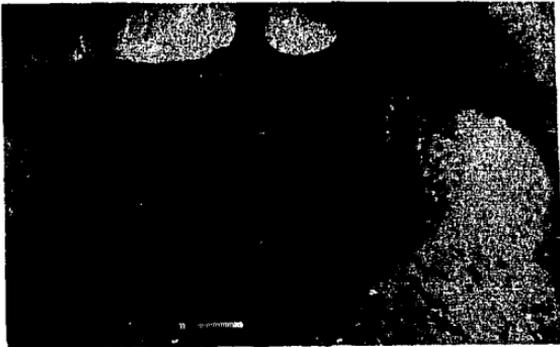
La lesión inicial es el chancro que generalmente aparece en los genitales y puede haber lesiones en labios, cavidad bucal, dedos y otros lugares de entrada de la espiroqueta.

El goma es la lesión localizada de la sífilis terciaria, aparece con mayor frecuencia en boca, lengua, paladar blando y duro, y amígdalas. Es de consistencia dura, semejante al caucho, y en las primeras etapas se observa como una lesión lisa, brillante y tensa, poco después aparece una ulceración con necrosis central.

El tipo segundo y más común de reacción en la sífilis terciaria es una respuesta inflamatoria difusa crónica de los diversos tejidos y órganos. Se desarrolla glositis sífilítica intersticial con pérdida de las papilas, y en el dorso de la lengua adquiere un aspecto atrófico, liso y brillante y se observan áreas blancas. La transformación carcinomatosa es frecuente en individuos con glositis sífilítica.



Chancro sifilítico de la lengua. Erosión central, rodeado de un marco inflamatorio base indurada, no hay dolor



Sífilis secundaria de la lengua. A veces se observan en esta etapa surcos linguales con bordes inflamados, en ocasiones despapilación.

Tratamiento.- El tratamiento de elección para la sífilis son dosis masivas de penicilina, - debe vigilarse al paciente clínica y serológicamente por un período no menor de dos años.

ESCARLATINA.- **Etiología.**- Es provocada por el estreptococo hemolítico del grupo A (Streptococo piogenes).

Manifestaciones bucales.- La lengua al principio es grande edematosa, sus bordes rojos se despapilan y el centro aparece cubierto de saburra la cual se elimina a los pocos días observándose totalmente roja la lengua, se le ve desprovista de papilas y solo desaparecen las filiformes persistiendo las fungiformes y se observan como una peca o frufilla.

VIRUELA.- Es una enfermedad febril altamente contagiosa.

Etiología.- Es un virus.

Manifestaciones clínicas.- Su comienzo es repentino y se presentan erupciones cutáneas y pasan a través de varias etapas, primero es una mácula la cual cambia a pápula, vesículas y pústulas.- La lengua está aumentada de volumen e inflamada, - a este estado se le llama específicamente glositis varilosa. Cuando sanan las lesiones bucales se observa la cicatriz característica de las lesiones de la piel.

Tratamiento.- El tratamiento de las lesiones bucales es la prevención de las infecciones secundarias y una terapéutica de sostén como son en-

juagatorios, antisépticos y dieta líquida. La vacuna de la viruela resulta control efectivo de esta enfermedad.

DIABETES.- Existen muchos síntomas y signos inespecíficos que hacen pensar en diabetes principalmente en pacientes no diagnosticados o no controlados.

El paciente puede sufrir una sensación de sequedad y ardor en la lengua con hipertrofia e hiperemia de las papilas fungiformes. Los músculos de la lengua suelen ser fofos, es común observar depresiones en los bordes del órgano, a nivel de los puntos de contacto con los dientes.

En la diabetes controlada no existen lesiones gingivales o periodontales características.

Tratamiento.- No deben utilizarse antisépticos potentes para tratar las lesiones de mucosa bucal en los diabéticos; se evitará la aplicación de antisépticos que contienen yodo, fenol, o ácido salicílico. Administrar complejo "B". Dieta adecuada.

LEPRA.- La lepra es un granuloma infeccioso poco contagioso, producido por *Mycobacterium leprae*. La enfermedad suele encontrarse en climas tropicales.

Manifestaciones clínicas.- Se caracteriza por destrucción tisular lenta, pero progresiva, consecuencia de la infiltración granulomatosa, que ocasiona grandes deformidades, úlceras y anestesia en la zona afectada.

Manifestaciones bucales.- Las lesiones bucales de la lepra nodular consisten en pequeñas masas tumorales, llamadas lepromas, los cuales se predisponen simétricamente en la cara dorsal y a cada lado de la línea media de la lengua las cuales pueden ulcerarse. La lengua muestra pliegues profundos y más tarde deformidad cicatrizal, muchas veces estas lesiones se acompañan de leucoplasia, la lengua se ve agrandada en su totalidad y se ulcera dificultando la alimentación, no se afecta el sentido del gusto, a veces no existen lesiones visibles, solo durante el examen histológico pueden apreciarse.

Tratamiento.- Los derivados de sulfonas se administran en el tratamiento de la lepra. Con Promín, Disona y Promizol, se logró curar lesiones de mucosa bucal y mejorar el bienestar del enfermo.

ESTOMATITIS EPIDÉMICA O FIEBRE AFTOSA.- Es una enfermedad por virus altamente contagiosa transmitida al hombre por el ganado, cerdos, ovejas y cabras.

Manifestaciones clínicas.- En la cavidad bucal se observa principalmente en lengua, son múltiples vesículas pequeñas, también se presentan en labios y cavidad bucal. La ruptura de las vesículas originan numerosas úlceras pequeñas y hemorrágicas, que tienden a infectarse.

Tratamiento.- La enfermedad cura espontáneamente y no necesita tratamiento específico.

GRANULOMA INGUINAL.- Es una enfermedad de piel y tejidos subcutáneos.

Etiología.- Se cree que el agente etiológico es *Denovonia Granulomatis*, aún cuando no se llenan los postulados de Koch.

Manifestaciones clínicas.- La mayoría de las lesiones que son de naturaleza granulomatosa se localizan en los genitales externos, cuando se presentan bucalmente se localizan en labios, mucosa bucal, faringe, encía, lengua y amígdalas. Las lesiones bucales se deben posiblemente a autoinoculación o diseminación hematológica. Son úlceras profundas de forma irregular y sucia si no se trata - la úlcera es progresiva.

Tratamiento.- Antibióticos de amplio espectro, estreptomina, debe vigilarse al paciente por lo menos durante un año para evitar las recidivas. Las manifestaciones bucales deben tratarse con enjuagatorios antisépticos.

BLASTOMICOSIS.- Es una enfermedad crónica poco común debida a un hongo de una levadura, *Blastomyces*. Puede afectar cualquier órgano del cuerpo especialmente pulmones, piel y en ocasiones la mucosa bucal.

Las lesiones bucales son zonas ulceradas-eritematosas de aspecto granuloso. En ocasiones se observan pequeñas manchas rojas o amarillentas, seguidamente son afectados paladar y lengua.

