

14  
53

# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



## PATOLOGIA DE LA LENGUA

### T E S I S

Que para obtener el título de:  
CIRUJANO DENTISTA  
p r e s e n t a n  
Humberto Angeles Peña  
Antonio Andrade Padilla

México, D. F.

1979

14438



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

- CAPITULO I: BREVE ESTUDIO DE LA LENGUA
- A) ANATOMIA
  - B) FISIOLOGIA
  - C) EMBRIOLOGIA
  - D) HISTOLOGIA
- CAPITULO II: EXPLORACION DE LA LENGUA
- A) AGLOSIA Y MICROGLOSIA
  - B) MACROGLOSIA
  - C) ANQUILOGLOSIA
  - D) LENGUA BIFIDA O LOBULADA
  - E) LENGUA FISURAL
  - F) QUISTES Y NODULOS EMBRIONARIOS
  - G) GLANDULAS TIROIDES ABERRANTES
  - H) GLOSITAS MEDIANA ROMBICA
- CAPITULO III: ALTERACIONES DEBIDAS A PADECI-  
MIENTOS LOCALES DE LA LENGUA
- A) CAMBIOS EN EL ASPECTO DE LA -  
LENGUA
  - B) QUEMADURAS
  - C) ALERGIAS
  - D) MUCOCELE DE LA LENGUA
  - E) AMIGDALITIS
  - F) PAPILITIS
  - G) RANULA
  - H) GLOSITIS
  - I) LEUCOPLASIA
  - J) TUMORES

**CAPITULO IV: ALTERACIONES DE LA LENGUA DE  
BIDAS A ENFERMEDADES SISTEMICAS**

- A) ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
- B) ENFERMEDADES POR VIRUS**
- C) LESIONES BUCALES EN LA DERMATOSIS**
- D) ALTERACIONES DEL METABOLISMO**
- E) ALTERACIONES DE LA NUTRICION**
- F) ALTERACIONES POR DISCRACIAS-SANGUINEAS**

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFIA**

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

Durante nuestra iniciación profesional nos llamó poderosamente la atención, de las diferentes variedades de enfermedades que existen en la lengua, tanto locales como sistémicas y también las malformaciones congénitas.

En el importante capítulo del estudio de dicho órgano que tratamos de exponer en nuestro presente trabajo, el merito si lo tiene reside en todos los nombres ilustres citados en la bibliografía.

Hemos procurado seleccionar la descripción de los aspectos normales, malformaciones congénitas, enfermedades locales, síndromes, etc., que pueden conceptuarse representativos y servir de norma en el estudio de éste órgano tan interesante.

Un tema médico tratado en las distintas especialidades y la medicina general, está mejor documentado pero también condenado al defecto de falta de unidad inicial, siendo la falta de unidad en el criterio de partida, que por momentos se hace profundísima y que generalmente no puede ser compensada por el interés o la experiencia del estudiante; esto quiere decir que el estudio de un tema de un sólo autor o el estudio de autores plurales tiene su pro y su contra. El estudio de libros de autores múltiples gana riqueza de conocimientos especiales pero pierde unidad interna y, a la inversa, los libros de un sólo autor.

Al interesarnos en el estudio de la lengua,

nos encontramos que los temas que se refieren a ella, se encuentran en pequeñas referencias diseminadas en un gran número de capítulos de una gran diversidad de obras. Pero su multiplicidad y solitización invitan a pensar en una publicación única. Las grandes obras y revistas científicas son fuente inestimable para el consultante, pero en la práctica superan las posibilidades del iniciado, cuya iniciación le exige naturalmente el estudio de numerosas disciplinas.

Hemos tratado de señalar en conjunto el método seguido y no creemos, de ninguna manera, que sea el inicial e ideal, pues indiscutiblemente adolece de muchos defectos, pero creemos estar firmemente convencidos de su utilidad en la práctica diaria.

## HISTOLOGIA DE LA LENGUA

Desde el punto de vista de su estructura se le distingue una parte superficial constituido por un epitelio estratificado de tipo malpighino mucoso, envolviendo a una masa muscular de fibras estriadas.

El epitelio consta de tres capas o estratos superpuestos:

I.- La capa profunda o germinal, integrada por una hilera de células cuboideas, unidas directamente por escaso cemento intersticial, asentadas sobre tejido conjuntivo y formando papilas o eminencias ricamente vascularizadas.

II.- La capa media, estrato medio o principal esta formada por varias capas de células poliédricas superpuestas y anastomosis, entre las células se pueden encontrar leucocitos.

III.- La capa superficial, estrato superficial o granuloso, muy desarrollado, está integrado por varias capas de células aplanadas, cuyo protoplasma ostenta granulaciones de querato hialina; - el núcleo suele ser picnótico.

A expensas de la capa superficial se forman las papilas de la lengua que sobresalen de la superficie epitelial, en forma de elevaciones de la mucosa.

a) Las papilas filiformes, están formadas por elevaciones de la mucosa ya delgada y con una sola punta, ya gruesas y con varias puntas en su superficie libre; las células superficiales presentan principios de cornificación.

b) Las papilas fungiformes, se distinguen -

de las papilas filiformes por su coloración rojiza debido a la gran cantidad de vasos sanguíneos que existen en el conjuntivo submucoso.

c) Las papilas calciformes, por su aspecto - parecen papilas fungiformes rodeadas por un surco circular bastante profundo, en cuyas paredes se encuentran las yemas gustativas, órganos del sentido del gusto, cuya estructura histológica, corresponde a la de un neuroepitelio. Estos órganos de forma ovoide presentan células de sostén entre las cuales se alojan células gustativas, cada célula gustativa lleva en su extremidad superficial un apéndice filiforme rígido que recibe la impresión, por su cabo profundo se pone en relación con una fibra del nervio glossofaríngeo.

d) Las papilas foliadas, casi atrofiadas en el hombre, se encuentran en la parte posterior del borde lateral de la lengua y se presentan bajo la forma de pliegues de la mucosa separados entre sí por surcos.

Abajo del epitelio se encuentra tejido conjuntivo (corión) con todos sus elementos (haces colágenos, fibras elásticas, células fijas y emigrantes, vasos sanguíneos y linfáticos, nervios, etc.) que se levantan formando papilas conjuntivas sobre las que se encuentra sentado el epitelio.

Por debajo del conjuntivo la masa muscular formada por haces de fibras estriadas entrecruzadas en todas direcciones, pertenecientes a músculos extrínsecos de la lengua, y entre dichos haces se encuentran las glándulas salivales linguales anteriores, glándulas de Ebner, glándulas de Weber, de la base de la lengua.

## ANATOMIA DE LA LENGUA

La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal propiamente dicha y aplana de arriba a abajo en su extremidad anterior.- En ella radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

Cara superior.- Está en relación con la bóveda palatina, presenta un surco medio en el que se implantan uniformemente hileras de papilas en forma de barbas de una pluma en su tallo.

Es convexa transversalmente y más o menos plana de adelante a atrás.

En su tercio posterior están las papilas -- caliciformes distribuidas en una forma peculiar -- que se llama V lingual, atrás de estas papilas se ven pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formadas por las glándulas foliculares; más atrás se encuentran tres pliegues llamados glosopiglóticos. Por delante de la V lingual se observa un surco medio y a los lados las papilas dispuestas de tal forma que formen líneas paralelas a la V lingual.

La cara superior de la lengua es húmeda y rosada es estado normal.

Cara inferior.- Descansa sobre el piso de la lengua, posee en la línea media un repliegue mucoso o frenillo de la lengua y a los lados de éste desembocan los orificios de los canales de Warthon.

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

La cara inferior de la lengua descansa por completo en la cara superior de la región sublingual. Sucede a veces que a consecuencia de ulceraciones o heridas que ocupan esta cara inferior se establecen adherencias, entre éstas y el suelo de la boca, reduciendo en mayor o menor grado la movilidad de la lengua (Anquiloglosia) presentando alteraciones gravez de masticación, deglución o fonación.

A ambos lados del frenillo la mucosa es gris rosada. Por fuera y cerca de los bordes de la lengua es irregular y frangeada así como arrugada.

En el niño encuéntrase a cada lado del frenillo un repliegue frangeado dentellado que converge hacia su homólogo, estos repliegues se atrofian con la edad dejando en el adulto, como vestigios, las franjas.

Bordes.- Son libres y redondeados, corresponden a los arcos dentarios y se adelgazan a medida que se aproximan a la punta.

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

La porción posterior o segmento faríngeo es irregular recorrida por surcos más o menos oblicuos y sembrada de elevaciones debidas a las glándulas foliculares; se le ha dado el nombre de amígdala lingual.

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

#### MUSCULOS.

La lengua está formada por diecisiete músculos, de los cuales ocho son pares y uno es impar. De ellos tres se insertan en los huesos cercanos, a saber geniogloso, hiogloso y el estilogloso. Tres se originan en los órganos cercanos, palatogloso, faringogloso y amigdalogloso. Dos proceden de los huesos y órganos próximos, el lingual superior y el lingual inferior. Sólo uno es propiamente intrínseco, es el transverso de la lengua.

#### MUCOSA.

La lengua está cubierta en su mayor extensión por una mucosa delgada en su cara inferior y más gruesa en los bordes, alcanza su máximo espesor en la cara dorsal, en la punta y en la V lingual. La base de la lengua no está cubierta por mucosa. Por debajo y adelante va a continuarse con la mucosa del piso de la boca.

El tubo digestivo está tapizado interiormente, en toda su extensión por una mucosa epitelial-

que presenta distintos aspectos y estructuras según el segmento que nos ocupe. La mucosa que reviste la cavidad bucal se continúa insensiblemente con la piel de los labios.

La mucosa del dorso y bordes de la lengua - presenta múltiples elevaciones que son las papilas linguales entre ellas se encuentran los corpúsculos del gusto descubiertos por Lover y Schwalbe en 1868.

## PAPILAS

Las papilas linguales son de cinco tipos a saber; papilas filiformes, papilas foliadas, papilas fungiformes, papilas caliciformes y papilas hemisféricas; ya ha sido descrito su aspecto histológico.

**Papilas filiformes.**- Situadas por delante de la V lingual, son de forma cónica o cilíndrica y de su extremidad libre se desprenden multitud de prolongaciones filiformes.

**Papilas foliadas.**- Se hallan colocadas en los bordes de la lengua y se presentan bajo la forma de pliegues u hojas adosadas unas a otras y separadas por surcos mas o menos profundos.

**Papilas fungiformes.**- Distribuidas por el dorso de la lengua por delante de la V lingual, tienen la forma de hongo, con un pie más o menos estrecho y en su extremidad libre un ensanchamiento o cabeza.

**Papilas caliciformes.**- Son las más voluminosas, están situadas y alineadas en la V lingual, siendo la mayor la central que posee un rodete muy desarrollado, de altura mayor a la de la papila, por lo que esta parece presentar un orificio, que es llamado agujero ciego de la lengua (foramen coecum). Están constituidos encima por un saliente central o papila propiamente dicha, circundada por un rodete circular o cáliz; entre ambos existe una depresión, o canal de la papila. Estas son en número de nueve a once.

A una distancia de cinco a ocho milímetros de estas papilas se encuentra en el niño y a veces en el adulto, un surco llamado surco terminal, que es el vestigio de la soldadura de las yemas embriónicas de la lengua.

**Papilas hemisféricas.**- Son las más numerosas, tienen forma cónica o hemisférica y están situadas en la cara superficial del corión mucoso. - Se les encuentra en toda la extensión de la mucosa lingual.

## GLANDULAS

La mucosa lingual contiene glándulas semejantes en todo a las glándulas arracimadas, que se hallan diseminadas en las paredes de la cavidad bucal. Como éstas últimas, pueden ser asiento de quistes salivales, de tumores mixtos, etc. Se les divide generalmente en tres grupos.

a) Un grupo posterior que ocupa la base de la lengua; las glándulas que lo integran, numero--

sas y voluminosas, se abren bien entre los folículos o bien en la misma cavidad de estos folículos.

b) Un grupo lateral o grupo de los bordes - de la lengua; se le llama también glándulas Weber.

c) Un grupo anteroinferior o grupo de la - punta y de la cara inferior de la lengua.

Las glándulas que lo componen forman en la cara inferior de la lengua y a cada lado de la línea media, una pequeña masa llamada glándula de Nühm.

## VASOS

La lengua es un órgano muy vascularizado, - por esto sus heridas van acompañadas de una hemorragia que, en ciertos casos puede, por su abundancia, producir la muerte.

a) Arterias.- Las arterias de la lengua proceden de la lingual de la palatina inferior y de la faríngea inferior, las dos últimas sólo proporcionan a la lengua ramas poco importantes, no son pues más que arterias accesorias.

La lingual es la verdadera arteria de la - lengua. Nacida de la carótida externa, atraviesa la región suprahioidea y se dirige hacia la punta de la lengua, donde termina anastomosándose con la del lado opuesto.

En este trayecto, da la dorsal de la lengua, que se distribuye por la base de la lengua, y la -

sublingual, que marcha paralela al conducto de Wharton entre el músculo milohioideo y el músculo geniogloso. Después de haber dado origen a esta última rama la arteria lingual toma el nombre de arteria Ranina, la ranina irriga principalmente la porción móvil de la lengua. Está situada más cerca de la cara inferior de el órgano que de su cara dorsal; por esto en las glositis supuradas (flemones de la lengua) en que ordinariamente la tumefacción sobresale en la cara superior de la lengua y se interviene por esta cara, se puede incidir el absceso sin temor de herir una arteriola importante.

Las numerosas ramas que nacen de estas arterias se distribuyen por los músculos y por la mucosa. Su situación en medio de fibras musculares que se retraen cuando son seccionadas, arrastrando y ocultando los vasos interesados en ellas, explica la dificultad de la hemostacia directa; tanto es así, que muchos cirujanos practican previamente la ligadura de las dos arterias linguales en su origen cuando deben hacer sobre la lengua una operación importante.

Conviene saber, sin embargo que la sutura de las heridas basta para cohibir la hemorragia, siempre que todos los cortes de la lengua estén comprendidos en el asa del hilo.

b) Venas.- Las venas de la lengua forman tres grupos; las venas profundas, las venas dorsales y las venas raninas, que convergen hacia el borde posterior del músculo hiogloso y se reúnen en un tronco, la vena lingual propiamente dicha. Esta vena va a la yugular interna ya sea directa-

mente, ya fusionándose antes con la vena facial y con la vena tiroidea superior, para formar el tronco tirolinguofacial.

## LINFATICOS

Los linfáticos de la mucosa y los músculos de la lengua se anastomosan ampliamente entre sí - por una parte y por otra, los de una mitad de la lengua con los de la otra.

Los linfáticos terminan en varios grupos ganglionares que pueden dividirse en 2 grupos; - principales y accesorios.

Los grupos ganglionares principales están constituidos por los ganglios de la cadena carotídea. Estos ganglios reciben, linfáticos procedentes de todas las partes de la lengua.

Los grupos ganglionares accesorios están constituidos por los ganglios suprahioides medios, reciben algunos troncos linfáticos que proceden de la punta de la lengua. Al más anterior de los ganglios submaxilares, van a parar los linfáticos de los bordes laterales y de la porción marginal de la cara dorsal de la lengua. En la operación ideal del cáncer lingual se deberá extirpar toda esta cadena ganglionar.

## NERVIOS

Los nervios de la lengua son de tres órdenes; 1 nervios motores, 2 nervios de sensibilidad general y 3 nervios de sensibilidad especial.

1.- Los nervios motores tienen dos orígenes; el facial y el hipogloso. El facial da a la lengua el ramo llamado lingual.

El hipogloso mayor es esencialmente el nervio motor de la lengua de la que inerva todos los músculos.

Las lesiones destructivas de estos nervios, de sus núcleos de origen, o de sus centros corticales, se traducen en parálisis de la lengua, sus lesiones irritativas, por contracturas o espasmos (histeria, epilepsia).

2.- Nervios de sensibilidad general.- Estos son dos:

a) El lingual.- Rama del nervio maxilar inferior; se distribuye por los dos tercios anteriores de la mucosa de la lengua, y por las papilas fungiformes.

b) El nervio laríngeo superior.- Rama del neumogástrico, que envía algunas fibras a la porción más posterior de la mucosa de la base de la lengua.