Tratamiento.- La anfotericina B en forma de pomada al 2 por 100 es la terapéutica de elección.

HISTOPLASMOSIS.- Es una enfermedad infecciosa de zonas tropicales provocada por un hongo llamado "Histoplasma Capsulatum". Es considerada como una enfermedad inflamatoria del sistema retículo endotelial.

Manifestaciones bucales.- Se ven en especial en la histoplasmosis generalizada crónica y en la leucofaringea solitaria. Los pacientes son por lo general desdentados o les falta muchas piezas dentarias como consecuencia de las lesiones periodontales provocadas por la enfermedad, presentan sialorrea intensa y aliento fétido.

Manifestaciones linguales.- Es muy frecuente la macroglosia, la lengua está aumentada en todos sus diámetros. Coincide muchas veces con una ulceración medio lingual longitudinal que adopta un aspecto lineal a manera de canal con la superficie lisa, otra lesión característica de la histoplasmosis en lengua es la constituida por pequeñas lesiones blancas que salpican la mucosa, son poco elevadas y recuerdan a las de la moniliasis, aunque penetran en el espesor de la mucosa, ofrecen el aspecto de pequeñas necrobiosis blanquesinas que no se desprenden con facilidad.

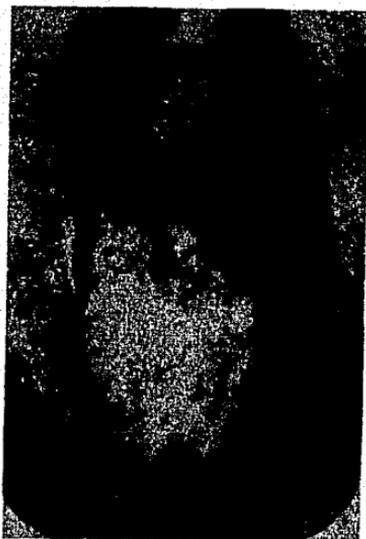
Tratamiento.- Inyecciones de nistatina dentro y alrededor de los nódulos.

ESTOMATITIS PSEUDOMEMBRANOSA.- Estas estomatitis son muy raras.

Etiología.- Es producida por el vacilo de la difteria, su evolución y pronóstico guardan relación con los de la difteria.



Escarlatina. Lengua adematosa con bordes rojos despapilados y centro saburral.



Histoplasmosis. Macroglosia y nódulo que recuerda una glositis media losáncica.

Manifestaciones clínicas.- Se caracteriza por la existencia de falsas membranas blanquecinas o amarillas, de consistencia dura, muy adheridas a la mucosa, que puede estar ulcerada y sangrante, - la falsa membrana es una película más o menos gruesa y coherente que no se disocia en el agua, su reproducción es muy rápida después de haberla quitado.

Las lesiones se encuentran en la lengua, - carrillos y labios.

Tratamiento.- Exámenes de laboratorio, - operación inmediata de seroterapia y administración de antibióticos.

ESCLERODERMIA.- Es una enfermedad dermatológica de etiología desconocida.

Manifestaciones clínicas.- La lengua, paladar blando y faringe son las estructuras más afectadas. Al edema leve temprano de estas estructuras sigue gradualmente la atrofia e induración de los tejidos mucosos y musculares.

La lengua se torna rígida causando dificultad en la fonación y deglución. También se presenta disfagia, sensación de asfixia, incapacidad para abrir y cerrar la boca y dificultad para respirar.

PENFIGOIDE AMPOLLAR.- Es una enfermedad que difiere del pénfigo vulgar pero que tiene muchas características en común con el penfigoide - - benigno.

Manifestaciones bucales.- Estas lesiones se describen como vesículas y zonas de erosión y ulceración. Estas lesiones aparecen en región gingival y piso de la boca.

Tratamiento.- Administración de corticosteroides por vía sistémica.

DISQUERATOSIS CONGENITA.- Es una genodermatosis conocida, pero rara, que posiblemente se hereda como característica recesiva y casi todos los casos fueron comunicados en varones, la importancia del síndrome recide en elevada frecuencia de cáncer bucal que existe en jóvenes adultos afectados.

Las lesiones bucales se presentan entre cinco y catorce años de edad, aparecen como vesículas y ulceraciones difusas distribuidas seguidas por acumulación de placas blancas y de epitelio necrótico y a veces una infección moniliásica sobrecargada, las ulceraciones son recidivantes y las lesiones mucosas rosas.

QUERATOSIS FOLICULAR.- Es una genodermatosis transmitida como carácter dominante autosómico. Sin embargo muchos casos se presentan como mutaciones nuevas.

Las lesiones bucales se encuentran con más frecuencia en lengua, encía y paladar, se presentan como minúsculas pápulas blanquecinas que se persiven ásperas a la palpación.

Tratamiento.- No hay tratamiento para la enfermedad.

PITIRIASIS ROSADA.- Las lesiones de la mucosa bucal se producen con cierta frecuencia, aparecen en conmitancia con las manifestaciones cutáneas o después de ellas, son prominentes en la fase más grave, las lesiones aparecen en la mucosa vestibular, lengua y paladar, se presentan como máculas eritematosas con una zona central de descamación grisácea.

Las lesiones son únicas o múltiples y a veces un borde elevado, el tamaño varía de unos milímetros a uno o dos centímetros de diámetro.

Tratamiento.- No necesita tratamiento, cura espontáneamente e invariablemente experimenta una remisión rápida.

PAQUIONIQUIA CONGENITA.- Es una enfermedad rara y familiar caracterizada por una variedad de anomalías cutáneas y mucosas.

Manifestaciones bucales.- Consiste en engrosamiento opaco blanco, focal o generalizado de la mucosa que abarca la zona vestibular, lingual y labial. Estas lesiones no deben ser confundidas con líquen plano.

Tratamiento.- No hay tratamiento.

ENFERMEDAD DE PIES Y BOCA.- Es una infección viral que raras ocasiones afecta al hombre.

La enfermedad se manifiesta clínicamente por fiebre, náuseas, vómitos, malestar general y aparición de lesiones ulcerativas en mucosa bucal y faringe.

Las lesiones de la mucosa bucal pueden - distinguirse en cualquier sitio, aunque los labios, lengua, paladar y faringe son los más afectados, - aparecen como pequeñas vesículas que se rompen rápidamente, pero por lo común cicatrizan en dos semanas.

SINDROME DE DAWN.- En personas con trisomía 21 la lengua se observa de tamaño mayor que el normal, fisurada o escrotal, los surcos son transversales sobretodo cuando la lengua está en protrusión máxima.

La lengua se observa que estando en reposo relativo y la boca abierta, los bordes linguales rebasan las caras masticatorias de los molares con lo que se puede establecer el grado de macroglosia que existe.

La forma de la lengua en este síndrome es redondeado o roma en la punta y no termina desvaneciéndose como en las personas no afectadas, su superficie es áspera y las papilas más separadas entre sí que lo normal.