3.- Nervios de sensibilidad especial.- Un nervio es el que parece presidir la sensibilidad gustativa de la lengua. El gloso faríngeo, que se distribuye en las papilas caliciformes y por la porción de la mucosa lingual, situada detrás de la V lingual.

## ESQUELETO OSTEOFIBROSO

Está formado por a- Un hueso, el hioides -  
b- Dos láminas fibrosas.

a) El hioides es un hueso impar mediano, situado en la parte anterior del cuello por debajo de la lengua y por encima del cartilago tiroides. Tiene forma de herradura siendo convexo hacia adelante. Se puede distinguir en él una porción media o cuerpo y cuatro prolongaciones dos de cada lado denominadas astas mayores y astas menores. En él se inserta un gran número de músculos, no sólo de la lengua sino también de la región del cuello.

b) Las láminas fibrosas.- Son la membrana glosohioidea y el septum o tabique medio que es una lámina fibrosa colocada en la línea media entre los dos músculos genioglosos. Tiene forma de una pequeña hoz, cuya base se continúa con la membrana glosohioidea y, por intermedio de esta con el hioides, su punta dirigida hacia adelante, se pierde insensiblemente en medio de los fascículos musculares del vértice de la lengua. Su borde superior convexo se dirige paralelamente a la cara dorsal de la lengua, de la cual está separada únicamente por intervalo de tres a cuatro milímetros. Su borde inferior es cóncavo y está en relación con las fibras más internas del geniogloso.

## FISIOLOGIA DE LA LENGUA

### MASTICACION

La trituración y división de los alimentos, comienza en la boca por la acción combinada de la mandíbula y de los dientes, de los músculos masticadores, de la lengua y de las mejillas.

Para que los músculos que mueven el maxilar inferior sean eficaces en la masticación es necesaria la acción combinada de los músculos de la lengua y de las mejillas, que, como dice Cannon, cumplen la función de la tolva en los molinos, es decir, ponen los alimentos sobre la arcada dentaria. Además estos músculos reúnen el material ya dividido en un bolo apto para la deglución.

Las funciones de la masticación son la de triturar los alimentos y la de favorecer su mezcla con la saliva y demás jugos digestivos. Además hemos visto que la masticación aumenta la secreción salival.

### DEGLUCION.

Se entiende por deglución el pasaje de los alimentos desde la boca al estómago. Se divide el acto de la deglución en tres tiempos; bucal, faríngeo y esofágico. Como nuestro estudio es de lengua, sólo estudiaremos el tiempo en que interviene esta.

El primer tiempo o tiempo bucal, está bajo la dependencia de la voluntad. Los alimentos ya masticados y mezclados con saliva, o bien los lí-

quidos ingeridos, se coleccionan primero en el espacio entre la punta de la lengua y la cara posterior de los incisivos. De ahí pasan al espacio formado por el hueco del dorso de la lengua y el paladar, la punta de la lengua se eleva entonces aplicándose contra el paladar y la arcada dentaria superior, y la base de la lengua se deprime. Luego - su parte anterior se eleva en masa contra la bóveda palatina haciendo que el bolo se deslice hacia atrás como en un plano inclinado y, por último, la parte posterior de la lengua se dirige bruscamente hacia arriba y atrás empujando el bolo hacia la farínge. La contracción del músculo milohioideo es el factor más importante en esta fase aunque intervienen el estiloso y el palatogloso.

El segundo tiempo o tiempo faríngeo se inicia aquí, con la llegada de los alimentos de la base de la lengua y la pared posterior de la farínge. Este tiempo y el que le sigue son puramente reflejos y no dependen de la voluntad.

El tiempo faríngeo si es importante por que en el, el bolo alimenticio debe recorrer la farínge en la que desembocan también vías respiratorias. En efecto el alimento llegando a la farínge podría seguir tres vías además de seguir por el esófago - a) volver a entrar en la boca; b) penetrar en las fosas nasales; c) penetrar en la larínge.

Tiempo esofágico, el bolo continúa por el esófago hasta el cardias. La progresión del bolo - semisólido o sólido se hace en el hombre, por la acción de las contracciones del esófago que adquieren carácter de onda peristáltica. En el caso-

de los líquidos estos pasan rápidamente desde la farínge al cardias, recorriendo el esófago que permanece relajado.

## EL GUSTO

**Bulbos del gusto.**- Se les llama también botones gustativos o corpúsculos del gusto, son perpendicularmente a la mucosa de la lengua, situados en el espesor de la capa epitelial. Se parecen estas formaciones bastante a globos o botellas ligeramente abombadas, el fondo de la botella correspondería al corión, en tanto que el cuello atraviesa los estratos superficiales del epitelio y desemboca en la superficie libre de la mucosa por un pequeño orificio circular, llamado poro gustativo; por este poro salen unas pequeñas prolongaciones filiformes, son las pestañas gustativas. Desde el punto de vista de distribución topográfica, los bulbos en el adulto se encuentran en tres puntos solamente, en las papilas caliciformes, las papilas fungiformes y las foliadas.

Inicialmente los receptores del gusto están distribuidas en el dorso de la lengua, las caras anterior y posterior de la epiglotis, la pared posterior de la farínge, en todo el velo del paladar y su pilar anterior salvo la úvula; en el adulto va disminuyendo con la edad, desaparecen primero del dorso de la lengua y luego de la punta paulatinamente para quedar sólo en las papilas ya nombradas.

Las pequeñas glándulas salivales serosas que vierten su secreción en los surcos de las papilas

las tienen un papel importante en la función gustativa, pues solubilizan y permiten la acción de las sustancias r $\acute{a}$ pidas, y luego hacen la limpieza del receptor, dejándolo en condiciones para recibir - otro estímulo. Los corpúsculos gustativos están - formados por células epiteliales de sostén y por - células gustativas finas, alargadas, con cilios, - o pelos gustativos que se proyectan dentro de la - cavidad del corpúsculo; alrededor de estas células terminan los nervios gustativos. La excitación de los receptores gustativos se hace por la introducción en la boca de una determinada cantidad de la - sustancia s $\acute{a}$ pida. Se diferencian cuatro gustos;-

a- Salado, b-  $\acute{a}$ cido, c- dulce y d- amargo.

Los receptores del gusto pueden ser excitados por v $\acute{a}$  sangu $\acute{f}$ nea; la inyección de una substancia s $\acute{a}$ pida en la circulación puede excitar el gusto cuando llega con la sangre a las papilas gustativas; la inyección endovenosa de Decolina (la sal s $\acute{o}$ dica del  $\acute{a}$ cido dihidroc $\acute{o}$ lico) despierta un gusto amargo.

## DISTRIBUCION DE LOS DIVERSOS RECEPTORES

Un corpúsculo gustativo es excitado al parecer exclusivamente por las sustancias de uno de - los cuatro grupos, pero en una papila pueden encontrarse corpúsculos correspondientes a dos a más - gustos.

En el hombre los receptores de salado se hallan en la punta y en la parte superior de los bordes de la lengua; los del  $\acute{a}$ cido, en los bordes la-

terales; los del dulce, en la punta y los del amargo en la base, en la región de las papilas caliciformes.

El sulfato de magnesio puesto en la punta - de la lengua tiene un gusto salado y es amargo - - cuando se coloca en la base de la lengua, la uro--tropina excita los receptores del dulce y del amargo.

La excitación de los receptores del gusto - provoca secreción salival, gástrica, etc. y activa la motilidad gastrointestinal.

## EMBRIOLOGIA

La lengua es derivado del ectodermo, y tiene doble origen; la parte anterior resulta de un - abultamiento denominado tubérculo lingual, que es medio e impar, en la parte media del fondo de la - cavidad bucal, en la parte ventral del primero y - segundo arcos faríngeos. La parte posterior, de - los tubérculos linguales laterales, uno a cada lado entre el segundo y tercer arco, faríngeo. Cre- - ciendo los tubérculos primero, segundo y tercero - fusionan sus masas y forman la lengua discutiéndose aún si en realidad el tubérculo lingual medio - interviene y en la formación de la lengua.

Las papilas empiezan a aparecer al final - del segundo mes de la vida embrionaria y resultan de la proliferación del epitelio y del tejido con- - junctivo.

Existen yemas gustativas en muchos puntos - de la lengua y su formación parece ser impulsada - por los nervios que se desarrollan en dirección a - los lugares que ulteriormente han de ocupar aque- - llas. Los órganos del gusto aparecen en el tercer- - mes de vida intrauterina.

Las glándulas de la lengua comienzan a desa - rrollarse en el segundo mes, bajo el aspecto de - formaciones epiteliales macizas.

No se sabe a ciencia cierta si los músculos - linguales derivan del mesodermo del fondo de la bo - ca o de los miotomos occipitales, penetrando en la - lengua con el nervio hipogloso.

## EXPLORACION DE LA LENGUA

La lengua es un órgano relativamente fácil de examinar y podemos tomar considerable información para la clínica. Es un excelente indicador del estado constitucional del paciente, pero es raramente útil para el diagnóstico de una enfermedad específica.

Galeu escribió; la condición de la lengua - revela a un observador atento el estado general de salud especialmente de las partes difíciles fluf-- dos y jugos masticatorios, órganos digestivos y - los pulmones de cualquier humano.

La lengua puede ser descrita como la ventana del sistema digestivo o el mirador del estóma-- go. Esto es difícil de entenderlo porque el examen de éste órgano frecuentemente es muy negligente.

La movilidad de la lengua se puede estudiar desde que el enfermo habla. El interrogatorio in-- formarás sobre esta misma movilidad durante la masticación y deglución.

La exploración de la movilidad provocada de la lengua deberá comprender los siguientes movi-- mientos; elevación de la lengua con la aplicación de ella sobre el paladar; retracción; propulsión - fuera de la boca, estudiándose si hay desviación - hacia uno y otro lado; movimientos de lateralidad con aplicación de la punta sobre la mejilla. El ob jeto de hacer ejecutar estos movimientos es averi-- guar si hay un estado de parálisis parcial o total del órgano, parálisis que puede ser funcional u or

gánica y acompañarse de atrofia.

Los bordes de la lengua pueden estar alterados en su forma debido a la presencia de cicatrices ocasionadas por mordeduras, hecho que acontece en los epiléticos, y que constituye un buen signo diferencial entre los accesos convulsivos de este origen y los que pueden presentarse en la histérica. El cáncer altera igualmente la forma y el volumen de la lengua.

La exploración de la base de la lengua exige el empleo de medios especiales. En efecto, esta porción del órgano no es visible directamente ni aún con un depresor lingual se deprime mucho su porción bucal; es preciso recurrir al examen laringoscópico. El tacto faríngeo permite sin embargo, practicar la palpación con el índice. Es posible tener acceso a la base de la lengua por la vía bucal, alumbrándose por un laringoscopio. Pero si esta vía natural es suficiente para tratar las afecciones benignas de esta región (la hipertrofia y las inflamaciones de la amígdala lingual, por ejemplo) no sucede lo mismo cuando se trata de afecciones malignas (cáncer) y cuando está indicado extirpar toda la lengua. En este caso se abre una vía artificial.

En algunas afecciones, la lengua puede salir fuera de la cavidad y en estas condiciones se concibe que puede ser mordida y hasta seccionada por los dientes.

Cuando adquiere dimensiones colosales puede colgar fuera de la boca, desimplantar los dientes-

o desviarlos llegando a producir hasta atrofia del maxilar inferior, por el obstáculo que oponga al desarrollo de este hueso.

La lengua presenta en estado normal un color rosado uniforme con humedad, sin pátina, ni alteraciones aparentes de superficie, ni de sus bordes.

En el lactante suele ser un poco blanquecina sobre todo en el dorso lo que es debido a la alimentación láctea.

### MALFORMACIONES CONGENITAS

#### a).- Aglosia y Microglosia.

La aglosia y su modificación microglosia son anomalías congénitas raras.

Jussiev, describió un caso de aglosia y Padget (1938) ha referido un caso de microglosia en que faltaba la mayor parte de la región anterior de la lengua.

Lamothe vió la aglosia congénita en una niña que nació normalmente, la ausencia de la lengua dejaba una cavidad grande, en el fondo de la cual podía verse la epiglotis. En la superficie anterior de la epiglotis había un abultamiento del tamaño de un chícharo, única indicación de la lengua. La membrana bucal estaba presente de tal manera que la respiración sólo era posible por la nariz.- Hubo necesidad de instituir la alimentación artificial.

cial por un tubo introducido en el esófago; fué im-  
 posible alimentar a la niña por la boca hasta que-  
 la membrana se hubo eliminado quirúrgicamente.

### b).- Macroglosia.

La macroglosia verdadera es síntoma común -  
 de cretinismo y mongolismo.

La causa de la macroglosia congénita es el-  
 sobredesarrollo de la parte muscular de la lengua.

Es una hipertrofia muscular bilateral o uni-  
 lateral según esté afectado todo el órgano o la mi-  
 tad de él. Bronstein y sus colaboradores describie-  
 ron un caso y basaron su diagnóstico en el examen-  
 microscópico. Por medio de un completo estudio hi-  
 cieron notar que el agrandamiento uniforme de la -  
 lengua puede verse también en la hipertrofia muscu-  
 lar generalizada del resto del organismo. En casos  
 del horga hipertrofia del cuerpo o de la cara sólo-  
 está afectada la mitad de la lengua. También encon-  
 tramos macroglosia en el mixedema infantil.

La lengua anormalmente voluminosa en suje-  
 tos de lenguaje torpe con voz grave, debe hacer -  
 sospechar cretinismo o mixedema.

Brodie y colaboradores han publicado un ca-  
 so de macroglosia muscular y examinando el efecto-  
 del aumento de volumen de la lengua sobre la oclu-  
 sión y desarrollo de la mandíbula se ha observado-  
 macroglosia adquirida en pacientes de amiloidosis-  
 generalizada, con demostración, por biopsia, del -  
 depósito de substancia amiloide en la lengua.

En la acromegalia el gran tamaño de la lengua es uno de los signos de la anomalía, puede llegar a causar deformación del arco dental y oclusión irregular a causa de la presión que continuamente ejerce sobre los dientes. Si el excesivo desarrollo ocurre tempranamente en la vida intrauterina; la macroglosia puede impedir la unión de los mamelones faciales.

#### c).- Anquiloglosia.

La anquiloglosia completa consiste en la fu sión de la lengua al suelo de la boca. En la mayor parte de los pacientes encontramos anquiloglosia parcial causada por un frenillo corto de la lengua que llega demasiado cerca de la punta de la lengua. Muchos niños que tienen ésta anomalía no requieren ningún tratamiento porque se corrige por sí sola y la alimentación generalmente no está dificultada.

Si el frenillo insertado cerca de la punta provoca que la lengua sobre los incisivos y al hacer el esfuerzo se arquea en medio del dorso. Esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronun- ciación. Debe hacerse un tratamiento quirúrgico que consiste en una incisión en el frenillo para colocarlo en un punto que está mas posterior a la punta de la lengua a fin de que ésta tenga mayor libertad de movimientos (frenilectomía lingual)

#### d).- Lengua bifida o lobulada.

La lengua bifida es una malformación rara que consiste en que la parte anterior de la lengua

está hendida en la línea media. La anomalía puede estar asociada con la fisura media o malformación en la línea media del maxilar inferior. La lengua lobulada es de tamaño normal, tiene adherida a ella un lóbulo de tamaño mucho menor. Este tipo resulta de la incompleta fusión de las dos mitades de éste órgano, es un desarrollo anormal de pequeña significación clínica.

e).- Lengua fisural.

En ésta una malformación de la lengua de origen congénito que afecta la superficie de la lengua. Hay profundos surcos, uno que se extiende en dirección lateral sobre todo la superficie de la lengua se encuentra alargada y gruesa.

Es uno de los desarrollos anormales más comunes a este órgano aunque no es de importancia patológica. Algunos clínicos piensan que ésta condición predispone a la benigna glositis migratoria y a la localización de lliquen plano. Es importante asegurar al paciente aprehensivo que esta condición no es precancerosa.

No hay predisposición sexual o racial. Los surcos o fisuras aumentan de tamaño, en algunos pacientes, con los años. Esta anomalía suele tener antecedentes hereditarios; en el 25% de los casos hay también macroglosia.

La fisura longitudinal central y profunda es la más común, las dimensiones, número y profundidad de los surcos sobre la superficie son variables, pero casi siempre simétricos, las fisuras

múltiples pueden estar dispuestas longitudinalmente en forma ramificada o en ángulo recto con los bordes de la lengua; pero sea cual fuere la disposición adoptada por los pliegues o surcos carece de significación clínica.