La falta de desarrollo del maxilar contri- buye al aspecto de la boca abierta y lengua en protrusión.

GLOSODINIA-GLOSOPIROISIS.- Lengua dolorosa o ardorosa, puede constituir, una manifestación temprana, en general inespecífica, de un trastorno general; puede ser también de origen local o psicógeno. En glosodinia se acompaña frecuentemente de sequedad de la boca.

Los pacientes con lengua dolorosa se pueden dividir en dos grupos, según el resultado del examen de la cavidad bucal.

En el primer grupo el dolor o ardor de lengua corresponden a cambios clínicos observables de este órgano, y en el segundo grupo, estos síntomas no se acompañan de cambios clínicos reconocibles.

Dolor o ardor de lengua con cambios clínicos observables: el porcentaje no pasa de 25 X 100 los síntomas pueden ser de origen local, general o mixto. Pueden corresponder a varias enfermedades generales, como deficiencia nutricional de complejo B, anemia perniciosa, anemia por carencia de hierro, diabetes no diagnosticada o deficiencia gonadal. Los factores irritantes locales pueden corresponder a costumbres particulares, disposición irregular de los dientes inferiores, a veces con grandes depósitos calcáreos, prótesis o aparatos ortodónticos, medicamentos, pastas dentífricas, en algunas mujeres por alergia a algunos productos de belleza.

Deben buscarse cuidadosamente factores irritativos locales, ya que la supresión de estos factores permite suprimir los síntomas.

Lengua ardorosa o dolorosa sin cambios clínicos observables: El porcentaje es mayor que el anterior, se presenta entre los cuarenta y setenta años de edad principalmente en mujeres postmenopausicas, el dolor puede constituir de algo que se encuentra reprimido en la conciencia del paciente, puede haber insomnio a veces por una vida mari

tal y sexual mal ajustada, son individuos con temor al cáncer, ansiedad general.

No hay lesiones clínicas visibles aunque el paciente sienta dolor.

El dolor no interviene con el sueño o la alimentación, es solo durante el día.

Tratamiento.- Debe explicarse al paciente que en el examen de la lengua que no se presenta ninguna causa posible de los síntomas de dolor, no hay datos de neoplasia, se dan sedantes en caso de insomnio, es necesario calmar repetidamente los temores del enfermo.

Debe eliminarse cualquier irritante local y una buena higiene bucal.

HIPOTIROIDISMO.- Es el resultado de la deficiencia o falta completa de hormona. Presenta disminución del metabolismo celular.

Etiología.- Sus causas comunes son: atrofia, extirpación quirúrgica de la glándula, intoxicación química por yodo radiactivo o compuestos antitiroideos y cuando la glándula pituitaria no produce hormona estimulante del tiroides. En el niño el hipotiroidismo se llama cretinismo, en el niño de seis a doce años de edad, mixedema juvenil, y después de la pubertad mixedema adulto.

Manifestaciones clínicas.- En el cretinismo el crecimiento esquelético está casi completamente interrumpido y hay retardo en el desarrollo mental. La piel es seca y escamosa, la erupción y-

caída de los dientes caducos es retardada, la lengua es gruesa y ancha y el flujo salival es menor que el normal.

El mixedema juvenil es menos grave que el cretinismo, la lengua y encías son semejantes en ambos casos.

En el mixedema adulto hay depósitos exagerados de proteínas, electrólitos y fluidos en la lengua y otros tejidos de la boca, ocasionando agrandamiento y engrosamiento de los labios y lengua.

Tratamiento.- Administración de hormona tiroidea, el yodo se usará si hay deficiencia de éste.

ERITEMA POLIMORFO DE LA LENGUA.- Suele afectar a lactantes, niños y adultos, es más frecuente en invierno y primavera.

Etiología.- La etiología no está definitivamente aclarada, la enfermedad aparece bruscamente con fiebre, dolor de garganta y dolor articular.

Manifestaciones clínicas.- La lengua generalmente aparece edematizada, saburral en el dorso con indentaciones en los bordes. Generalmente una vez instalada la erupción en la mucosa bucal se observa hipertrofia de los ganglios linfáticos del cuello. Las lesiones ampollares del eritema multiforme se acompañan de dolor intenso, a veces hasta dificultad en la apertura bucal y la fonación. Puede haber disfagia. La sialorrea es un síntoma

constante, las lesiones se infectan casi siempre - ocasionando halitosis y acentuación de los síntomas previos.

Tratamiento.- Puede emplearse un lavado bucal suave para mejorar la higiene bucal y reducir la población microbiana.

Los trosiscos anestésicos locales alivian momentáneamente y permiten conservar una alimentación satisfactoria. Los corticoides solos o en asociación con antibióticos en caso de infección aguda, son las medicaciones generales de elección.



Eritema polimorfo de la lengua; erosiones, edema y saburra son predominantes en esta localización del proceso.

CAPITULO VII

TUMORES EN LENGUA BENIGNOS
Y MALIGNOS.

A) TUMORES BENIGNOS LINGUALES

Los tumores benignos son muy numerosos y se presentan en forma variada de acuerdo a su localización; por lo que se refiere a algunos, los criterios clínicos e histológicos que distinguen habitualmente los tumores benignos de los malignos son bastante poco acusados y están a veces sujetos a error.

SEUDOTUMORES O DIAPNEUSIAS LINGUALES

Son lesiones provocadas por un fenómeno de succión de la mucosa lingual a través de un intersticio de las arcadas dentarias. El nódulo diapnéusico situado en los bordes de la lengua puede aparentar un fibroma o un papiloma; sin embargo, cuando la lengua se mantiene en reposo, el nódulo se sitúa frente al intersticio "ventosa" en el que viene a anidarse el primer movimiento de succión.

La ablación del nódulo no protege de una recidiva más que si se acompaña de un restablecimiento protésico de la continuidad de la dentadura.

B) TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

PAPILOMA EPITELIAL.— Es una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial. Se presenta como una proliferación exofítica

compuesta de numerosas proyecciones relativamente-pequeña, alargada, digitiforme o plana que se fija por un pedículo a una base amplia. Se le encuentra más comunemente en la lengua, mucosa bucal, encías y paladar.

Etiología.- Es desconocida aunque se le considera que tiene una base neoplástica.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica que consiste en la incisión incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo, la remoción nunca se hará mediante una incisión que pase a través del pedículo.

QUISTES GLANDULARES Y ADENOMAS NODULARES.

Son raros, no presentan ninguna característica clínica; dan lugar a nódulos no dolorosos ni inflamatorios, incluidos en la musculatura lingual; el diagnóstico sólo puede practicarse en el momento de la biopsia-exéresis.

C) TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONJUNTIVO

LIPOMA.- Se trata de una afección rara excepcionalmente congénita, pero cuyo diagnóstico es casi evidente.

Etiología.- Se origina en el tejido adiposo, en las células grasas. Se localiza en cualquier lugar de la boca siendo más común en lengua, piso de boca y pliegue mucoso vestibular.

Manifestaciones clínicas.- Se presenta como una lesión única, indolora, es de color amarillento y relativamente blando a la palpación.

Tratamiento.- El tratamiento quirúrgico - es fácil y consiste en la ablación total del tu - mor.

FIBROMA.- Tiene su origen en las capas - profundas de la submucosa o del periostio de los - maxilares, se localiza electivamente cerca de la - cara dorsal de la lengua.

Etiología.- Es desconocida aunque algunos autores la relacionan con la irritación y se le de - nomina fibroma de irritación.

Manifestaciones clínicas.- Pueden presen - tarse en cualquier parte de la cavidad bucal y en - los labios. Se presentan de varias formas, en len - gua son más frecuentes. Nace en plena masa muscu - lar pero poco a poco tiende a sobresalir de la mu - cosa, que sin embargo, se mantiene normal. Algunos son duros y están compuestos por tejido conjuntivo denso, otros son blandos, debido a su vasculariza - ción, su tamaño varía desde unos milímetros a más - de un centímetro de diámetro, su color varía de - azul rojizo a rosa y depende de la cantidad de q - ratina formada, sin embargo la mayoría de los fi - bromas tienen el mismo color que la mucosa adyacen - te. Cuando hay infección secundaria se presenta - dolor y hemorragia.

Tratamiento.- La exéresis quirúrgica cons - tituye el tratamiento de elección.

RABDIOMA.- Suele presentarse con mayor - frecuencia en otras partes del cuerpo que en la ca - vidad bucal, en lengua es señalado como lesión pre - maligna.

Etiología.- Proviene de las células mesenquimatosas, destinadas a formar el músculo estriado.

Manifestaciones clínicas.- Son lesiones raras, los individuos jóvenes son afectados con mayor frecuencia, son nódulos duros circunscritos y elevados, de color más pálido que el de la mucosa adyacente. Crecen con lentitud pero pueden alcanzar un tamaño notable.

Tratamiento.- Debe ser extirpado lo más rápido posible para evitar la transformación maligna, la extirpación debe ser completa incluyendo un margen amplio.

ANGIOMAS.- Son relativamente raros en la lengua, coinciden frecuentemente con otros angiomas de la cara o de los labios. El más frecuente es el angioma tuberoso que se presenta como una placa eréctil, submucosa azulada o de un color rojo vivo. La masa, de superficie irregular y de consistencia blanda, que puede reducir parcialmente a la lesión, aumenta de volumen con el esfuerzo. Estas neoformaciones son en realidad hemolinfangiomias.

Tratamiento.- Es delicado, la exéresis quirúrgica puede ser facilitada por la hipotensión controlada, otros medios terapéuticos con coagulación o fisioterapia.

Se debe tener cuidado por el riesgo de hemorragia.

D) TUMORES DE ORIGEN NEOPLASICO

MIXOFIBROMA.- Puede presentarse en cualquier parte de la cavidad bucal.

Etiología.- Es desconocida, pero se supone que la lesión es neoplástica.

Manifestaciones clínicas.- Es de crecimiento lento, de aspecto translúcido y pálido, está fijo, ya sea por una base amplia o por un pedículo, tiene una apariencia lobulada que lo diferencia del fibroma, el tumor casi siempre es blando.

Tratamiento.- Incisión que incluye el pedículo.

LIPOFIBROMA.- Se presenta en la cavidad bucal y en otras partes del cuerpo.

Etiología.- Es desconocida aunque se cree que es de origen neoplástico.

Manifestaciones clínicas.- Se presenta casi siempre en los tejidos blandos de los labios, carrillos, lengua, mucosa gingival y en algunas ocasiones dentro del hueso de la mandíbula o maxilar. Son generalmente blandos y amarillos. En muchos casos la superficie se encuentra cruzado por pequeños capilares, que le dan un aspecto venoso.- Las tumoraciones son móviles y con frecuencia se encuentran fijas por un pedículo o por una base amplia, rara vez se presentan síntomas clínicos solo cuando existe una ulceración secundaria, en cuyo caso hay dolor.

HEMANGIOMA.- Es de tipo neoplásico, puede ser localizado o difuso. Producen macroglusia con menor frecuencia que el linfangioma, del que se distingue por el color rojo vivo y la tendencia a sangrar.

Etiología.- Son de tipo neoplásico y se forman del endotelio de los vasos sanguíneos, también pueden aparecer como resultado de malposición o perturbación del tejido vascular durante el desarrollo se le denomina hemangioma hamartomatoso.

Manifestaciones clínicas.- Su tamaño varía de unos milímetros hasta varios centímetros, su color depende del número, tamaño y tipo de los espacios vasculares. Estas lesiones palidecen cuando se les presiona, pues la sangre es forzada hacia afuera de los espacios vasculares, los síntomas principales son: cambio de color y aumento de volumen.

Tratamiento.- Eliminar los vasos dilatados por medio de radioterapia, la inyección de sustancias esclerosantes dentro de los vasos, éstas sustancias pueden ser, agua hirviendo o morruato de sodio, o bien, extirpación quirúrgica completa ya que la recidiva es frecuente, se debe estar preparando para las hemorragias grandes, ya que a veces son necesarias las transfusiones sanguíneas.

LINFANGIOMA.- **Etiología.**- Están compuestas de endotelio que proviene de células que tapijan los linfáticos, se cree que son congénitos, aunque se presentan tardíamente.

Manifestaciones clínicas.- Se localizan principalmente en la parte anterior del dorso de la lengua, son generalmente unilaterales y con frecuencia se acompaña de queratosis potente, que se observa como una área áspera de color blanco o manchada. Por lo común son de color blanco o pardo - amarillento, aunque la presencia de conductos vasculares puede producir un tinte azulado, son pequeños y circunscritos o grandes con superficie nodular, la ulceración es un síntoma adicional, dolor y drenaje intermitente debido a traumatismos e irritación continua.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica completa.

MIOBLASTOMA.- Es un tumor raro en lactantes y niños, generalmente es solitario, pero puede haber múltiples proliferaciones independientes.

Etiología.- Es desconocida aunque suele aceptarse que proviene de células musculares en desarrollo.

Manifestaciones clínicas.- Se produce en muchas partes del organismo, pero más comúnmente en la punta de la lengua, aparecen con más frecuencia en el varón de cualquier edad. Las lesiones se presentan como formaciones pequeñas ligeramente elevadas, de consistencia dura y del mismo color o ligeramente más pálidas que el tejido adyacente.- No suele producir síntomas, por lo que pueden pasar inadvertidas durante años.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica amplia y sutura del defecto, los mioblastomas son benignos.

nignos y no tienden a recidivar.

NEUROFIBROMA.- Se presenta como un tumor-
único.