En casos raros se inflama generalmente el fondo de los surcos; si hay dolor, la posibilidad de una neoplasia maligna llega a constituirse en preocupación injustificada para el paciente.

Como algunas veces está combinada con la macroglosia suele haber indentaciones en los bordes de la lengua. A veces el paciente descubre las fisuras por alguna quemadura u otra lesión, y nos asegura que aparecieron después, porque antes no las había visto.

Si existen síntomas de inflamación, se exponen las fisuras volviendo los bordes, y se pueden limpiar con agua oxigenada al 3% para suprimir las partículas de alimento, y después algún antiséptico ligero, como paliativo; los colutorios de agua bicarbonatada tibia.

f).- Quistes y Nódulos embrionarios de la lengua.

Inmediatamente detrás de las papilas caliciformes persisten a veces en la lengua porciones aberrantes de tiroideas que no suelen producir síntomas.

Raras veces se desarrolla un quiste en la porción lingual del conducto tirogloso; en tales casos se origina una masa situada en la línea me--

dia de la lengua, inmediatamente por delante del vértice de la V formada por las papilas caliciformes. Si el quiste se infecta produce intenso dolor.

Los nódulos son trozos adenomatosos de tejido tiroideo (Bocio Lingual), son restos del conducto tirogloso. Son benignos y crecen lentamente. El bocio lingual suele ser sangrante, a veces coincide con trastornos de la glándula principal, o ya sea con hiper o hipotiroidismo. Su extirpación puede producir mixedema. Si la actitud funcional no está en la glándula principal.

#### g).- Glándula tiroide aberrante.

Pueden encontrarse glándulas tiroides aberrantes en la vecindad inmediata del hueso hioides y de la lengua.

Estas formaciones pueden agrandarse y formar bocio en el hipertiroidismo. También puede ser asiento de tumores malignos.

#### h).- Glositis mediana rómbica.

Una glositis mediana rómbica, al contrario de lo que se piensa, constituye una formación lingual de relativa frecuencia y que corresponde a displasia congénita por no soldarse las dos mitades laterales de la lengua antes que el tubérculo lingual medio se interponga entre ellos y no es un proceso inflamatorio localizado como su nombre hace pensar.

Se caracteriza clínicamente por la presen--

cia de un nódulo mediano situado en la cara dorsal de la lengua recubierta por epitelio liso y brillante, distinguiéndose de ese modo del epitelio lingual restante, que es áspero por la presencia de papilas gustativas. Es lisa por la ausencia de papilas filiformes.

Se ve una placa roja suave ovalada y brillante en el dorso de la lengua, situada justamente delante de las papilas caliciformes. A veces se desprenden pequeñas protuberancias de ésta área a causa de hipertrofia inflamatoria y con frecuencia se forma un abultamiento nodular opalescente dispersado sobre el área roja. Es indoloro y no se sabe que resulten complicaciones.

El nódulo es de consistencia idéntica a la de la lengua, o ligeramente endurecido de bordes nítidos y regulares.

Su presencia es perfectamente explicada por la embriología, ya que en un embrión de 4.5 mm. se observa en la superficie ventral del primer arco branquial, dos eminencias uno de cada lado de la línea media, llamados tubérculos linguales laterales; cuando evolucionan esos nódulos, se aproximan hacia la línea media, ocluyendo progresivamente un espacio circunscrito por ese arco branquial. Simultáneamente forman en la línea media, a nivel de la primera bolsa branquial un tubérculo impar que va a consistir el tubérculo dorsal.

Con el crecimiento esos botones se fundan, resultando entonces una lengua definitiva.

Los tubérculos linguales laterales no siempre se reúnen, resultando una faja de tejido mesenquimatoso predominantemente fibroso, que va a constituir el septum lingual mediano. De una imperfección de coalescencia de ése tubérculo lingual lateral, como es fácil de concluir, resulta una división mediana de la lengua, estado evolutivo que persiste en algunos mamíferos inferiores y que se ha conocido por pinipedia.

Según Cormo Lordy, en la tercera semana de desenvolvimiento de el embrión humano, inmediatamente atrás del área que irá a formar el alvéculo lingual dorsal, o epitelio endodérmico, se profundiza para constituir el canal tirogloso (donde se origina la glándula tiroides) y posteriormente la oclusión de este, o foramen cœcum.

Una porción faríngea de lengua depende en su formación de cúpula o sea una saliente situada medialmente, luego abajo de él tubérculo lingual dorsal. Ese tubérculo según Cormo Lordy desenvuélvese a la altura de segundo o tercer arcos braqueales, así como sus respectivas bolsas.

El cuarto arco braqueal, también toma parte activa en la formación y contribución del neumogástrico por intermedio del laríngeo superior para inervar la porción de lengua que se sitúa en las proximidades de la base de la epiglottis.

Una porción faríngea de la lengua es punto de convergencia de las vertientes de la V lingual donde se encuentra un canal tirogloso, se funde con los botones linguales, ya perfectamente desa-

rollados, ocluyendo ese canal.

De los conocimientos de embriología justificase también una compleja inervación de las porciones formadas por los tubérculos linguales laterales.

El cuarto arco branqueal como dijimos anteriormente, contribuye por intermedio del laríngeo superior para inervar la parte de la cara dorsal - de la base de la lengua.

Con los conocimientos de estos datos embriológicos, una glositis mediana rómbica puede ser explicada como una imperfección del proceso normal - de fusión del tubérculo lingual dorsal con los laterales y que sucede a nivel de la foseta romboidal.

La mayoría de las veces esa displasia es - asintomática, no obstante su situación saliente y estar desprovista de la protección de las papilas - y del espesamiento de la mucosa; empero puede ser sede de procesos inflamatorios crónicos y de ahí - determinar fenómenos dolorosos y de intensidad proporcional al grado de irritación, en cuyo caso se recurre al agua oxigenada y a los antisépticos ligeros. El paciente suele desarrollar cancerofobia.

En ese caso el tratamiento quirúrgico es - exigido procediéndose a la excisión fusiforme de - ésta, con sutura inmediata.

Un conocimiento de éstas características es indispensable para la realización del diagnóstico-

diferencial con las lesiones blastomatosas y con algunas infecciones como la tuberculosis, la sífilis y la blastomycosis que en esa localización se presentan a cierta confusión con la glositis mediana rómbica.

## ALTERACIONES DEBIDAS A PADECIMIENTOS LOCALES DE LA LENGUA

### a) Cambios en el aspecto de la lengua

#### 1.- Lengua Geográfica.

Esta condición también se denomina "erupción migratoria de la lengua"; su etiología es dudosa y se desconoce su verdadera naturaleza. El proceso se observa en niños principalmente, aunque se puede encontrar en cualquier edad y sexo. Es frecuente en mujeres, sobre todo en las de temperamento nervioso, en quienes a veces se presenta durante la menstruación, la lengua geográfica es de origen microbiano ni micótico. Se ha observado que los pacientes de fondo alérgico suelen tener predisposición para esta enfermedad. También se cree que sea hereditario, o de origen neuropático.

**Sintomatología.**- Aparece en el dorso y bordes de la lengua en edad temprana y generalmente persiste, las lesiones se indican por una o varias máculas rojas no induradas con bordes bien definidos de color amarillento y ligeramente elevadas, - se debe al engrosamiento de las papilas filiformes e hipertrofia del epitelio.

Estos parches rojos, como denudados, de forma y tamaño regular, cambian en forma y localización de día a día.

En estas manchas desaparecen las papilas filiformes. Las papilas fungiformes aparecen como pequeñas eminencias rojas brillantes. Pueden permanecer sin variación durante semanas o migrar rápida-

mente, de aquí su denominación de "migratoria".

Los tejidos situados inmediatamente por dentro de los bordes tienen color rojo vivo. La unión de varios de estos anillos crecientes originan el aspecto geográfico, por lo que toma ese nombre.

Los síntomas subjetivos son ligero ardor y algunas veces purito, no hay dolor acompañando a la lesión.

El diagnóstico de lengua geográfica no presenta dificultades. Habrá que diferenciarlo de las zonas desprovistas de papilas que se observan a veces en lenguas por lo demás normales. El líquen difuso o la leucoplasia lingual incipiente pueden plantear algunos problemas de diagnóstico en el adulto. Los cambios observados en su distribución nos sacan de duda. Los exantemas medicamentosos tienen aspecto similar al de la lengua geográfica, pero suelen ser dolorosos, y podrían eliminarse fácilmente si no hay el antecedente de ingestión de medicamentos.

Histopatología.- Limitación de la enfermedad o las capas epiteliales. Causa cantósis y para cantósis, hipertrofia del epitelio con edema en la red malpighiana, exudación inflamatoria en la capa capilar del corión. El edema resultante causa exfoliación del epitelio, proceso que se observa en el borde de las lesiones.

Tratamiento.- La lengua geográfica no requiere tratamiento especial por no tener síntomas serios y porque no se conoce su etiología. El proceso se resuelve sólo y no evoluciona; no se sabe-

que haya sido origen de secuelas graves. A los pacientes aprehensivos deberá asegurárseles que la lesión no es pre-cancerosa; pueden recomendarse enjuagues alcalinos. Algunos autores han recomendado la ingestión de altas dosis de complejo vitamínico B.

## 2.- Lengua Velloso.

Es una condición llamada también lengua Negra Pilosa. Esta no debe confundirse con la lengua negra causada por pigmentaciones, que es una entidad clínica no perjudicial que resulta de la coloración de la capa de revestimiento del órgano; por frutas, dulces, medicamentos o por pigmentación superficial producida al descomponerse la sangre.

Es el resultado de la hipertrofia de las papilas filiformes con decoloración superpuesta. Puede ser debida al uso de drogas tales como el perborato de sodio o los antibióticos.

Etiología.- Obedece a diferentes causas, - una alteración trofoneurótica, irritación química como gastritis con hiperacidez, uso de medicinas, - enjuagatorios irritantes, etc. Según Casper; si de la lengua no se aislan microorganismos u hongos - productores de pigmentos, el proceso debe considerarse como lengua negra falsa. La lengua negra pilosa de la especie humana no guarda relación con la lengua negra del perro, síntoma de carencia de niacina. Se han encontrado casos en la cuál la sulfonilamida causó hipertrofia papilar, que desapareció suspendida la medicación.

Freeman describe una lengua vellosa que resultó de la administración de penicilina, la cual se volvió parda y luego negra cuando el paciente tomó una medicina que contenía hierro.

Algunas teorías le atribuyen origen parasitarias y otras bacterianas.

Los microorganismos pueden ser el factor productor de la colaboración de la lengua vellosa.

Pueden encontrarse toda clase de microorganismos entre los grupos papilares agrandados. Se han hecho cultivos y encontrado estreptococos, estafilócocos, leptotrix y levaduras. Se ha referido que el uso de trociscos de penicilina de aureomicina produce la lengua vellosa.

Según Weidman, la causa de la lengua negra verdadera es la infección superficial por microorganismos u hongos cromógenos, acompañada de alteraciones morfológicas de la capa de revestimiento del órgano. Kenedy y Howles han observado casos en que la lengua pilosa negra era causada por fumar cigarrillos que poco antes habían sido depositados sobre una superficie mohosa. De las lesiones linguales donde habían sido colocados los cigarrillos se aisló monilia albicans. Estos autores no explican como se produce el cambio de color.

La lengua negra que se produce durante la penicilinoterapia ha sido atribuida a la disminución de productos metabólicos de la flora simbiótica bucal que normalmente inhiben las esporas de los hongos.

Los "pelos" que se producen en esta afección no son más que las papilas filiformes hiperqueratinizadas e hiperplásicas. Se cree que hay predisposición congénita al alargamiento de las papilas.

**Sintomatología.**- Esta es una alteración inofensiva. Se presenta sólo en una parte del dorso, generalmente adelante de las papilas caliciformes.

Se han visto casos de coloración amarilla, verdosa, pardo, negrusco y negro azulado. No se han referido casos malignos.

Raras veces hay síntomas subjetivos, pero en casos extremos las alargadas papilas filiformes pueden tocar el paladar y provocar náuseas y sensación de cosquilleo. El proceso se suele descubrir de manera accidental.

**Histopatología.**- El examen microscópico del tejido extirpado muestra reacción inflamatoria en la capa papilar del corión semejante a la de la leucoplasia.

Las papilas filiformes están hipertrofiadas y alargadas, debido a la retención de células cornificadas que no se descaman.

Las raspaduras muestran el tejido cornificado, y al microscopio se ven bacterias mediante procedimientos de tinción.

**Tratamiento.**- Aún cuando la lengua negra pilosa es inocua y suele desaparecer espontáneamente,

algunas veces resiste a la terapéutica.

Aunque sea sólo por razones psicológicas deberá ponerse en práctica algún tratamiento activo. Cuando se conoce el agente causal, debe ser eliminado. Debe evitarse el tabaco y todos los agentes-irritantes.

Prinz aconseja eliminar las papilas alargadas con toques de ácido salicílico al 10 ó 15 por-ciento.

Pueden usarse escróticos para producir descamación, que no sean muy fuertes, para que no produzca necrosis que favorezcan la infección, medidas de higiene incluyendo raspados. Si hay levaduras se recomiendan las aplicaciones de Violeta de Genciana, las aplicaciones locales con agua oxigenada al 10 por ciento en muchos casos eliminan las papilas coloreadas. Son muy eficaces las aplicaciones de un fungicida, el Caprilato de Sodio en solución acuosa al 20 por ciento.

## b) Quemaduras.

### 1.- Quemaduras Térmicas.

Con frecuencia son producidas por alimentos calientes o lesión accidental del cauterio cuando se usa en la boca.

Sintomatología.- Las quemaduras superficiales forman vesículas, que se rompen y descargan algo de linfa, después de lo cual hay depósito fibrinoso que substituye el epitelio descamado. La mucosa está roja e inflamada.

Si esta quemadura es debida al electrocauterio, la lesión generalmente es profunda y el tejido expuesto, se cubre con una escara. Las quemaduras serias pueden producir contracciones deformantes de cicatrización.

Tratamiento.- Este consiste principalmente en la prevención de la infección de la mucosa de la lengua. Se recomienda el empleo de antibióticos, la limpieza diaria de la herida y aplicaciones locales con antisépticos ligeros.

## 2.- Quemaduras Químicas.

Se produce por el uso prolongado de astringentes, germicidas concentrados, enjuagatorios con perborato de sodio en forma rutinaria, aplicación imprudente de ácidos, álcalis, yodo, fenol, sulfato de cobre, etc.

## 3.- Quemaduras Galvánicas.

La presencia de metales diferentes en la boca forma una pila galvánica sirviendo la saliva como electrolito.

Siempre para hacer un diagnóstico se debe tomar en cuenta estas lesiones aunque no sean comunes; y deben considerarse no solamente en aquellos casos en que hay lesiones definidas, sino también en casos con síntomas vagos como sensación de quemaduras en la boca o en la lengua.

Se han visto áreas de erosión, úlceras y zonas denudadas en la lengua, sobre todo en el dorso.

Algunos investigadores consideran que pueden volverse malignas.

La supresión de los metales diferentes generalmente va seguida de curación.

Histopatología.- Se extirpó tejido de un caso en el que se halló un área de eritema con depósito metálico.

El examen microscópico demostró la existencia de inflamación algo profunda con depósitos metálicos; en el epitelio hiperqueratosis y acantosis.

La mucosa contenía muchas células inflamatorias. El corión estaba afectado por edema, los vasos sanguíneos ligeramente inflamados.

c) Alergias. Manifestaciones alérgicas e intolerancia a los medicamentos.

#### 1.- Alergia por contacto.

Es distinto a las quemaduras químicas, pues la alergia sólo se presenta cuando hay sensibilidad en los tejidos.

Los medicamentos, los artículos de tocador, los materiales acrílicos o metálicos y los alimentos pueden producir lesiones en individuos sensibilizados.

La lesión consiste en hinchazón y erupción vesicular, y aparece después de sensibilizado el -

tejido.

Las principales reacciones en la cavidad bucal son queilitis y glositis. En casos particularmente resistentes, la cortisona ha probado ser benéfica.

Para probar la alergia se ha recurrido a la prueba del parche que consiste en poner en contacto el elemento alérgico en la región. Esta sufre una reacción exantémica, notando alivio cuando se retira el alérgeno y exacerbación si hay contacto el elemento.

Las lesiones provocadas se clasifican de Venenatas.

Glositis Venenata.- La lengua cuando está sensibilizada experimenta el daño si se pone en contacto el alérgeno, al lamar o tocar con la lengua substancias extrañas. Puede ser pintura labial o una dentadura recientemente colocada. A veces puede existir dolor.

## 2.- Alergia a los medicamentos.

Puede afectar además de la lengua; a los labios, carrillos, paladar blando, úvula y los párpados. Se les llama edemas angioneuróticos, y la sintomatología varía desde el edema hasta urticaria, eritemas, vesículas y ulceraciones.

Los medicamentos no sólo por contacto pueden provocar alergia, sino también medicamentos inyectados, ingeridos, inhalados o absorbidos por la

superficie.

Dolor y comezón acompañan a las reacciones. Casi todas las lesiones desaparecen al suspender - el tratamiento.

Edema angioneurótico.- Está caracterizado - por la aparición repentina de tumefacción edemato- sa que en tamaño difiere de la urticaria. Se cree- que es una manifestación alérgica, no siempre de- mostrable, pero que tiene tendencia hereditaria, - produciendo hipersensibilidad individual del siste- ma neurovascular.

El edema angioneurótico puede presentarse - exclusivamente en la boca sin atacar el resto del- organismo, por lo que se puede tener equivocadamen- te por absceso de un diente afectado. El período - de duración es mayor en el edema que en la urtica- ria y se repite a intervalos regulares y nó, neces- riamente en el mismo lugar.

Tratamiento.- Epinefrina 0.5 a 1.5 cc. de - una solución de 1:1000 intramuscular, subcutánea o submucosa, Sulfato de anfetamina para los ataques- agudos.

d) Mucocele de la Lengua.

Estos son quistes de retención, pueden ser- únicos o múltiples. El abultamiento se debe a la - acumulación de moco por la oclusión del orificio - del conducto excretor.

Se forma un nódulo translúcido de color azu

lado o verdoso del tamaño de un chícharo. Regularmente se forman en las glándulas de Blandín o Nühn en la parte anterior de la lengua con orificios hacia la superficie inferior. Su tratamiento es quirúrgico.

#### e) Amigdalitis.

La amígdala lingual, aunque con rareza, también se inflama y supura. Como su asiento es invisible de frente, pues está en la base oculta del órgano, su inflamación sólo se sospecha cuando dentro de un cuadro febril faríngeo existe dificultad en los movimientos de deglución, sin que una flogosis de la garganta lo explique aplicando el espejo del laringoscopio, en el caso positivo, se descubre un levantamiento en el tronco de la lengua, y borrados por infiltración los pliegues glosos y faringo-epiglóticos por la blandura de los tejidos, el tacto digital no siente fluctuación.

El desconocimiento de esta localización flegmática no es de consecuencias, porque siendo submucosa, si no se resuelve, al supurar se abre. Su diagnóstico diferencial con la glositis supurada intramuscular de la base, es teórico. Su confusión si es peligroso con el flemón, que nace y se forma en el espacio conjuntivo real que existe entre el hueso hioides, el cartílago tiroides y la epiglottis ya que este es más aparatoso y grave.

#### f) Papilitis.

Llamada también papila dolorosa es un padecimiento observado principalmente en los adultos.-

Se manifiesta por dolor en los bordes de la lengua, cerca de la base.

El examen cuidadoso de esta área revelará - un tenido moderadamente hipertrófico con hipere- - mia, o una papila caliciforme aumentada de tamaño.

La causa de la papilitis generalmente es de tipo irritativo por lo que eliminado este se obtendrá el alivio.

#### g) Ránula.

Los nombramos aquí por que afecta la posición de la lengua. Está localizada en el piso de la boca.

Es debida a la obstrucción de los conductos salivales infralinguales. Es un aumento de volumen obstructivo y translúcido del espacio sublingual - indoloroso y fluctuante.

La presencia de cálculos en los conductos - de estas glándulas pueden ser causa de ránula.

Causa elevación de la lengua hacia arriba, - interferencia con la alimentación y el habla, la - voz se vuelve áspera y gruesa. Si es tan grande - que cause dislocación de la lengua, provoca dolor - o parálisis por presión.

Tratamiento.- Quirúrgico (marsupalización).

## h) Glositis Parenquimatosa.

Se encuentra rara vez; casi siempre en hombre adulto y en los meses de invierno. Se cree que se debe al enfriamiento del cuerpo o bien a la acción irritante de algunas sustancias como el alcohol, tabaco, etc. A veces después de una enfermedad contagiosa. Stranpelli, asegura que siempre se debe a la penetración de gérmenes favoreciendo desde luego escoriaciones superficiales que se forman en la lengua; al efectuar movimientos invade también los músculos de la masticación y cuello. Se observa rápido aumento de volumen de la lengua a tal grado que en un día puede crecer el doble o el triple de su tamaño, y en consecuencia sale fuera de la boca.

Se ve lisa y de color violáceo si quitamos el barniz de saburra, en ocasiones se ve agrieta--da, seca y aún con placas gangrenosas. Siendo frecuente que se localicen abscesos clínicos que se abren y vacían en distintos puntos de la superficie de la lengua; hay elevación moderada de temperatura.

Por el tamaño del órgano, la acompañan inmovilidad y dolor, se perturban las funciones, la palabra, la deglución y la respiración, habiendo también sialorrea, hinchazón de las glándulas salivales y de los ganglios linfáticos.

Evolución.- Esta se verifica de ordinario - en sentido de la curación, el dolor tiene una curación de 3 a 5 días y como ya se ha dicho abriéndose algunos abscesos, de este modo disminuye el vo-

lumen de la lengua; la resorción es incompleta, pasando entonces al estado crónico, por lo que la lengua queda un poco dura y algo crecida; la gangrena extensa del órgano, la supuración difusa, la propagación de la inflamación al tejido celular del cuello, la septicemia y las complicaciones bronco-pulmonares por la inducción de productos sépticos por la laringe, son complicaciones que pueden venir de esta enfermedad, pero son mucho menos frecuentes que la resolución satisfactoria, la enfermedad puede afectar solamente una parte de la lengua, ya sea en la mitad o en la base. El diagnóstico es benigno, si se sabe intervenir. Cuando no es grave se aconsejan colutorios antisépticos; si se observan abscesos se deben debridar.

#### i) Leucoplasia.

Hiperqueratosis, disminución en la translucidez del epitelio.

Se caracteriza por engrosamiento del epitelio de la mucosa bucal en un principio con manchas pequeñas blanco-azuladas que se reúnen dando forma a una placa típica más o menos extensa, irregular, blanco-opalina, nacarada, a veces reticulada o pigmentada. Si se trata de arrancar esta placa, los tejidos subyacentes sangran.

Se presenta en cualquier parte de la cavidad bucal; nosotros estudiaremos la que se encuentra en la lengua; a veces es sólo una placa pequeña y a veces la lengua en toda su extensión.

Como la mucosa bucal y la piel tienen el

mismo origen embrionario la leucoplasia es considerada como una dermatosis. La leucoplasia bucal es importante por su frecuencia y por las graves secuelas que pueden resultar de la falta de diagnóstico a tiempo oportuno.

La ausencia de síntomas es una de las características de la leucoplasia bucal. Es esencialmente crónica, estas lesiones pueden existir por mucho tiempo, hasta que se descubre accidentalmente. La enfermedad puede permanecer estacionaria, o progresar gradualmente.

Se puede confundir con el Liquen plano, que no es de naturaleza pre-cancerosa como se considera a la leucoplasia.

Frecuencia y edad.- Es más frecuente en - - adultos de 50 a 70 años de sexo masculino, aunque no es raro encontrarla en mujeres y en jóvenes de ambos sexos. No hay predisposición racial, aunque algunos autores (Niedelman) aseguren que es menor en los individuos de raza negra.

Etiología.- Se ignora la verdadera causa de la leucoplasia, pero se reconoce la influencia de varios factores predisponentes locales y algunos - autores (Burket) aseguran factores generales.

Factores generales.- Parece que las personas blancas y de ojos azules, tienen mayor predisposición a la leucoplasia; la carencia de complejo vitamínico B también se ha nombrado, así como disfunción de las glándulas sexuales. Sífilis, tuberculosis, han sido nombrados aunque no como causas-

principales pero si asociados a las causas locales.

**Factores locales.**- Se consideran estos de mayor importancia que los generales.

Por las estadísticas de mayor sospecha recae sobre el tabaquismo pero también se le atribuye al alcoholismo, galvanismo, alergias, y principalmente a la constante irritación local en individuos con predisposición, que se cree puede ser heredada o adquirida.

**Cuadro clínico.**- Como se dijo al iniciar este tema, la leucoplasia se considera precancerosa, son manchas irregulares de coloración blancuzca.

La etapa eritematosa inicial unas veces suele atribuirse al abuso del tabaco, otras a irritación traumática. El ardor o la sequedad de los tejidos que se presentan después de fumar o consumir bebidas alcohólicas, no suelen inducir al paciente a consultar a un dentista, por lo que no es raro hallar leucoplasia avanzada, a veces con degeneración maligna, sin que el paciente halla experimentado síntomas dolorosos. Cuando hay grietas o fisuras y dolor la lesión está en fase avanzada y habrá que pensar en la posibilidad de carcinoma, aunque puede ser imposible clínicamente detectar el punto en el cual la lesión puede ser maligna.

En un principio, la leucoplasia es reversible; eliminando la causa que la provoca, se elimina la lesión.

La pérdida de la elasticidad de los teji--

dos, puede percibirlo el paciente, sobre todo si - la lesión lingual es extensa. A medida que la leucoplasia local se desarrolla, la mucosa pierde su brillo y se vuelve mate. La placa tiene bordes - bien definidos y alrededor de ésta no hay inflamación. Se ha visto glositis algunas veces. La falta de papilas en el lugar de la lesión es uno de los signos de diagnóstico característico de la leucoplasia en el dorso de la lengua.

El espacio sublingual y la superficie inferior de la lengua son a veces las únicas zonas donde se produce la leucoplasia en los fumadores de pipa. Cuando la leucoplasia se acompaña de degeneración maligna, puede presentar aspecto cristalino o escarchado.

Diagnóstico.- El diagnóstico de la leucoplasia ofrecerá pocas dificultades si el clínico conoce bien el aspecto y la localización característica de estas lesiones. La existencia de uno o más factores predisponentes locales o generales afirmará el diagnóstico. Cuando hay ulceraciones el diagnóstico no es sólo más fácil ni más difícil, sino es más necesario. Si el diagnóstico es incierto o se sospecha degeneración maligna, se debe hacer la biopsia. Si la lesión es de pequeñas dimensiones, debe extirparse completamente.

Diagnóstico diferencial.- Se tendrán en cuenta los siguientes procesos; liquen plano, placas mucosas sífilíticas, aftas, irritación traumática de la mucosa bucal y zonas limitadas de esclerosis cicatrizal.

Hay una prueba clínica que ayuda a diferenciar la leucoplasia de otras lesiones que alteran en forma similar el aspecto de la mucosa bucal. Sé quense los tejidos afectados y aplíquese a los mismos solución de Lugol. Las zonas de leucoplasia no toman el color intenso de caoba porque las células hiperqueratóicas contienen menor cantidad de glucógeno. En consecuencia, las lesiones traumáticas de las mejillas se colorean con intensidad mayor - todavía.

Tratamiento.- Si se logra obtener la cooperación del paciente, la leucoplasia en fase inicial puede tratarse con éxito empleando métodos conservadores. Se le explica a este que si no sigue el método indicado, hay amenaza de degeneración maligna. Hay que explicarle la naturaleza crónica, para que no espera lograr ninguna mejora antes de seis meses, para que no suspenda el tratamiento.

Suprimanse todas las causas de irritación.- Prescribese en absoluto el tabaco y redúzcase al mínimo las bebidas alcohólicas y condimentos.

Se pondrá la boca en las mejores condiciones de higiene, suprimiendo todas las fuentes de irritación mecánica. Debe insistirse en tener la boca sana y limpia.

Se ordenará al paciente que con un lienzo suave humedecido en agua con jabón suave puro, se de masaje ligero en las lesiones dos veces al día durante cinco minutos. No es raro que por este procedimiento, las zonas coriáceas de leucoplasia se-

ablanden e incluso desaparezcan por completo si és to llegara a suceder, no se debe olvidar decir al paciente que no deberá volver a fumar ni a sus antiguos hábitos de comer y beber. Las medidas conservadoras no surten efecto por segunda vez.

Nathanson y Weisberger obtuvieron buenos resultados con la administración parenteral de hormonas sexuales femeninas. La hormona secuai masculina por vfa bucal no fue tan eficaz.

Se ha empleado la electrocoagulación pero a veces la lesion se extiende más rápidamente después de ser empleada ésta.

Si se puede obtener la absoluta cooperación del paciente, la leucoplasia en la fase inicial és de pronóstico favorable, aunque algunas placas de leucoplasia bucal continúan progresando sea cual fuere los recursos empleados para dominarlas.

Histopatología.- La investigación microscópica puede indicar solamente células atípicas o considerable mitosis, en tales casos el tratamiento debe ser inmediato con adecuada eliminación.

#### j) Tumores.

Con la palabra tumor se designa aumento de volumen. La palabra tumor viene del latín, quiere decir hinchazón lo que indica algún abultamiento anormal sin propósito útil, en el organismo en cualquiera de sus componentes.

Los tumores primeramente se dividen en be--

nignos y malignos.

Los padecimientos tumorales más graves de la boca y la garganta son los cánceres; ahora bien, como su principio es indoloro y silencioso, su descubrimiento y diagnóstico oportuno toca al dentista.

Un tumor, una pequeña úlcera o dureza de la lengua en el fumador, trae la idea inmediata de epiteloma, la erosión es muy sospechosa, los chancros se conocen por su reciente y especial aparición.

Cuando se explora la boca por una queja expresa o por dificultades en el habla, masticar o deglutir, si examinándolo la lengua se descubre en el órgano de formación local visible, o palpándolo se nota una dureza profunda como tumor enterrado, ello envuelve una interrogación de las más comprometidas en clínica ¿es ello un sifiloma?, ¿un carcinoma?, ¿será un nódulo actinomicótico?, ¿un absceso incrustado en el cuerpo muscular?, ¿un fibroma?, etc.

Físicamente todo eso puede ser; toca a la clínica dilucidarlo. Es inútil confiar la solución al presente y a los sentidos, hay que regresar al pasado, relacionar la lesión con el individuo portador, vigilar la marcha, probar un tratamiento y recurrir a investigaciones auxiliares pertinentes.

Se presentó una glositis parenquimatosa y tras ella quedo ese residuo nodular quizá renitente y dolorosa, la idea de absceso se desprende; tu

mor indiferente sólido o líquido, pero encapsulado e insensible de lentísimo crecimiento y que no obstante su cronocidad no tiende a ulcerarse, es benigno, cualquiera que sea su naturaleza y composición; si es duro quizá sea un fibrema, si data de la niñez será un tumor tiroideo, pues la lengua y la tiroides tienen un origen embrionario común; si es blando, lipoma; si es líquido, quiste; su diagnóstico anatomopatológico es casi imposible sin biopsia, aunque todos ellos sean extirpables.

En un tumor de la lengua, un verdadero problema estriba en diferenciar clínicamente un esclerogoma de un epitelioma; ya ulcerado o abierto la dificultad subsiste, aunque en menor grado.

Palpándolos con la mano en pinza, ambos se sienten duros; si hay antecedentes específicos, el Wasserman es positivo a un tratamiento de prueba fuerte, este le imprime una modificación favorable y la cuestión está resuelta. El verdadero escollo está en la ausencia clínica de sífilis, la malformación puede ser sifilítica; es posible que a un sifilítico le aparezca cáncer lingual.

Si la dureza profunda o ulceración superficial, está situada en el dorso de la lengua, y se notan varias, hay que inclinarse al terciarismo; si estos núcleos guardan tamaño y consistencia distintos, es que son gomas en diferente período de evolución; la indolencia; la ausencia de adenopattas se abonan a la sífilis, los mismo que si la lengua se mueve con libertad; y en la lengua sifilítica las lesiones hipertróficas invaden más extensamente la lengua. Surcos entrecruzados y va-

rios la dividen en lóbulos. El cáncer no ulcerado tiene comparado con la esclerogoma síntomas iguales, diferentes y contrarios; iguales son su infiltración, su dureza y difusión; diferentes, su sitio, que es marginal y no dorsal; contrarios, la neoformación específica no duele, la epitelial (cáncer) ya ulcerada irradia neuralgias; en aquellas no hay adenopatías en estas están presentes. - Uno es de lento crecimiento, el otro es de rápido.