Etiología.- Se origina con base neoplásti-
ca a partir del tejido conjuntivo, de la vaina ner-
viosa. Se cree que los tumores son importantes co-
mo factor secundario y las alteraciones endócrinas
se consideran como la causa en las múltiples for-
mas del procedimiento conocido como enfermedad de-
Von-Recklinghausen.

Manifestaciones clínicas.- Suelen apare-
cer en la piel y en la boca, siendo la lengua el -
sitio de predilección, a veces impiden el habla y
la masticación. Se caracteriza por proliferación-
difusa de los elementos periféricos nerviosos. Aun-
que es un tumor benigno, como lesión múltiple que-
tiende a recidivar se pueden presentar transforma-
ciones malignas.

Un área pigmentada en la lesión acompañan-
te más común de la enfermedad de Von-Recklinghau-
sen. Estas áreas varían de tamaño y son de forma -
irregular con bordes finamente recortados.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica lo-
cal, dejando un margen amplio.

SCHWANNOMA (NEURINOMA).- Se originan de -
células Schwann de la vaina del nervio. Se compor-
tan como una lesión neoplástica benigna, que crece
lentamente en el tejido submucoso hasta que se ma-
nifiestan como una masa firme, indolora, aparece -
con más frecuencia en lengua y piso de la boca, es
más común en adultos.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica, se debe separar del nervio del cual se encuentra fuertemente adherido, en algunos casos no puede separarse el nervio de la lesión y debe de eliminarse juntos.

NEUROMA TRAUMÁTICO.- No es una neoplasia verdadera sino un instinto exuberante de reparar un tronco nervioso lesionado. La lesión varía de tamaño va desde un centímetro de diámetro a medidas mayores.

Esta lesión es dolorosa especialmente cuando se ejerce presión sobre ella. Puede producir neuralgias reflejas en la cara, cabeza y cuello. Ordinariamente se presenta en labios, lengua y zonas desdentadas.

Tratamiento.- Es quirúrgico, la incisión debe incluir una parte del nervio asociado. Es rara la recidiva.

NEUROMA MUCOSO MÚLTIPLE.- Afecta especialmente a labios y lengua, en ocasiones existen ya al nacimiento o aparecen en los primeros años de vida.

Ambos labios suelen estar tumefactos, a menudo hay múltiples lesiones rosadas pediculares en la cara anterior de la lengua.

E) TUMORES MALIGNOS

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.- Se observa en cuello de matriz, mamas, recto, boca y piel.

Etiología.- Es desconocida, principalmente del carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal, pero dentro de los factores secundarios se consideran los traumatismos o la irritación debido a dentaduras mal ajustadas, bordes filosos de los dientes, alimentos calientes o muy condimentados, uso excesivo del tabaco, alcohol y radiación, algunos autores señalan a la sífilis como un factor secundario que da lugar al carcinoma de la lengua.

Manifestaciones clínicas.- Se observa en cualquier parte de la cavidad bucal, ya sea periférica, intraóseamente o en labios. El tamaño de la lesión varía desde unos cuantos milímetros hasta ocho centímetros. Afecta a personas jóvenes y seniles siendo el promedio aproximado de 55 años de edad. El carcinoma de células escamosas de cualquier área en labios o intrabucal puede aparecer primero como una pequeña zona ulcerada o una mancha blanca elevada. La base de la lesión tiene una superficie papilar con fondo aterciopelado rojo, sobre el cual se encuentran depósitos blanquesinos escamosos. Estos pueden eliminarse fácilmente dejando una superficie sangrante. Los bordes de la úlcera son duros, elevados y enrollados, dicho borde se produce por la invasión del tumor debajo de la mucosa normal, junto con un intento de la mucosa para reparar el defecto. El aspecto de verruga o de pequeña ulceración evita que se descubra a tiempo, puede existir durante varios meses antes de que cause molestia, tiene la probabilidad de ser indoloro durante las primeras etapas, o causan un mínimo dolor.

Tratamiento.- Es por medio de cirugía o - por medio de radiación, o bien, por la combinación de los dos.

CANCER DE LA LENGUA.- Incide en sujetos - varones, fumadores o bebedores de 50 a 70 años de edad, asienta casi siempre en la parte posterior - de los bordes laterales a los que infiltra y torna rígidos adheriéndose a los planos profundos. Se ulcera y puede causar violentas neurálgias glosofaríngeas y metástasis ganglionares regionales, seguidas de caquexia y muerte.

Tratamiento.- Es quirúrgico.

EPITELIOMA DE LA LENGUA.- Es la forma más frecuente y se encuentra especialmente en el hombre entre los 60 y 70 años de edad. Es necesario - distinguir dos formas:

EPITELIOMA DE LA PARTE MOVIL DE LA LENGUA.- El comienzo se señala por la aparición de - una ulceración que el paciente y el médico con demasiada frecuencia las toman como un traumatismo - protésico y dentario. Sin embargo, esta ulceración presenta bordes elevados, salientes y una base indurada y mal limitada, todo esto puede estar modificado por traumatismos sobreañadidos o por tópicos inoportunos, después de la supresión de estas irritaciones secundarias persiste la base indurada lo que hace obligatorio el análisis histológico.

Período de estado.- El diagnóstico es fácil. Se trata de un tumor ulcerado, cuyos caracteres cancerosos son evidentes. Incluso en esta fase los signos funcionales son todavía discretos.

La palpación lingual permite precisar; la extensión en la masa muscular lingual, en la que - el septum lingual forma una barrera sobrepasada - bastante tardíamente. La extensión en el plano sagital; con la mayor frecuencia se hace principalmente en la parte posterior. La extensión hacia la cara inferior y el suelo de la boca.

El estudio de los movimientos linguales - confirma la extensión de la neoplasia; la protracción puede estar alterada y la lengua desviada.

La adenopatía en esta fase es constante y a veces fija y adherente, es la adenopatía llamada "cáncero-inflamatoria", sobre la cual los antibióticos pueden tener buenos efectos.

La evolución sin tratamiento de estos tumores es lamentable, los dolores especialmente - otalgias aparecen, y su intensidad obliga a tomar analgésicos en cantidades crecientes. El tumor continúa creciendo ocasionando salivación abundante, - alterando de la deglución e impide el cierre buccal completo, las masas ganglionares confluyen, - se fijan a la piel y se ulceran.

La muerte sobreviene por caquexia frecuentemente acelerada por hemorragias repetidas.

FORMAS TOPOGRAFICAS:

EPITELIOMAS MARGINALES.- La forma más favorable es la de la parte media; los epiteliomas - posteriores se propagan rápidamente hacia la base de la lengua o hacia los pilares del velo del paladar.

dar; los epitelomas anteriores ocasionan rápidamente una adenopatía bilateral.

FORMAS ANATOMOCLINICAS.- Tiene carácter particular la forma atrófica en la cual el proceso neoplásico se asocia a una esclerosis intensa y retráctil. La evolución es lenta.

Tratamiento.- La exéresis quirúrgica puede ser realizada con bisturí ordinario o mediante la diatermocoagulación.

La fisioterapia se basa principalmente en la radiumpuntura.

La elección del tratamiento depende de la edad del enfermo, de su estado general, del grado de infección de las lesiones linguales, del volumen del tumor y de su extensión local.

LEIMIOSARCOMA.- Es un tumor maligno que se origina en el músculo liso, se conoce solo un caso en la lengua de una enferma de once meses de edad.

La lesión aparece como una hinchazón dolorosa.

MIOBLASTOMA MALIGNO DE CELULAS GRANULARES. La lesión tiene preferencia en los músculos de las extremidades aunque Caldwell y colaboradores comunicaron lesiones en lengua y piso de boca.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica radical, debido a la elevada frecuencia de recidiva, metástasis y muerte de los pacientes.

HEMANGIOENDOTELIOMA.- Es una neoplasia maligna de bajo grado, de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomasosa y derivada de células endoteliales.

Manifestaciones clínicas.- Puede originarse en cualquier zona del organismo, en lesiones primarias de la cavidad bucal, son poco comunes, se les localiza en labios, paladar, encías, lengua y zonas centrales de los maxilares.

Se presenta a cualquier edad incluso en el nacimiento. El hemangioendotelioma infantil o juvenil es una forma benigna del hemangioendotelioma maligno.

Se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada, de tamaño variable, de color rojo oscuro o rojo azulado, a veces ulcerada o con tendencia a sangrar después de traumatismos leves.

Tratamiento.- Cirugía e irradiación con rayos X.

RABDIOSARCOMA.- Es una enfermedad de la lactancia y niñez, con un máximo de dos años y tres. Este tumor es la neoplasia primaria maligna que con mayor frecuencia puede afectar lengua, paladar u otra zona de la boca.

Etiología.- Es un tumor maligno del músculo estriado.

Tratamiento.- Escisión amplia, radiación y quimioterapia.

MIELOMA MULTIPLE (PLASMACITOMA).- Es una neoplasia de células plasmáticas, de la médula ósea, producen lesiones en todo el esqueleto, incluyendo maxilares y cráneo.

La enfermedad es más frecuente en el hombre que en la mujer, suele afectar a adultos maduros. El dolor es uno de los primeros síntomas debido a movimientos o presión sobre los nódulos óseos o masas tumorales, pueden ocurrir fracturas patológicas espontáneas. El mieloma múltiple se reconoce mediante radiografías destinadas a otros fines. - La anomalía radiográfica más común es la presencia de lesiones "en socavados" transparente a los rayos X (plasmacitomas).

Etiología.- La mayor parte de las manifestaciones de la enfermedad se deben a la proliferación de células plasmáticas anormales, que producen globulinas séricas también anormales.

Las lesiones son más frecuentes en maxilar inferior, por la mayor riqueza de este hueso en tejido medular.

Cahn llamó la atención hacia el desarrollo de amiloidosis bucal como complicación al mieloma múltiple. La lengua puede crecer mucho cubriéndose de pequeñas masas de color rojo oscuro.

Tillman.- Encontró que hay amiloidosis en casi 7 por 100 de los pacientes con mieloma múltiple.

Tratamiento.- Aplicación de agentes quimioterapéuticos de tipo uretano o melfalán. El pro

medio de supervivencia de un enfermo tratado es - de dos a tres años.

CANCER LINGUAL CON METASTASIS MIOCARDICAS.

Se reportó un solo caso.

Etiología.- Estomatitis ulcerativa crónica, glositis sifilítica, liquen plano, ulceración crónica, por dientes destruidos.

Evolución.- El paciente se presentó con - ulceración dolorosa, la historia familiar fue sin datos, tres años previos a su ingreso sufrió estomatitis ulcerativa repetidamente sin respuesta a - ningún tratamiento y aumento gradual de tamaño de una ulceración que apareció posteriormente. Se tomó biopsia de la lesión mostrando carcinoma de células escamosas no cornificadas, se extirpó el tumor y los nódulos linfáticos. Se dió de alta, más y medio después ingresa con reincidencia de ulceración en el sitio de la cirugía previa y adenopatas bilaterales, se lleva a cabo cirugía externa de cuello. Presentó más tarde disnea, dolor precordial, esputo, anorexia, pérdida de peso, deambulación y pérdida de la sensación de las piernas, cinco meses después murió, o sea, nueve meses después de la aparición del dolor en la lengua.

F) QUISTES ODONTOGENICOS

ADENOCARCINOMA.- Es muy poco frecuente.

Etiología.- Se origina en una neoplasia - del epitelio de las glándulas situadas en la cavidad bucal. Se observa con mayor frecuencia en la - lengua, también se presenta en paladar.

Manifestaciones clínicas.- Es una lesión de base amplia de color rojo carnososo, lobulado, firme y crece formando pliegues cuando esta situado en la lengua, no existe dolor, solo cuando se ulcera.

La lesión no produce metástasis temprana, el pronóstico de este tipo de tumor se considera relativamente benigno.

Tratamiento.- Es por medio de procedimientos quirúrgicos amplios.

LINFOEPITELIOMA.- Son lesiones altamente malignas, se origina principalmente en la nasofaringe, en la masa de tejido linfoide cubierta de epitelio, los cuales parece ser que ambos elementos celulares participan en el proceso maligno.

Etiología.- Es desconocida.

Manifestaciones clínicas.- Puede aparecer como una área algo elevada de la región adyacente de la nasofaringe, de color ligeramente rojo mide menos de siete milímetros de diámetro, y son muy difíciles de localizar. También aparecen en la base de la lengua, son indoloras y pronto producen metástasis, por su tamaño son difíciles de localizar y de descubrirse a tiempo por lo cual también tienden a diseminarse en áreas distintas. El síntoma más frecuente es un aumento de volumen en los ganglios linfáticos de la región.

Cuando se localiza cerca de las trompas de eustaquio el porcentaje de mortalidad es alto por su descubrimiento tardío y a la inaccesibili-

dad de la lesión, aparece en pacientes de una edad promedio de 26 años de edad y son más frecuentes - en el varón.

Tratamiento.- La radioterapia está considerada como el mejor método para tratarlo debido - a la inaccesibilidad y por ser lesiones radiosensibles.

CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION.- Son semejantes a los linfoepiteliomas.

Etiología.- Es desconocida.

Manifestaciones clínicas.- Se presenta - con mayor frecuencia en varones entre 30 y 59 - años, sus sitios de elección son: en el paladar, - las amígdalas faríngeas, en los pilares tonsilares, en la cámara nasal y senos paranasales y en - la base de la lengua.

Aparece como una lesión ulcerada, son extremadamente dolorosas e impiden la deglución y el habla.

Tratamiento.- En áreas accesibles puede - ser tratado quirúrgicamente, el tratamiento de - elección es la radioterapia y se prefiere a la cirugía.