Una grieta o ulceración enfrente de una raíz o diente despostillado es maligno de cáncer; en lengua esclerosada nos hace sospechar mejor de sífilis; lo sangrante de una úlcera se atribuye a malignidad. Cuando la duda subsiste y es inquietante, agotada la clínica entra la biopsia.

### 1.- Fibroma.

Tumor típicamente benigno, asintomático. Es un tumor sésil o pedunculado de etiología desconocida, de consistencia blanda o firme crecimiento lento. Los fibromas no causan incomodidad pero pueden dificultar el habla o la masticación cuando son grandes. Si está expuesto a constante irritación puede ulcerarse, provocando el crecimiento del tumor por la invasión infecciosa del tejido subyacente. Este tipo de tumor no es recurrente. Pero si se ulcera puede llegar a convertirse en fibrosarcoma. El color del fibroma varía con la vascularidad de él.

Petgos (1910), Twerwelp (1933), Corta (1943) y Partsh (1913) encontraron fibromas en la lengua, aunque éste no sea un tumor típico, se puede lle-

gar a encontrar.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

## 2.- Lipoma

Este tumor se puede encontrar en la lengua, piso de la boca, faringe, así como en las glándulas parótidas.

Puede estar adherido a la mucosa, produciendo formaciones pediculares esféricas o lóbulos - - arracimados. Pueden crecer mucho y lentamente.

Por ser de tejido adiposo es de color amarillo, y como este ejerce presión sobre el epitelio, la adelgaza y brilla. Los vasos sanguíneos subepiteliales son claramente visibles. En este tumor - pueden encontrarse fibras musculares especialmente cerca de la base del tumor; además los lipomas se pueden encontrar combinados como el fibrolipoma y mixolipoma.

## 3.- Mioma.

Son tumores de tejido muscular, se diferencian anatomopatológicamente en Tabdomianas y Mioblastomas, clínicamente no es posible diferenciarlos.

En la lengua el tumor forma nódulos pequeños circunscritos y elevados, de color un poco más claro que el resto de la mucosa de la lengua, A ve

ces puede estar ulcerados, crecen lentamente, y -- son de naturaleza benigna aunque puede haber recidivas; los podemos encontrar en los labios, paladar y úvula además de en la lengua. El tumor no está encapsulado.

El tratamiento.- Extirpación quirúrgica.

#### 4.- Angioma.

Es un tumor compuesto de vasos sanguíneos o linfáticos. Así lo distinguimos en hemangioma y - linfagioma.

Hemangioma.- Puede ser congénito o de forma ción ulterior; en un principio son pequeños y sólo se aprecian cuando se traumatizan y sobreviene una hemorragia; son de color púrpura obscuro a rojo, - dependiendo de la vascularidad del tumor. Cuando - crecen se reconocen por el color y la pulsación; - se presenta en forma múltiple. La expulsión de la sangre por la presión y la inmediata vuelta de la sangre cuando la presión cesa (blanqueamiento).

Diagnóstico.- Se puede formar en el tejido profundo de la lengua, o una formación globular; - es de naturaleza benigna y de crecimiento lento, - su problema está en las hemorragias, pero extirpán dolo su pronóstico es bueno.

Tratamiento.- Esclerosantes o tratamiento - quirúrgico según sea el tamaño y localización del tumor.

## 5.- Papiloma.

Son de crecimiento lento; sesil o pediculado de origen epitelial que se presentan ya sea como excrescencias blandas de la superficie o como verrugas duras cornificadas. Se le designa papilomatosis si son varios papilomas juntos. Se producen por amontonamiento progresivo del epitelio queratinizado. Son tumores potencialmente malignos; puede confundirse con lesiones inflamatorias. Su tratamiento es quirúrgico.

## 6.- Cáncer de la lengua.

Aparece generalmente de la cuarta a la sexta década aunque existen casos juveniles. Puede aparecer en cualquier sitio de la lengua, parte anterior o posterior del dorso, bordes, cara inferior.

Su relación con la leucoplasia ya ha sido señalada, toda leucoplasia cuando se hace dolorosa, indurada o fisurada, debe ser inmediatamente biopsada, la ulceración epitelial es de curso lento, irregular, de fondo vegetante, fácilmente hemorrágico, indurada como la sifilítica y a veces más acompañada de ganglios que durante largo tiempo pueden ser escasos y discretos; estos deben buscarse con gran cuidado en los diferentes grupos incluso las regiones carotídeas y supraclaviculares. Es típica la dificultad del enfermo para sacar la lengua. Sólo la biopsia aclara el diagnóstico precoz o ciertos diagnósticos diferenciales de gran compromiso.

Este es uno de los cánceres más malignos, - más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Se sospecha que algunas enfermedades se - vuelven cancerosas como la llamada glositis crónica con hipertrofia y fisuras; leucoplasia, especialmente si hay deformaciones papilares; lengua - atrófica, papilomas blandos y úlceras crónicas de larga duración.

Regularmente se presenta más en los bordes de la lengua que en su cara dorsal. El cáncer de la lengua asociada con la sífilis nos dá un pronóstico muy grave.

El primer síntoma que aparece es ligera dificultad al deglutir y hablar, la presión ejercida del tumor sobre los nervios sensitivos y motores - produce dolor.

Si el tumor está en la parte posterior de la lengua, y su invasión es profunda, es difícil - su descubrimiento temprano, el dolor se irradia al oído y más tarde a la parte anterior de la lengua. Se puede aliviar el dolor cortando la raíz sensitiva del Ganglio de Gasser y los ramos del plexo cervical.

Los ganglios linfáticos, se afectan muy temprano, aunque la lengua con el tumor se presenta - sólo en un lado, los ganglios pueden estar afectados de ambos lados; esto es debido a que el sistema linfático de la lengua es muy extenso. El curso de esta enfermedad es muy rápido.

En una lengua sospechamos que es cáncer - - cuando tenemos presentes estos signos.

a) Si el paciente saca la lengua muy afuera, la desvía hacia el lado de la lesión.

b) Se ven pequeños hoyuelos, surcos, aplana<sup>m</sup>iento y otras pruebas de retracción de la mucosa.

c) A veces un pequeño defecto de pronuncia<sup>c</sup>ión.

d) La inspección revela una diminuta úlcera en el punto más superficial de un cáncer infiltra<sup>n</sup>te.

e) La palpación hecha en forma adecuada casi siempre revela un área de induración.

f) En casos avanzados, suele haber hemorragias.

El tipo más común que se convierte en cánc<sup>e</sup>er, son áreas de leucoplasia que contengan formaciones papilomatosas o grietas, con induración nodular.

La lesión invasora puede infiltrar el suelo de la boca y provocar la fijación de la lengua.

Tratamiento.- Tiene la desventaja que presenta fácilmente metástasis y recurrencias. El trata<sup>m</sup>iento es quirúrgico, con extirpación radical de cuello vaciamiento de ganglios submentonianos, submaxilares y de la cadena carotídea.

La glositis mediana romboidea, que ya ha sido descrita, es una entidad no neoplásica de la línea media posterior de la lengua, es frecuentemente confundida con carcinoma lingual; no obstante, esta condición puede reconocerse sin biopsia debido a su forma, posición y ausencia de papilas, además de que los carcinomas se presentan regularmente en los bordes.

Para el carcinoma lingual, además del tratamiento quirúrgico, que es el que mejores resultados ha dado, se ha usado también la radioterapia - en forma de rayos X profundos y agujas de radio - que son también efectivos en casos tempranos, aunque nunca son un sustituto para la disección radical de cuello.

#### 7.- Adenocarcinoma.

Se puede ver como tumor papilar o como una formación lobulada sésil de consistencia firme. Se puede formar en las glándulas menores principalmente, aunque también se presenta en glándulas mayores, son también llamados tumores mixtos malignos. Como todos los tumores malignos provoca metástasis.

#### 8.- Neuro Fibrosarcoma.

Tumor neurógeno, que de benigno se transforma en maligno; se forma en la terminación de los nervios y se ha visto en la lengua, no tiene una forma determinada y se reconocen sólo anatomopatológicamente.

## 9.- Melanoma Maligno.

A pesar de que es raro encontrarlo en la lengua, se llega a encontrar; son tumores compuestos que tienen capacidad para formar melanina, la mucosa se tiñe de color oscuro. No deben confundirse con zonas de melanosís.

Los signos son característicos; generalmente el melanoma maligno forma una lesión plana, nodular o papilar de color negro. Algunas veces se ven manchas melanóticas en otras partes de la boca. Crece rápido, y causa metástasis en los ganglios linfáticos regionales hasta las cadenas cervicales. Es extremadamente maligno, a veces la formación metastásica no es de naturaleza melanótica.

## 10.- Carcinoma Matastásico.

Pueden encontrarse metástasis del carcinoma en distintas partes del cuerpo.

El adenoma quístico del riñón regularmente causa metástasis en la lengua.

## ALTERACIONES DE LA LENGUA DEBIDAS A ENFERMEDADES SISTEMICAS

### a) Enfermedades infecciosas.

Estas son causadas por microorganismos; raras veces son locales, a pesar de que generalmente hay una afección local definida. Los síntomas en la boca pueden opacar las condiciones generales, con mucosa normal y queratinización. La flora bucal ordinariamente es inofensiva, reaccionando como patógena si la ocasión es favorable.

La reacción varía según la virulencia del parásito. Microorganismos llamados subpiógenos atacan a los tejidos sin provocar efectos inflamatorios intensos, la lesión se desarrolla y persiste sin graves molestias.

El factor predisponente constituye la resistencia del organismo. Los factores generales no específicos contribuyen a que una infección latente se vuelva aguda, por ejemplo el agotamiento físico o mental excesivos, las deficiencias en la dieta, etc.

#### 1.- Sublositis difteroides.

Este proceso es también designado con el nombre de Riga Fede; se trata de una estomatitis ulcerosa localizada en el frenillo lingual que se observa en los lactantes entre los seis y ocho meses de edad. La ulceración es de bordes redondeados, de tamaño semejante al de una munición grande y se produce por el roce de la lengua contra los -

incisivos inferiores.

Esta afección se ve en particular en las criaturas que tienen el hábito de proyectar continuamente la lengua hacia fuera, o las que padecen de tos repetitiva por diversos motivos; siendo frecuente en los niños con tosferina. Se asocia por lo común a trastornos gastrointestinales cuya interpretación difiere según los distintos autores; para algunos son disturbios secundarios al padecimiento bucal, y para otros autores; las manifestaciones bucales y del segmento gastrointestinal entérico, son exponentes por igual de un mismo proceso infeccioso general.

## 2.- Estomatitis infecciosa.

El microorganismo más común es el Estreptococo hemolítico produciendo inflamación en toda la mucosa bucal y la garganta.

Sintomatología.- La lengua se inflama y muestra indentaciones y está muy sucia. Toda la mucosa de la boca se inflama y enrojece. Con frecuencia hay comezón; los labios se agrandan, el borde gingival está muy inflamado y sangra fácilmente. Hay abundante secreción de glándulas mucosas, exudado espeso que se adhiere a la mucosa y aliento fétido.

Lo primero que aparece es la comezón, luego dolor, y a causa de la exfoliación la boca se hace muy sensible.

Los ganglios linfáticos se infartan. La pe-

nicilina y la aureomicina, en la mayoría de los casos reducen la infección.

Histopatología.- El examen microscópico - muestra destrucción del estrato córneo con edema intercelular (espongiosis), esto permite una penetración profunda por los microorganismos, que a su vez, causa reacción inflamatoria en el corión.

### 3.- Estomatitis catarral.

La lengua y la mucosa oral también se inflaman con esta estomatitis.

Las papilas de la lengua se agrandan lo que da el aspecto característico de rojizo o punteado. Regularmente existe saburra.

Tratamiento.- Sintomático gripal junto con la higiene bucal ordinaria y el tratamiento profiláctico después, enseñando la técnica del cepillado.

### 4.- Estomatitis escarlatina.

Muchas veces la lengua es de aspecto normal, pero esto es muy variable, pues puede haber lesiones intensas de la boca y no existir en la lengua, pero pueden existir estas lesiones en la lengua, - que le dan un aspecto característico en esta enfermedad, y se denomina lengua fresa o de frambuesa.- Se le llama así por que las papilas fungiformes están agrandadas y sobresalen, cuando se descaman en las puntas se llama lengua de fresa. Con frecuencia hay complicaciones en toda la cavidad bucal -

hasta llegar a la necrosis, principalmente en carrillos y lengua; puede haber complicaciones en los senos y los ojos, hasta corazón y riñones.

### 5.- Tularencia.

Llamada también fiebre de conejo, es una enfermedad rara, pero que puede presentarse y debe re co no cé se le.

Sintomatología.- Lo único que aparece es la fiebre. Se cree que penetran los microorganismos por la lengua, los ojos, las ventanas nasales, dedos de las manos y de los pies. Es de dos tipos - aguda y crónica.

La aguda se presenta con dolor intenso por la inflamación de los ganglios y fiebre. Pueden formarse úlceras en las amígdalas y el suelo de la boca.

Crónica; en esta fase los ganglios linfáticos forman los llamados abscesos fríos en la región cervical y parótida.

Patogenia.- La contraen las personas que tienen contacto con conejos, ardillas, topos y ma ra motas. Es causada por la *Basteurella turalensis*, que forma úlceras y nódulos.

Pessin refiere un caso que se inició con in ten sa es to ma ti ti s y glositis ulcerada, acompañada por saliva manchada de sangre y dolor de la lengua. Había notable adenopatía.

**Tratamiento.**- Se recomienda la incisión, para abrir ampliamente el absceso y extirpación conspado de la pared del mismo.

Esta enfermedad se menciona aquí por la lengua como probable vía de entrada al organismo.

#### 6.- Glositis moniliásica.

**Patogenia.**- El hongo más común que causa la enfermedad es el *Monilia albicans*. Afecta no sólo la lengua, sino el paladar duro y blando, carrillos y labios. La moniliasis si es generalizada es una infección muy extensa, que también abarca piel, vías respiratorias y digestivas, la vagina y raras veces el torrente circulatorio. Se ha estudiado si tiene alguna relación la moniliasis vaginal en las mujeres con las aftas en sus niños recién nacidos, sin haberse llegado, a la fecha a una conclusión definitiva.

Warters y Corwingham observaron que no había relación entre la moniliasis vaginal y frecuencia de las aftas en los recién nacidos; sin embargo el estudio de Woodruff y Hesseltine indicó que los niños nacidos de mujeres con moniliasis vaginal tenían treinta y cinco veces más probabilidades de sufrir aftas que los de las mujeres no infectadas.

La patogeneidad de éste hongo es relativa - en los adultos. La enfermedad es transmisible sólo en circunstancias que favorecen el crecimiento de los microorganismos; la moniliasis se presenta en casos de mala nutrición, o de una enfermedad debilitante y prolongada, como colitis, tuberculosis, -

etc. El hongo puede estar latente, inofensivo, y -  
repentinamente hacerse patógeno.

Las lesiones que ocasiona este hongo se denominan aftas; éstas suelen desarrollarse en niños de corta edad y en ancianos, siendo raras en el -  
adulto.

La enfermedad es común en instituciones, en que está descuidada la higiene de la boca, la limpieza de los biberones y mamilas de caucho.

Se sabe que la enfermedad es transmitida -  
por medio de las mamilas infectadas de los biberones, paños para limpiar la boca del lactante y pezones de las madres o nodrizas.

Se ha observado que se puede presentar en -  
un tratamiento prolongado de antibióticos de amplio espectro, ya sea por vía sistémica o tópica.

Los antibióticos rompen el equilibrio bacteriológico de la boca y permiten que los hongos y levaduras proliferen exageradamente.

Sintomatología.- Las lesiones bucales aparecen primero en los bordes de la lengua, en la cara interna de los labios, de las mejillas y en el paladar. Toda la cavidad oral y faríngea pueden estar afectadas, la boca seca y puede tener sabor -  
agridulce.