QUISTES DE RETENCION

Se denomina quistes de retención a la obturación de las glándulas mucosas o salivales, se clasifican en mucocele y ránula.

RANULA.- Es un quiste de retención de las glándulas salivales principales.

Etiología.- Se observa principalmente en la glándula sublingual sin abarcar el conducto de los submaxilares o parótidas debido a que están formadas por paredes muy fuertes. Se origina como una obstrucción que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión debido a la lesión mecánica o inflamación.

Manifestaciones clínicas.- Es un quiste grande generalmente indoloro y puede abarcar ambos lados del piso de la boca, es de color azuloso y de paredes delgadas, se localiza por debajo de la lengua en el piso inferior de la cavidad bucal, por sus dimensiones puede llegar a impedir el habla y la masticación. Las ránulas están llenas de líquido mucoso denso y de color cristalino claro, son blandas y no duelen, cuando se rompen provoca la salida de un líquido pegajoso, al cicatrizar la substancia mucosa se acumula nuevamente y la rana vuelve a formarse. Esta formación puede ser lisa o lobulada, produciendo aumento de volumen numeroso e irregular.

Tratamiento.- Existen dos medios: marsupialización del quiste, o sea, la extirpación quirúrgica del quiste en su totalidad y de la glándula afectada, o bien, escindir del techo de la cavidad quística y suturar el epitelio del piso de la boca con la pared quística. Este procedimiento solo lo tiene éxito cuando el revestimiento del quiste es epitelial y hay cicatrización y unión de este último con el epitelio bucal, formando una abertura permanente para el vaciamiento de las secre--

ciones de la glándula afectada, si el revestimiento del quiste es una pared fibrosa este procedimiento puede fallar, ya que el epitelio bucal puede cubrir el defecto y bloquear nuevamente las secreciones.

MUCOCELE.- Es un quiste muy común, generalmente es pequeño.

Etiología.- Obstrucción de las glándulas mucosas.

Manifestaciones clínicas.- Es más pequeño que la rínula y se observa con más frecuencia en los labios y en los carrillos. Las lesiones se presentan como aumento de volumen, redondeadas u ovals, traslúcidas y de color azulado, con frecuencia se rompen, cicatrizan y vuelven a romperse cuando se llenan nuevamente de moco. Son fluctuantes, benignas y aparecen en cualquier edad, sin distinción de sexo. Cuando este quiste abarca las pequeñas glándulas situadas por debajo de la porción anterior de la lengua se le denomina quiste de las glándulas de Blandi y de Nühn.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica completa del quiste y de la glándula afectada en un mismo tiempo quirúrgico. No se debe traumatizar las glándulas o nervios adyacentes, si se lesionan las glándulas vecinas se forman nuevos mucocelos, y si se lesionan los nervios puede originarse un neuroma que ocasiona dolor persistente y sensación de quemadura en la región.

DEGLUCION Y LENGUAJE DESPUES DE GLOSECTOMIA RADICAL TOTAL CON PROTESIS LINGUAL.

La glosectomía radical total es un procedimiento útil para el manejo del cáncer avanzado.

En algunos casos seleccionados se involucra al lenguaje y a la deglución, esta operación - consiste en la extirpación completa de la lengua - con disección bilateral en bloque de la región suprahióidea del cuello con una incisión transversa suprahióidea y resección del cuerpo hioides, después de extirpar esto se reconstruye el piso de la boca usando una cubierta de membrana amniótica o - amentum (ligamento gastrocólico).

La incisión se cierra en tres planos (platisma, grasa subcutánea y piel).

Una gastrostomía y una traqueotomía se re tienen y mantiene hasta que la incisión cicatriza y el paciente deglute sin molestia.

Reglas para una buena y rápida deglución y lenguaje postoperatorio:

1.- No dañar el nervio para la musculatura circumoral especialmente la rama mandibular del nervio facial.

2.- No dañar el nervio de los músculos - constrictores de la faringe especialmente la rama faríngea del vago.

3.- No dañar el nervio para la musculatura laríngea.

4.- Evitar la extirpación de la epiglotis

5.- Conservar intacto el hueso mandibular y algunos dientes buenos para la fijación de la prótesis de lengua artificial.

6.- Cortar las fibras inferiores del músculo masetero insertados en el ángulo de la mandíbula.

PROTESIS LINGUAL.- A las cuatro semanas del postoperatorio, ya cicatrizada la herida y que se observen granulaciones en el piso de la boca se toma una impresión con alginato de los dientes superiores e inferiores y se construye una placa dental simple con unas cuantas grapas de retención y se forma la base de la lengua artificial.

Se prepara una área excavada hasta la línea dental blanda como lo indican para delimitar dentaduras, se mezcla el material de impresión y se introduce en la línea acanalada, esta impresión se toma con los maxilares cerrados.

Se hace una elevación en la parte posterior de la lengua artificial lo cual toca el paladar al cierre de la mandíbula, y así ayuda al lenguaje, la placa no descansa sobre el piso de la boca y la retención es por medio de dientes y alveolos por lo que debe conservarse de ser posible algunos dientes buenos.

DEGLUCION POR PROTESIS LINGUAL.- El proceso normal de deglución está formado por tres fases oral, faríngea y esofágica, normalmente la lengua juega la parte más importante de la fase oral im--

pulsando el material alimenticio de la cavidad oral a la orofaringe, la fase faríngea es cuando el bolo toca la pared faríngea posterior y el tubo faríngeo se eleva para recibir el bolo, como en la glossectomía total esta fase está acentuada es muy importante tener intacto la función del músculo constrictor. El orificio laríngeo al cerrarse no permite la entrada del alimento a la laringe de ahí que no debe dañarse la musculatura laríngea de ninguna manera. La fase esofágica permanece intacta en el postoperatorio.

El alimento es llevado cerca de los molares para que caiga dentro de la faringe por inclinación de la cabeza hacia atrás, así como los líquidos, sin embargo la lengua artificial reduce el espacio en el piso de la boca formado por la glossectomía y por tanto la comida se colecta menos ahí y se cae fácilmente.

LENGUAJE CON PROTESIS LINGUAL. - Todas las vocales son formadas principalmente por los labios con mínimos cambios de posición y forma de la lengua por lo que es muy importante mantener la función intacta de la musculatura circunoral. La lengua es más importante para la formación de las consonantes por los cambios de forma y contacto con los dientes y el paladar y con los maxilares cerrados, la lengua artificial puede tocar el paladar o dejar una hendidura para formar ciertas consonantes y se ha visto en espectógrafos de lenguaje marcada mejoría con las prótesis, en suma un lenguaje ininteligible es comprensible con la prótesis.

RECONSTRUCCION DE LA LENGUA.

La glosectomía total o subtotal para carcinoma de la lengua, producen serias disfunciones del lenguaje y la deglución.

Dos pacientes fueron rehabilitados mediante la glosectomía total por medio de la prótesis lingual.