La lengua se hace sensible a los líquidos -  
calientes y al tabaco, está lisa y roja. Se ven en ella capas como granos de leche coagulada que son-

unas placas blanco-perla, indoloras, ligeramente elevadas, que se adhieren firmemente a la mucosa; - si se trata de eliminar estas placas, dejan una su perficie sangrante en carne viva.

**Histopatología.**- El epitelio muestra notable degeneración superficial, las capas córneas su perficiales están destruidas, y el estrato granulo so muestra alteraciones por edema. Aquí es donde se encuentra el hongo. El corión muestra infiltración moderada de células redondas.

**Diagnóstico diferencial.**- Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la difteria, (síntomas generales graves), liquen plano (raro en lactantes y primera infancia y casi siempre asociada con lesiones cutáneas), placas mucosas e infección fusos piroquetósica.

La moniliasis bucal rara vez produce la - - muerte. En niños desnutridos se ha observado noma después de las aftas. El pronóstico de la moniliasis generalizada puede ser grave.

**Tratamiento.**- Si es en el adulto o en el ni ño con mala nutrición, eliminación del factor etio lógico y tratamiento local, que consiste en alcali nizar el medio bucal y antimicóticos (Nistanina, - Grisofulvina, etc.).

## 7.- Actinomicosis.

Es una infección granulomatosa, supurante, - que se observa con mucha frecuencia en el ganado, - pero que se llega a encontrar en el hombre, es de-

naturaleza crónica. Caracterizase por la formación de abscesos múltiples y fistulas. En el ganado vacuno los huesos, especialmente el maxilar inferior están más afectados que los tejidos blandos; en el hombre sucede lo contrario.

La actinomicosis de la lengua es semejante, en cierta forma, al carcinoma y la ulceración tuberculosa. La tumefacción es dura, circunscrita, de color purpurino rodeado de tejido de granulación. En la actinomicosis el nódulo es profundo e indoloro y finalmente se abre para formar una fistula.

En los tejidos blandos se desarrollan abscesos múltiples y recurrentes, la actinomicosis debe sospecharse en cualquier infección perimaxilar caracterizada por formación repetida de abscesos. Puede ser fácilmente identificado por la biopsia y los cultivos.

El pus contiene gránulos sulfurosos. El hongo que lo produce es el *Actinomyces bovis*; éste crece en típica disposición radiada y macroscópicamente forma un grano amarillento y pequeño, el gránulo de azufre.

Con frecuencia es la lengua el lugar donde primero se localiza la enfermedad va precedida de una cortadura o erosión de la mucosa bucal, o la extracción de un diente, Se creyó que el hongo era inoculado en los tejidos bucales por morder astillas, briznas de hierbas o tallos de alfalfa. Estas costumbres probablemente faciliten la implantación de microorganismos ya presentes en la boca.

Actualmente se cree que la infección es principalmente endógena. El *Actinomyces* existe normalmente en la boca y en ciertas ocasiones se convierte en agente patógeno extraño.

Si el daño es extenso y la tumefacción es considerable produce dificultades en la deglución, masticación y respiración.

Aproximadamente el 60% de los enfermos de actinomicosis tienen las lesiones en la zona cervi-co-facial. La región submaxilar es el lugar donde con mayor frecuencia se observan las lesiones.

En el diagnóstico diferencial de la actinomicosis primaria de la lengua hay que tomar en consideración neoplasias, infecciones, ulceraciones tuberculosas y goma sifilítico. En la actinomicosis de la lengua suelen encontrarse un nódulo pequeño profundo, que al principio es indoloro y no causa molestia. Puede haber cicatrización transitoria pero luego el proceso se repite y se forma una lesión más extensa. Puede afectar los carrillos y principalmente la región submaxilar.

Tratamiento.- Una vez que el diagnóstico se ha establecido la enfermedad responderá al tratamiento con la terapia antibiótica, especialmente de tetraciclinas, a pesar de que en este tratamiento es difícil decidir cuando se ha obtenido realmente una cura, y el clínico no debe ser engañado por la resolución temporal de los síntomas. Otras formas de tratamiento son el drenaje y la radiación roetgen o con radio, o administrando yoduro potásico hasta el límite de tolerancia.

De los diversos tratamientos el quirúrgico es el que mejores resultados ha dado. Extirpación o legrado completo de la lesión, incluyendo los conductos fistulosos. Suelen quedar grandes cicatrices.

### 8.- Histoplasmosis.

Es enfermedad sobre todo de regiones subtropicales, la produce un microorganismo de tipo levadura, el *Histoplasma capsulatum*.

Es una enfermedad caracterizada por anemia hipocrómica extenuación e hipertrofia del bazo, hígado y ganglios linfáticos, frecuentemente presenta ulceración en lengua y mucosa bucal. En muchos casos la lesión de la lengua se inició como una placa solitaria, ligeramente endurecida que no estaba con dolor hasta que se presentó la ulceración; pero después afectaba gran parte de la lengua y la lesión era profunda, en algunos casos la lesión de la lengua era la única señal evidente de la infección. En otros pacientes, aunque el daño orgánico era extenso, se desarrollaban pequeñas úlceras en las mucosas bucales, estas úlceras eran muy superficiales. Suelen evolucionar con fiebre, síntomas pulmonares, anemia y leucopenia; algunas veces se observan lesiones ulceradas cutáneas.

Tratamiento.- No hay tratamiento satisfactorio a esta enfermedad, se ha usado tratamiento local con Rayos X, irradiaciones con radio, raspados, antibioterapia y sulfamidoterapia.

## 9.- Estomatitis parasitaria.

*Oidium albicans* y levaduras de moho pueden estar presentes normalmente en la boca sin producir infección, ya que abundan en el aire esperando condiciones favorables para una invasión esporádica o epidémica. La estomatitis micótica puede aser adquirida por niños debilitados por contaminación de la vagina materna durante el alumbramiento del pecho materno, manos de las nodrizas o de utensilios de cocina o mamilas no bien limpias. Su sintomatología bucal es muy parecida a la de la actinomicosis se distingue entre sí únicamente por un frotis, que nos indica la naturaleza del hongo.

Está ausente el dolor y efectos constitucionales a menos que la lesión se extienda al esófago y la farínge.

El examen de los cuajes adherentes es una plaquita conteniendo una gota de hidróxido de potasio al 10% revela micellas, esporas, leucocitos y células epiteliales.

Tratamiento.- El control de desórdenes nutricionales adyacentes digestivos e infecciosos es importantísimo. Localmente para algunos autores - las áreas afectadas deben ser aseadas con una solución con una cucharadita cafetera de agua oxigenada al 3%, unos pocos granos de permanganato de potasio en cuatro onzas de agua, y al final pintadas con solución acuosa de violeta de genciana al 1% o metil rosanilina durante varios días. Otros autores indican que la alcalinización del medio bucal es suficiente.

## 10.- Lesiones sifilíticas de la lengua.

Sólo el chancro es primario y de origen local. Todas las demás lesiones son secundarias.

El padecimiento en sí se divide en congénita y adquirida. Además de en primaria, secundaria y terciaria. En la boca se usa la misma clasificación. Ultimamente la división que se usa para estas últimas, es aguda y crónica.

Etiología.- La enfermedad es producido por el treponema pallidum. Es una enfermedad transmitida por contacto directo generalmente las manifestaciones son en la fase secundaria y terciaria. Se debe tener muy en cuenta esta enfermedad por su contagiosidad.

Esta enfermedad la puede contraer el dentista, la enfermera, o el médico durante la práctica de sus deberes profesionales. Las probabilidades de contagio durante el tratamiento antilúético intenso o en las fases crónicas de la enfermedad son mínimas; es peligroso el paciente con sífilis sin diagnosticar, no así aquel cuya enfermedad se conoce.

El chancro, las lesiones maculosas y papulosas y las placas mucosas son consideradas manifestaciones agudas de la sífilis; los gomos, las lesiones óseas y del sistema nervioso central se consideran manifestaciones de sífilis crónica.

Las lesiones por lo general no se reconocen fácilmente, pero tiene mucha importancia reconocer

las.

**Sintomatología.**- El chancro o lesión primaria se puede localizar en estos casos en la lengua, generalmente en la punta; más frecuentemente se presentan en los labios.

Este es solitario, raras veces hay más de uno, tiene la apariencia más que de úlcera de tumefacción; cuando se ulcera se cubre de una costra gruesa adherente, oscura, con induración y ausencia de dolor, por ello se puede confundir con una ulceración vanal.

Sigue el período de invasión, con dolor de garganta y angina sífilítica. Junto con esto nos encontramos pequeñas manchas discretas de color blanco grisáceo o rojizo en la lengua, mucosas de carrillos o comisuras labiales. Principalmente en la lengua se forman hasta manchas con una aureola de inflamación, frecuentemente glositis. Las lesiones no son dolorosas, pero se pueden hacer sensibles a los alimentos irritantes, hay erupción cutánea generalizada o infarto ganglionar.

La Úlcera en sí es altamente contagiosa.

La segunda etapa de la sífilis puede exhibir muchas formas de erupciones, siendo el tipo más importante el parche mucoso. La lesión aparece como una pápula o grupo de pápulas que debido a su localización se parten y son entonces cubiertas con una membrana blanco grisácea. Los parches están rodeados por una base roja con poco endurecimiento y se encuentran tanto en la cavidad oral, -

estructuras periorales y genitales como en otras partes de la piel. Esta etapa es también altamente contagiosa.

Sigue el goma, que es cuando desaparece el período secundario que casi no deja huellas pero sigue latente la enfermedad. El goma puede ocurrir varios años después de la infección inicial. Esta lesión indolora es a menudo encontrada en el labio, lengua, paladar o úvula. Puede ser sólo o múltiple.

Es una lesión lisa brillante y algo tensa con inflamación de lento crecimiento con necrosis central. La lesión creciente puede invadir y destruir estructuras más profundas, tales como el hueso subyacente, por ejemplo puede causar perforación del paladar. La historia del paciente, así como pruebas serológicas confirmará el diagnóstico de la lesión anterior. El goma múltiple en lo que refiere del solitario es en extensión y en profundidad. Si se infecta puede haber adenopatías y dolor.

Glositis esclerosante.- Es muy común en las primeras etapas, con atrofia de las papilas linguales. Se le llama también lengua de vidrio, porque puede haber hiperqueratosis. Con frecuencia se forman grietas que dividen el dorso de la lengua en lóbulos irregulares. La lengua calva, también aparece tardíamente en edad avanzada como consecuencia de la sífilis.

Lesiones congénitas.- La infección pasa a través de la placenta y ataca el feto; las lesiones orales son vistas en las primeras semanas de -

vida y consisten en parches mucosos, hinchamiento, labios fisurados.

El infante puede tener dificultad para respirar debido a que están incluidos en la afección las estructuras nasales posteriores. Las manifestaciones orales de sífilis congénita consisten en cicatrices permanentes de los labios y dientes con ranura incisal anterior (dientes de Hutchinson). Ninguno de estos cambios son sin embargo por sí mismos diagnóstico de sífilis.

Histopatología.- En el aspecto microscópico es una infiltración perivascular de células redondas, compuestas de linfocitos con plasmocitos disminuidos. Más tarde hay proliferación granulomatosa endotelial y fibroplástica. El infiltrado puede causar obstrucción vascular y endoarteritis obliterante que produce necrosis. El edema e infiltración de las células redondas pueden invadir todo el corión, produciendo acantosis e hiperqueratosis del epitelio donde las espiroquetas son numerosas.

En el goma, están afectados vasos más grandes con endoarteritis por inflamación sífilítica que causa la necrosis del tejido.

Tratamiento.- Es en contra de la sífilis en sí. Será antibioterapia sistémica. Las lesiones locales sanarán con la eliminación del factor etiológico. No hay tratamiento local.

#### 11.- Lesiones tuberculosas en lengua.

Estas lesiones se presentan como úlceras o-

granulomas. Las lesiones tuberculosas de la cavidad oral son raras y la mayoría de las lesiones vistas son secundarias a la tuberculosis pulmonar. La aparición clínica de estas lesiones varían gradualmente.

Las lesiones se presentan como úlceras o granulomas en cualquier parte de la mucosa de la boca y como fisuras o glositis se ve como una pequeña úlcera crónica que está cubierta por un exudado grisáceo, gránulos diminutos amarillos pueden rodear la úlcera; de base indurada, muy dolorosos; casi siempre con ganglios. La tuberculosis invade la lengua más frecuentemente que cualquier otra parte de la cavidad bucal.

La tuberculosis primaria de la boca fué observada por Martín (1937). No había ningún otro síntoma de la enfermedad. El paciente tenía la lengua enferma desde hacía seis meses, la lesión era de siete a doce mm. de tamaño, roja, indurada, de base gris y no había pus. Esta no es la única forma de manifestación en la lengua, pues varía mucho.

Hay algunos casos, más raros, en que la infección se lleva a cabo por la vía sanguínea, la lengua se inflama, se hace extremadamente dolorosa pero no hay ulceración durante mucho tiempo. Se ha visto una úlcera cerca de la V lingual. Estas lesiones no son características en si mismas.

Histopatología.- El tejido muestra señal de reacción inflamatoria con pequeños nódulos típicos (Tubérculos) formados de células epiteliales. Si ya se ha efectuado la necrosis se ven células gi-

gantes que contienen gran número de núcleos situados en toda la periferia o en uno o en ambos polos. Los linfocitos forman un anillo alrededor de la le sión. Más tarde el tubérculo es rodeado por una ca pa fibrosa y se calcifica (Tubérculo curado). Me-- diante la coloración se averigua la existencia de-- bacilos tuberculosos en el tejido y en las células gigantes.

Tratamiento.- De la tuberculosis en sí tera pia medicinal sistémica como el uso de ácido para-- mino salicílico y dihidrostreptomina, terapia de soporte general, y para el tratamiento de la úlce-- ra tuberculosa de la lengua; higiene oral cuidada-- sa, estreptomina o penicilina en forma local por infiltración. Se han obtenido buenos resultados -- irradiando las lesiones de la boca.

Diagnóstico diferencial.- Este puede ser di fícil cuando la enfermedad no se sospecha. Hay que tomar en consideración el chancro, el goma, el car cinoma y las úlceras infecciosas y traumáticas por otras causas.

## b) Enfermedades por virus.

Las enfermedades causadas por virus, son - transmisibles. Son muy importantes y tienen poco - de común con las enfermedades bacterianas. Los vi-- rus dependen de las células de tejidos vivos para-- su cultivo; algunos son altamente selectivos, no - sólo en la elección de hésped, sino en la selec-- ción de células en las que obran. Otros tienen no-- table poder de adaptación. Los virus son exclusiva-- mente parásitos intracelulares. Nombraremos algu--

nas enfermedades de la cavidad bucal ocasionadas - por virus.

### 1.- Infección por Herpes Simple.

Se admite que la estomatitis herpética aguda es consecuencia de la infección primitiva por - el virus del herpes simple. La infección por virus del herpes es casi universal; según Burnet, sigue en frecuencia al resfriado común. Los adultos, salvo en un reducido número poseen anticuerpos capaces de neutralizar este virus; el virus de Herpes simple, es el único entre los virus patógenos para el hombre por el hecho de persistir toda la vida - en el lugar de infección primitiva o cerca de él y no provocar respuesta inmunitaria intensa ni constante. En la infancia, la infección inicial del - Herpes puede pasar inadvertida o considerarse una infección ordinaria de las vías respiratorias superiores. Se reconoce la verdadera naturaleza del - proceso cuando la estomatitis tiene gravedad suficiente para dificultar la ingestión de alimentos.- En la primera infancia el contagio es posible no - así en el adulto porque en este último sus mucosas ya están bien caracterizadas y son mas resistentes a la inoculación.

Las lesiones herpéticas bucales suelen aparecer cuando disminuye la resistencia local o general de los tejidos o cuando aumenta la actividad - metabólica. La alergia, también puede predisponer a las erupciones herpéticas.

Los sitios más comunes para esta enfermedad sob el margen de la lengua, la superficie interna-

de los labios, la enca labial y la palatina y la mucosa sublingual y bucal. A veces se ven vesículas de herpes en zonas protegidas de la cavidad bucal, como la superficie superior de la lengua, en los surcos vestibulares, especialmente en el inferior, se pueden presentar lesiones herpéticas lineales de varios centímetros de longitud. Rara vez se observa en los tejidos gingivales más firmemente adheridos. En las mucosas poco queratinizadas - es donde con mayor frecuencia aparecen las lesiones de herpes, en muchos casos, coinciden con la menstruación.

La salivación está aumentada. Las ampollas son rojizas, generalmente están reventadas y se ven erosiones redondas bine delimitadas.

La enfermedad se presenta repentinamente, precedida por fiebre, malestar y pérdida de apetito. Ataca a cualquier edad y sexo, es mas frecuente en niños de uno a dos años. Existe dolor en la boca al comer. Si esta enfermedad está asociada con linfa denopatía generalizada, debe sospecharse la monocleosis infecciosa (estados de aumento de los diversos elementos mononucleares; se parecen mucho a la linfocitosis).

Histopatología.- Las vesículas se originan en estrato granuloso. Con infiltración inflamatoria debajo de ellas. Los frotis del exudado de las lesiones muestran a veces cuerpos de inclusión intranucleares, pero por los métodos corrientes de tinción se descubren pocos microorganismos.

Tratamiento.- Una vez desarrollado el her--

pes esporádico o solitario, el tratamiento se limita al empleo de cáusticos en aplicaciones tópicas-cuidadosas. También son útiles la aureomicina en pomada o en unguento anestésico. Como paliativos, - miel de malz en agua tibia, violeta de genciana y azul de metileno; estos remedios tienen acción - - transitoria. En muchos casos los antihistamínicos-pueden hacer abortar las lesiones cuando se inician los síntomas.

Dieta muy nutritiva y blanda. Si hay factores condicionales (Resfriado, etc.) la administración complementaria de complejo B, especialmente - la Tiamina, puede evitar el desarrollo de las lesiones en individuos predispuestos.

Las lesiones esporádicas o solitarias curan sin dejar cicatriz a menos que haya habido infección secundaria intensa.

## 2.- Fiebre aftosa.

También denominado Glosopeda, es una enfermedad transmisible sumamente contagiosa. El periodo de incubación es de dos a diez días y principia con síntomas generales.

Aparecen pequeñas vesículas en la lengua labios y paredes faríngeas. Las vesículas se rompen y da una superficie denudada, de la cual corre un líquido acuoso. La enfermedad se limita por sí misma.

La úlcera aftosa de la lengua puede ocurrir siguiendo a traumas e infecciones secundarias. Las

lesiones aparecen como áreas rojas dolorosas, poco profundas cubiertas por una membrana grisácea necrótica. Esta membrana puede ser eliminada fácilmente dejando un área denudada roja.

Tratamiento.- Es similar al de la estomatitis herpética, uso local de lavados paliativos y de ungüentos prevendrán el dolor. Los antibióticos pueden usarse para controlar la infección secundaria.

### c) Lesiones bucales en la dermatosis.

#### 1.- Lupus eritematoso.

Es de etiología desconocida, pero se sabe que la exposición excesiva a los rayos actínicos frecuentemente desencadena los ataques. Las lesiones bucales aparecen después de las manifestaciones cutáneas. Se presentan en la lengua, paladar duro, mucosa de mejillas y labios. El lupus eritematoso de las encías es raro.

La mucosa bucal a nivel de las lesiones está enrojecida y atrófica y puede desgarrarse fácilmente. El lupus eritematoso se caracteriza por manchas o placas rojas bien limitadas, con tendencia a la atrofia cicatrizal en el centro a medida de que se desarrolla en la periferia. Suele ser bilateral.

Son parches rojos engrosados de contorno irregular y borde elevado. El centro puede estar lastimado por escoriación y finalmente se forma una cicatriz plana delgada, no inflamatoria. Hay -

que ser precavido al diagnosticar lupus eritematoso bucal, en ausencia de lesiones sucutáneas. Además de las lesiones en la piel y mucosas bucales, se presenta fiebre, taquicardia anorexia y pérdida de peso.

Después de curar las partes afectadas, son substituidas por tejidos cicatrizales blandos y delgados.

Tratamiento.- El tratamiento de lupus eritematoso corresponde al dermatólogo. La hormona ACTH (adrenocorticotrófica) y la cortisona pueden detener la evolución de la enfermedad, pero no se ha comprobado que sean curativas.

## 2.- Pénfigo.

El pénfigo es una enfermedad rara caracterizada por brotes sucesivos de vesículas o flictenas en las superficies mucosas y cutáneas. Las lesiones de la cavidad oral a veces son la primera manifestación de este grave proceso; generalmente es fatal.

Cuando la boca es el asiento primario, puede ser que las alteraciones cutáneas no aparezcan en muchos meses. Se divide en agudo, crónico, vegetante y conjuntivo.

a) Pénfigo vulgar agudo.- Hay lesiones en la lengua, labios, mucosas del paladar e incluso en las encías. La dificultad para encontrar la flictena verdadera en la boca es mucha, ya que esta se rompe muy pronto es necesaria la interpreta-

ción cuidadosa para identificar lo que pudo haber sido una zona bulosa. Es característico en las zonas bucales, que se desarrollan sin causar dolor, - después de abrirse la vesícula se hace muy dolorosa. Lo que suele observarse es la coloración rojiza y dolorosa, que representa la base de la vesícula o flictena aparece rodeada de colgajos epiteliales.

La base de la flictena aparece descarnada y hay exudado, pero no existe inflamación. Entonces hay contaminación secundaria, el área se pone más roja ulcerada y una areola la rodea. Existe dolor y sangrado. Otro de los síntomas destacados del pénfigo vulgar agudo bucal, es la sialorrea intensa, muchas veces sanguinolenta, la saliva gotea y escurre fuera de la boca y tiene acción irritante sobre los tejidos con los que se pone en contacto.

b) Pénfigo vulgar crónico.- Este es un tipo más benigno del pénfigo. Las flictenas son más tenas y de tamaño considerable y no se rompen fácilmente. A un grupo que cicatriza le sigue otro de vejigas. Esta recurrencia nos hará sospechar la existencia de pénfigo. La tendencia a sanar es más pronunciada.

c) Pénfigo vegetante.- Es igual al agudo, - excepto que en las erosiones se forman vegetaciones. También las primeras lesiones son en forma de eritema. Después de que aparecen pequeñas flictenas en la cavidad bucal, se rompen por la acción - del calor, la humedad y los traumatismos en la boca, con exudado purulento y seroso y quedan erosiones rojas y dolorosas cubiertas por epitelio desca

mado. Hay aumento de salivación, aliento fétido y dolor. El pronóstico no es desesperado.

d) Pénfigo conjuntivo.- También es benigno, o menos desesperado que las otras clases de pénfigos.

Ampollas pequeñas tensas, frecuentemente intactas, cuando se revientan las erosiones no se agrandan. No son muy dolorosas y por lo tanto no dificultan la alimentación. Son más claras las lesiones que el pénfigo vulgar, no sangran ni tienen exudado purulento, forma cicatrices.

Histopatología.- El corión muestra agrandamiento de los vasos capilares con exudado superficial y edematoso que se extiende al epitelio. Las cavidades de las flictenas se forman en el estrato granuloso, contienen una substancia homogénea y con frecuencia una red fibrosa. En algunos casos la lesión puede originarse debajo del epitelio y toda la capa se levanta del corión. La flictena contiene fibrina, leucocitos y eosinófilos. Si se rompen algunos vasos sanguíneos la sangre fluye dentro de la lesión, que se hace hemorrágica. Si se revientan las flictenas vemos una lesión ulcerada que puede estar cubierta o no por el techo anterior necrosado. El tejido muestra ulceración superficial debajo de la cual el estroma presenta vasos sanguíneos muy dilatados algunos de los cuales están trombosados y hay intenso exudado inflamatorio.

Diagnóstico diferencial.- Deberán tenerse en cuenta los siguientes procesos; estomatitis herpética, eritema polimorfo, placas muco-sifilíticas,

estomatitis fusoespiroquetósica crónica y reacciones alérgicas a medicamentos, colutorios y cosméticos.

El pronóstico de pénfigo es malo, es una de las dermatosis que tienen mayor mortalidad.

Tratamiento.- Se citan muchos tratamientos que ocasionalmente pueden resultar bien. Hormona - adrenocorticotrófica. Localmente, como paliativos; solución acuosa de azul de metileno y miel de maiz en agua tibia. Para las infecciones secundarias la penicilina.

### 3.- Liquen plano rojo.

Las lesiones se presentan, además de en la piel en la mucosa bucal. A veces el proceso se limita a la cavidad bucal; aparecen en esta siguiendo a las de la piel, después de varios meses de desaparición de éstas.

En la mucosa bucal, afectan principalmente la lengua y mucosa bucal; ocasionalmente las encías.

Se ignora la verdadera causa del liquen plano; Soffran y otros autores han observado cierta predisposición familiar para esta enfermedad. Aún sin base sólida, se ha sugerido que la enfermedad es de etiología viral.

Factores psicossomáticos desempeñan sin duda, importante papel en la producción y exacerbaciones de la enfermedad.

Las lesiones cutáneas del liquen plano, están constituidas por pápulas firmes y brillantes - de contorno poligonal o angular y color rojo purpúreo o violáceo, con frecuencia en zonas cutáneas - de flexión.

Las lesiones son pequeñas de color gris perlineo, elevadas a veces, se fusionan en forma de línea. Las lesiones de la lengua son de intenso color purpúreo en algunos casos lo tiene todo el órgano. La lengua puede mostrar placas ovaladas de 1 a 5 mm. de diámetro de color gris aperlado, tiene muchas máculas. A veces se ven nada más pequeñas - pápulas en el borde de la lengua. Las lesiones de la lengua lineales o en placas, la disminuyen la - flexibilidad de este órgano ni van acompañadas de atrofas de las papilas. Las lesiones linguales - suelen tener contornos menos definidos que las de la mucosa de la mejilla.

Los síntomas son raros, si hay erosión las lesiones pueden ser levemente dolorosas y sensibles.

Histopatología.- La lesión afecta tanto al epitelio como a la capa papilar del corión. En algunos casos el epitelio muestra un estrato granuloso de espesor considerable; en otros, la capa puede estar muy condensada probablemente por la presión que ejerce en el corión el denso filtrado. A veces hay desorden del estrato germinativo y las - células de la capa basal aparecen irregularmente - colocados y separados unos de otros.

El borde existente entre el epitelio y el -

cori6n queda obstruido y crecen los dos uno dentro del otro. El cori6n muestra sntomas de edema e infiltraci6n de sus c6lulas mononucleares en la capa papilar. Puede encontrarse infiltraci6n perivascular de leucocitos polimorfonucleares pero no plasmocitos. El infiltrado es bien definido y limitado y no afecta a las partes profundas del cori6n. En algunos casos la capa c6rnea adquiere proporciones tremendas con queratinizaci6n anormal y a6n perlas c6rneas. En otros casos, especialmente en el tipo erosivo, el epitelio es destruido por el denso infiltrado linfoc6tico.

Tratamiento.- Son refractarias a las medidas terap6uticas ordinarias que se emplean contra las lesiones cut6neas y persisten despu6s de desaparecidas 6stas; deben suprimirse los focos de irritaci6n local. Es necesario asegurar a los pacientes la naturaleza benigna de la enfermedad, debido al temor que muestran estos al c6ncer.

Como no suele haber molestias dolorosas, el tratamiento apenas resulta necesario. Adem6s, el liquen plano es difcíl que cure definitivamente. Ha dado resultado psicoterapia. El tratamiento m6s com6n es de preparaciones de mercurio o ars6nico, higiene, buena alimentaci6n, sol y sobre todo ninguna preocupaci6n. Tratamiento local paliativo con azul de metileno para dominar la infecci6n.

#### 4.- Eritema multiforme exudativo.

Su etiologfa es muy variada. Ha sido distribuida a diversos medicamentos, varios microorganismos (incluso stah, aureus, hemolfticos y simbiosis

fusoespirilar) y más recientemente a infecciones - por virus y carencias vitamínicas, alergias, reacciones secundarias de infecciones generales. Es - más frecuente en invierno y primavera cuando la re sistencia general suele disminuir. Se ha sugerido que la enfermedad sea contagiosa. Los pacientes ge neralmente tienen fiebre y malgutar general.

Las lesiones bucales no son características de esta enfermedad, pues varía desde eritema, pápu las, vesículas, flictenas o nódulos, de ahí su nom bre por la existencia polimorfa de las lesiones.

Las lesiones bucales pueden coincidir con - las cutáneas o precederlas; las lesiones bucales - son ulceraciones dolorosas, eritemas de la lengua, mucosa bucal y labios. Las lesiones maculoeritema- todas bucales son de breve duración. Por lo común- se observan máculas rojas de diversos tamaños y - forma irregular que sobresalen ligeramente en la - superficie mucosa, esto es porque las vesículas se revienten y dejan una superficie dolorosa ulcerada, que a veces puede estar cubierta por un exudado - amarillento, similar al de las vesículas herpéti- cas en curación, en la cual se forman costras. En- general las lesiones del eritema polimorfo son de mayores dimensiones y más extensas y hemorrágicas- que las del herpes.

Stevens y Johnson han observado una fiebre eruptiva con violenta reacción febril, cefaléa, - conjuntivitis vesicular y sialorrea. Este síndrome clínico se denomina síndrome de Stevens y Johnson. El aliento es fétido, hay aumento de salivación. - Es difícil diferenciarlo del pónfigo y del herpes.

El interrogatorio cuidadoso permitirá excluir la estomatitis medicamentosa. El eritema polimorfo limitado a la cavidad oral, se puede confundir con la estomatitis fusoespiroquetósica. Los frotis no siempre resuelven el problema del diagnóstico diferencial.

**Histopatología.**- Las máculas y las pápulas presentan señales de espongiosis, edema intracelular en el epitelio e inflamación del corión. Los vasos sanguíneos se dilatan en las papilas y puede haber extravasación. El infiltrado está compuesto principalmente de linfocitos y eosinófilos.

**Tratamiento.**- La enfermedad se limita por sí sola, pero no es difícil que se repita; cuando cura lo hace sin dejar cicatriz. Se han registrado algunos casos mortales en pacientes con graves síntomas respiratorios. Es aconsejable el reposo en cama. Se ha usado con resultados satisfactorios, la autohemoterapia, antihistamínicos, complejo vitamínico B en grandes dosis, aureomicina. Poco antes de suministrar los alimentos, los trociscos anestésicos disminuyen el dolor y facilitan la ingestión de alimentos. Como paliativos, localmente la aplicación de miel de maíz en agua tibia. Como enjuagues; azul de metileno, lavados de boca con solución tibia de bicarbonato sódico.

##### 5.- Eritema nudoso.

Se cree que es debido a la alegria medicamentosa de yoduros, bromuros, sulfamilamidas; enfermedades infecciosas, como sífilis, lepra eritema multiforme, cardiopatía reumática y tuberculo-

sis. Afecta más la piel que la mucosa bucal, presenta nódulos ovalados y redondos. Se puede ver en la lengua, labios y superficies mucosas de la cavidad oral.

Tratamiento.- Igual que en el eritema multiforme.

## 6.- Escleroderma.

Es una afección rara caracterizada por la dureza y rigidez de la piel y tejido subcutáneo de las zonas afectadas. El escleroderma puede ser generalizado o localizado en forma cicatrizal. El proceso con frecuencia invade la cavidad bucal, además puede reducir el orificio bucal.

El escleroderma de la lengua se debe a atrofia del tejido muscular. La lengua adquiere a veces tal rigidez que la alimentación resulta difícil y el lenguaje muy confuso. La lengua disminuye de tamaño y se hace difícil de mover.

Tratamiento.- El tratamiento de cualquier clase de escleroderma es difícil y poco satisfactorio. Se ha probado ACTH y cortisona con poca utilidad.

## d) Alteraciones del metabolismo.

### 1.- Xantomatosis.

La xantomatosis ofrece interés en este trabajo por ser con frecuencia las lesiones y síntomas linguales o bucales, la primera manifestación-

de la enfermedad. Son alteraciones del metabolismo lipóide.

La xantomatosis se divide en enfermedad de Gaucher, Schüller-Christian y la mortal que se llama enfermedad de Niemann-Pick.

Se ven numerosas lesiones papilares finas - en la piel, los órganos como el hígado y el bazo y el tejido óseo.