El tratamiento para estos carcinomas de la lengua generalmente se limitan a las superficies laterales no cercanas a la línea media.

Tales tratamientos pueden ser precedidos por diversos grados de tratamiento radiactivo.

REPORTE

A un señor de 50 años se le hizo tratamiento para un carcinoma grande en la base de la lengua que se extendía hasta la parte izquierda del paladar y la región lateral de la faringe, el corte de la lengua se inicia en la parte izquierda del paladar se sigue por la región lateral de la faringe y la región posterior del ángulo de la mandíbula.

Durante la cicatrización fue necesario realizarse una traqueotomía con un tubo de suministro de baja presión durante seis semanas para prevenir la aspiración de saliva. Después de la completa cicatrización fue sujeto a una prótesis lingual, la cual fue efectuada en dos partes, en la primera parte se fijaron los dientes con broches -

ortodónticos. Se le tomo una impresión de paladar y el área que ocupaba la base de la lengua.

La segunda parte se hizo la lengua de hu-
les de silicón y se unió al paciente en lo que era
la base de la lengua.

La parte posterior fue modelada en la po-
sición que la lengua tiene al deglutir para que al
moverse la mandíbula presione contra el paladar du-
ro.

Después de un corto período de adaptación
el paciente pudo comer alimentos blandos e ingerir
líquidos sin aspirar.

El lenguaje fue mejorado y progresivamen-
te más entendible.

La traqueotomía fue cerrada y el pacien-
te estuvo listo para regresar a la actividad nor-
mal.

CONCLUSIONES.

1.- Algunas de las enfermedades o alteraciones sufridas en la lengua se deben a higiene bucal deficiente, por lo que se debe aconsejar al paciente una buena higiene bucal.

2.- En este trabajo de investigación se han descrito solo algunos de los tratamientos a seguir, ya que debido a la gran variedad de medicamentos existentes y según el criterio de cada autor estos varían y solo se han escrito aquí los más empleados para cada enfermedad en particular.

3.- Se aconseja tener conocimiento completo de la farmacología y el mecanismo de acción y toxicidad de las drogas o fármacos más usados en odontología.

4.- En las alergias por fármacos es muy importante reconocer a tiempo la anafilaxia y tratarla rápida y adecuadamente, ésta en muchos casos pone en peligro la vida, el tratamiento está destinado a mantener la entrada del aire, la presión sanguínea, y si es posible, evitar una mayor absorción de la droga.

5.- Siempre que el tratamiento sea por medios quirúrgicos es aconsejable que se haga examen clínico completo, así como de laboratorio especialmente de sangre.

6.- También es necesario que cuando el dentista vea un paciente con discracias sanguíneas consulte con el médico de cabecera y se gúfe de la

decisión de él acerca de la amplitud del tratamiento dental, pero nunca permitirle que insista en - tratamientos dentales que no están indicados desde el punto de vista dental.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Archer W. Harry: Cirugía Bucal; 4a. Edición; - Editorial Mundi, Argentina, Buenos Aires.
- 2.- Burket, Lester W.; Medicina Bucal; Traducida - por el Dr. Roberto Folch; 6a. Edición; Editorial Interamericana S. A. de C. V.; 1973.
- 3.- David Cristófer (Sabiston); Tratado de Patología Quirúrgica; Tomo II; 10a. Edición; Editorial Interamericana; 1974.
- 4.- Greep, Roy. O.; Histología; 2a. Edición; Editorial Buenos Aires, El Ateneo; 1970.
- 5.- Grinspan, David; Enfermedades de la Boca (Semilogía, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal); Tomos I, II y III; Editorial Mundi S. A. C. I. F. Buenos Aires; 1970.
- 6.- Guralnick, Walter; Tratado de Cirugía Oral; - Editorial Salvat Editores S. A.; 1971.
- 7.- Guyton, Artur C.; Fisiología Médica; Traducido al Español por el Dr. Roberto Folch y el Dr. - Roberto Espinosa Zarza; 5a. Edición; Editorial Mex. Interamericana.
- 8.- H. Rouviere; Compendio de Anatomía y Disección; Editorial Salvat.
- 9.- Ham, Artur W.; Tratado de Histología; 7a. Edición; Editorial Mex. Interamericana; 1975.

- 10.- Hamilton Williams James; Embriología Humana.
- 11.- Lagman, Jan; Embriología Médica (Desarrollo - Humano y Normal y Anormal); Traducido por el Dr. Homero Vela Treviño; 3a. Edición; Editorial Interamericana; 1976.
- 12.- Orvan, Balint; Histología y Embriología Bucodental; Revisión de Harry Sicher; 1a. Edición; Editorial México Fournier; 1976.
- 13.- P. Farreras Valenti y Ciril Rozman; Medicina-Interna; Tomo I.
- 14.- Patten, Bradley M.; Embriología Humana; Librería El Ateneo.
- 15.- Quiroz, Gutiérrez Fernando; Anatomía Humana; Tomo III; 6a. Edición; Editorial Porrúa, S.A. México.
- 16.- Robins, Stanley L.; Tratado de Patología; Editorial México Interamericana.
- 17.- Shaffer, Williams G.; Patología Bucal; 3a. Edición; Editorial México, Interamericana; 1977.
- 18.- Testut. L. Jacob, O.; Compendio de Anatomía Topográfica; Editorial Barcelona, Salvat.
- 19.- Testut y Latarjet; Tratado de Anatomía Humana; 9a. Edición; Volúmenes I, III y IV; Editorial Barcelona, Salvat; 1964.

- 20.- Thoma Kurt H.; *Patología Oral*; 6a. Edición; - Editorial Salvat México; 1973.
- 21.- Tiecke, Richard W.; *Fisiopatología Bucal (Tiecke - Orion H. Stuteville - Calandra Joseh)*; - Editorial Interamericana.
- 22.- Vaughan, Nelson; *Pediatría Infantil*; Tomos I - y II; 6a. Edición; Editores Salvat; 1971.

REVISTAS

- 23.- Ardan Gm, et. al. *J. Ment; Tongue Size in Down's Syndrome*; *De R S* 16; 160-6; Sep.- Dic. 1972.
- 24.- Eidelman F, et. al.; *Scrotal Tongue and Geographic Tongue Polygenic and Associated Traits*; *Oral Surg* 42 (5) 591-6; Nov. 76.
- 25.- Greenbaum If et. al. *L. Maninal; Comparative Anatomy and Histology of tongues of Longbats (Liplongieteria Sanbarnie and L. Nivalis) - With Reference to Infestation of Oral Mites*; 55 489-504; Aug. 74.
- 26.- I.J. de Souza, M.S., F.R.C.S.E, F.C.P.S., and O.J. Martins; *Swallowing and Speech After Radical Total Glossectomy with Tongue Prothesis*; *Oral Surg*.
- 27.- Zagarelli Dj.; *Pathology Chondroma of the Tongue*; *Oral Surg* 43 (5) 738-45; May. 77.