En la cavidad bucal se pueden presentar como finas áreas amarillentas en la lengua, carrillos y úvula o nódulos submucosos de tinte xantomatoso, en el dorso de la lengua. Para distinguir de la Proteinosis lipóide se tiñe con sudán III y en esta coloración aparece como masas homogéneas de color rojo anaranjado sucio en el tejido conectivo, mientras los xantomas lipóides ordinarios toman color escarlata brillante.

En la enfermedad de Gaucher, se nota infiltración xantomatosa de las encías y estas sangran notablemente en los períodos avanzados.

En la enfermedad de Schüller-Christian, el aflojamiento de los dientes se debe a los cojinetes de grasa que se forman en el área apical. El pus que se observa en los casos avanzados contiene cantidades considerables de colesterol, sustancia cristalina que puede identificarse con gran facilidad. Carecen de tratamiento específico.

## 2.- Proteinosis lipóide.

Hay un depósito difuso en la piel y las membranas mucosas. Esta enfermedad está caracterizada por una afección característica de la lengua y el frenillo lingual; lesiones en la mucosa y ronquera. Esta afección aunque rara parece ser hereditaria o familiar.

Aunque presenta nódulos múltiples, elevados, firmes, de color amarillo blanquecino del tamaño de un chícharo, en la superficie interior de los labios e infiltración en la mucosa bucal; la lengua aparece lisa, pero más grande que lo normal.

## 3.- Diabetes.

Los síntomas clásicos de la enfermedad incluyendo las manifestaciones bucales, se conocen desde mucho antes de saberse que la diabetes era manifestación de perturbaciones de la función pancreática.

Los síntomas clásicos de la enfermedad comprenden debilidad general, pérdida de peso con aumento del apetito y de la ingestión de alimentos, sed intensa y eliminación de orina abundante. (Polifagia, polidipsia y poliuria).

En el 75% aproximadamente de los diabéticos existe alguna forma de parodontosis; los enfermos diabéticos aquejan quemazón y sequedad de la lengua, cuyas papilas fungiformes aparecen hipertrofiadas e hiperémicas. Este órgano suele tener aspecto fofo con huellas de los dientes en sus bor-

des. En diabéticos sometidos a tratamiento y que responden a él no hay lesiones gingivales ni periodónticas.

El tratamiento es sistémico.

e) Alteraciones debidas a la nutrición.

Hipovitaminosis.- La falta de las vitaminas en la nutrición produce alteraciones de la mucosa bucal y locales en la lengua. En estudios experimentales en monos se han producido avitaminosis - que acarrear enfermedades bucales, después los microorganismos se han inoculado en monos sanos sin que hayan producido enfermedades, si la dieta de éstos últimos es normal. Casi siempre las deficiencias de vitaminas son múltiples debido a que están contenidas varias vitaminas en un mismo alimento.- Con frecuencia la pelagra, el beri-beri y la deficiencia de riboflavina su definición entre sí es muy borrosa en ciertos momentos, pues suelen estar asociados entre sí, o con otras alteraciones nutricionales.

Observando niños pobres de un barrio de México entre 1 y 12 años, el Dr. Mario Rebolledo L. y sus colaboradores (1955) hicieron una encuesta y observaron estados de subalimentación y desnutrición, sobre todo entre 1 y 3 años época de mayores requerimientos plásticos y vitamínicos. Según estos autores la alimentación popular a base de maíz, frijoles y chile sólo pide algunos complementos para calificarla de adecuada.

## 1.- Deficiencia de vitamina A.

La vitamina A es un alcohol liposoluble no saturado, que se forma en el hígado a partir de los pigmentos vegetales amarillos llamados carotenoides. Aunque la contienen ciertos pescados, la fuente principal son los vegetales.

En la carencia de vitamina A la piel se vuelve seca y presenta manchas de los caracteres de la ictiosis. Se ha visto como trastornos bucales, hiperplasia de las encías, gingivitis y piorreya. En la lengua no hay ninguna manifestación especial.

## 2.- Deficiencia de vitamina B.

Constituye este proceso más de quince factores biológicos independientes. Las manifestaciones clínicas generales y bucales que acompañan, a la deficiencia, absorción o utilización insuficiente de los miembros del complejo B son variables.

Deficiencia de vitamina B (Tiamina).- Es difícil determinar los signos específicos de carencia de Tiamina. La restricción moderada ocasiona detrimento de la salud general, física y mental.

Manifestaciones bucales.- La lengua aparece engrosada y edematosa y carece del tono muscular: como causa alteraciones de los nervios periféricos frecuentemente hay dolor y neuralgia de la lengua. Se han visto casos de glosalgia y neuralgia menor de la cara curados con Tiamina. Las papilas fungiformes están aumentadas de volumen, edematosas e

hiperémicas. En los bordes de la lengua se observan a veces las huellas de los dientes. Los tejidos afectados presentan color rosa-viejo.

**Histopatología.**- Hiperemias de los vasos capilares y extravasación de eritrocitos. En casos avanzados hay ulceración y desnutrición del epitelio e infiltración de células redondas.

**Beri-beri.**- Generalmente está asociada con la palabra. Las lesiones de la boca no son claras, la gingivitis y el edema de la mucosa de la boca pueden acompañar a las formas atípicas de neuralgias faciales en la deficiencia de Tiamina. La lengua aparece algo engrosada y edematosa y carece del tono muscular normal. Las papilas fungiformes están aumentadas de volumen edematoso e hiperémicas, en los bordes de la lengua se observan a veces las huellas de los dientes.

**Tratamiento.**- Inyecciones de Clorhidrato de Tiamina.

b) Deficiencia de vitamina B (Riboflavina). Las lesiones que acompañan a la carencia de Riboflavina son muchas y variadas. Se presentan principalmente en la mucosa bucal, la lengua y en forma de queilosis angular; ligera inflamación y descamación del borde mucocutáneo de los labios.

El borde mucocutáneo de los labios, la lengua y en menor extensión la mucosa de los carrillos se vé de color rojo purpúreo, que nos hace pensar en una cianosis moderada.

La lengua se ve rojiza, las papilas filiformes presentan atrofia, ya sea moderada o completa. Las papilas fungiformes, están edematosas y la lengua toma un aspecto edematoso. Puede haber ligera sensación de quemadura en la lengua y en forma de queilosis angular; ligera inflamación y descamación, suelen presentar indentaciones en sus bordes, y suelen observarse úlceras planas, pequeñas en la mucosa de los carrillos y bordes de la lengua.

Tratamiento.- Suministrar Riboflavina, junto con otros elementos del complejo B.

c) Deficiencia de vitamina B6 (Piridoxina). La sintomatología de esta deficiencia de vitamina es una mezcla de la sintomatología de deficiencia de vitamina B2 y Niacina; con glositis y estomatitis semejantes, así como la queilosis angular.

Tratamiento.- Se suministra Piridoxina de 100 a 300 miligramos diarios durante el tiempo requerido.

### 3.- Deficiencia de vitamina C (Acido ascórbico).

La vitamina C tiene sus fuentes naturales en los vegetales frescos, así como las frutas cítricas. La función principal del ácido ascórbico es la formación de la sustancia intercelular (colágena) del tejido conjuntivo y del tejido osteoide de la dentina, la vitamina C interviene en la producción de la hemoglobina.

Escorbuto.- Es una enfermedad ya bastante -

rara, causada por la falta de alimentos frescos - que contengan vitamina C. Existen hemorragias debidas a la fragilidad capilar. Se forman equimosis y hay hemorragias subperiósticas. En la boca no se presentan alteraciones susceptibles hasta después de haber aparecido los síntomas generales de escorbuto. Afectan principalmente las encías no tienen rasgos característicos en la lengua. Ahora bien si el escorbuto en sí es raro no lo es la deficiencia parcial de vitamina C.

#### 4.- Deficiencia de Acido Nicotínico.

Este se ha aislado en forma de cristales aciculares. Para evitar el error de confundir el ácido nicotínico con el alcaloide nicotina, se han propuesto las designaciones de Niacina y Niacinamida para uso general. Se encuentran en las carnes negras, hígado y diversas hortalizas.

Pelagra.- Se presenta en indigentes o personas que tienen malos hábitos dietéticos y en personas con alguna enfermedad orgánica. Los síntomas típicos incluyen debilidad progresiva, laxitud, anorexia, diarrea y la lengua característica en la pelagra y llamada lengua lisa de Sandwith.

Lengua lisa de Sandwith.- Esta es producida por la descamación de las papilas linguales. En su inicio las partes que sólo están afectadas con la punta y los lados de la lengua; están muy rojas e inflamadas y por la presión contra los dientes se encuentran estos marcados. En la segunda etapa se ve toda la lengua roja, lisa, puede estar descamada, las papilas se atrofian y la necrosis se ox-

tiende dentro del tejido; está entreverada con - - áreas sanas, siendo las primeras áreas dolorosas - presentando la lengua un aspecto punteado.

**Etiología.**- Anteriormente se tomaba como se cuela de carencia de Niacina actualmente quedan im plicados además de esta, la Piridoxina y otros ele mentos.

**Tratamiento.**- Cede fácilmente en los casos medianos suministrando cantidades pequeñas apenas de 10 a 50 mgrs. de Coezina l pura; también con Co ramina y otros parientes de la Niacina en forma de alimentos (carne de puerco, carnes rojas, cacahuete, cereales, levadura de cerveza).

#### 5.- Deficiencias vitamínicas múltiples.

En casi todas las manifestaciones de deficiencia de alguna vitamina, se combinan con alguna otra deficiencia vitamínica no obstante que prevalezca la sintomatología específica de ella.

**Esprúe.**- Es la enfermedad más común de deficiencia múltiple de vitaminas, es causada por una absorción intestinal defectuosa de la grasa, las - vitaminas liposolubles y algunos hidratos de carbono.

**Sintomatología.**- Sensación de quemadura, do lor y enrojecimiento de la lengua, las superficies epiteliales de la lengua y de la mucosa bucal pueden estar denudadas en zonas de forma irregular y hasta formarse úlceras.

**Tratamiento.**- Dieta rica en proteínas y pobre en grasas, complementada con tratamiento polivitamínico, extracto de hígado, ácido fólico y vitamina B.

#### 6.- Glositis de Moeller.

Glositis marginal exfoliativa es también otro de sus nombres, se ha presentado en mujeres climatéricas, o en otros procesos morbosos que afectan la totalidad del organismo, otros de los estados en que se encuentra; son la anemia perniciosa por drogas, alergias, deficiencias nutricionales y erupciones.

La glositis de Moeller se ha estudiado poco, sin embargo es común. Su etiología exacta no se sabe.

**Sintomatología.**- Se observan en el dorso de la lengua zonas bien limitadas de color rojo vivo o rosa mate, de superficie brillante, muy dolorosas al tacto, raras veces ulceradas o hemorrágicas, no se ven fisuras ni erosiones. Las lesiones no dejan cicatrices.

El síntoma más característico es el intenso dolor de la lengua, que se inicia en forma gradual y se limita a las zonas lesionadas, que también abarca a la punta y los bordes de la lengua. Por lo general alimentos muy condimentados o calientes, agudizan el dolor. Las lesiones raras veces se extienden y confluyen, lo que nos ayuda a diferenciarlas de la lengua geográfica.

Tratamiento.- Tópico como cualquiera de la-glositis, además de la medicación general si se conoce su etiología.

#### f) Alteraciones por discrancias sangufneas.

Con mucha frecuencia los síntomas en la boca son los primeros síntomas de enfermedad. El dentista deberá vigilar siempre la presencia de lesiones que pueden ser síntomas de cualquier padeci-miento de este género.

##### 1.- Anemia Hipocrómica.

En mujeres es muy común, es causada por deficiencia de hierro y otras substancias que intervienen en la formación de hemoglobina.

La mucosa esta muy pálida, puede haber hemorragias con coagulación y tiempo de sangrado aumentado.

La lengua lisa por atrofia de las papilas, - a veces hay atrofia muscular, con la lengua disminuida de tamaño. Esta enemia predispone a la infeción y a la ulceración.

Tratamiento.- Administración de hierro.

##### 2.- Anemia Perniciosa.

Se presenta en adultos entre 45 y 60 años.- Se dice que la causa principal de la anemia perniciosa es una alteración de las glándulas del fondo del hfgado con deficiencia consecutiva para secre-

tar la cantidad normal de un factor gástrico-termo-  
lábil.

La lengua en la primera fase tiene un aspecto rojizo que contrasta con lo amarillento de la mucosa bucal. Esta nunca tiene suburra, y se aprecian las papilas fungiformes y filiformes atrofiadas, lo que le da un aspecto liso, a los bordes de la fisura media.

Los síntomas subjetivos son; sensación insuportable de quemadura y adormecimiento.

Tratamiento.- Terapéutica a hígado, ácido fólico y vitamina B12.

### 3.- Anemia Aplástica.

Disminución de glóbulos rojos, blancos y plaquetas en la sangre periférica. La lengua raras veces es atrófica y no hay glositis definida.

Tratamiento.- La eliminación del agente causal.

### 4.- Policitemia.

Un aumento en el número total de glóbulos rojos; puede ser primaria, como resultado de la proliferación exagerada de los tejidos hematopoyéticos; puede observarse en individuos que viven en lugares muy elevados sobre el nivel del mar, o en individuos con cardiopatías congénitas, enfisema pulmonar. En la policitemia secundaria rara vez se observan los síntomas bucales que se observan en -

la policitemia primaria.

**Sintomatología.**- La mucosa bucal y la lengua. Tienen un profundo matiz azul-rojizo. La lengua parece estar pintada con cristal violeta. Son comunes las petequias en la mucosa bucal y las hemorragias.

**Tratamiento.**- Se han usado varios medios para destruir los glóbulos rojos como flebotomias, -- inhalación de O y medicamentos como la fenilhidrazina o la acetilfenilhidrazina, esta última menos tóxica, que tienen acción destructora sobre los hematofes.

#### 5.- Leucemia.

Esta es una enfermedad fatal, se caracteriza por el aumento de los leucocitos en la sangre circulante y los tejidos. Tiene gran importancia por que las manifestaciones bucales son tempranas y cuando no se ha reconocido la enfermedad y se hacen intervenciones quirúrgicas se acelera la mortalidad. La verdadera causa de la leucemia se desconoce.

La estomatitis leucémica se puede confundir con cualquier otra estomatitis, por lo que se deben estudiar los antecedentes. Existe una gran propensión a la infección. La lengua con frecuencia aparece inflamada y oscura.

#### 6.- Hemofilia.

Es una enfermedad hereditaria cuyas manifes

taciones clínicas sólo se presentan en el hombre; - la enfermedad se transmite por la mujer. Lo característico de la enfermedad es la prolongación desu - sada del tiempo de la coagulación.

Sintomatología.- La enfermedad rara vez se manifiesta en el lactante. Suele presentarse en la primera infancia por extensas hemorragias subcutáneas después del más ligero traumatismo. La lengua es asiento frecuente de hematomas.

Las anticulaciones se alteran con frecuen - cia. Los episodios hemorrágicos pueden aparecer - por alguna infección.

Tratamiento.- Transfuciones de sangre y de plasma humano. cualquier intervención quirúrgica - por leve que sea requiere tratamiento específico y hospitalización.

## 7.- Púrpuras.

Comprende un grupo de enfermedades que se - caracterizan por petequias, equimosis y hemorra - gias cutáneas y mucosas.

Sintomatología.- El primer síntoma casi - - siempre es una hemorragia gingival grave... Cuando hay síntoma de púrpura no deberá intentarse ninguna intervención quirúrgica. Las lesiones bucales - mejoran cuando aumenta el número de plaquetas.

Tratamiento.- Las transfuciones pueden lo - - grar que el enfermo sobreviva al episodio agudo. - Se han utilizado con algunos resultados positivos-

las vitaminas C y P.

#### 8.- Varices de las Venas Linguales.

En los adultos las variococidades de la lengua son frecuentes. Las venas presentan un aspecto prominente y tortuoso, que cuando el paciente las descubre considera son de serias consecuencias. El práctico deberá explicar al paciente la naturaleza de tales lesiones usando las varicocidades a los miembros inferiores como símil. Ningún tratamiento deberá ser aplicado, únicamente explicar perfectamente bien que se trata de una lesión benigna.

Se ha afirmado que la distensión de las venas linguales indica que la eficiencia del corazón ha disminuido. La prominencia exagerada de tales estructuras puede ser síntoma temprano de descomposición cardíaca que debe prevenir en el empleo de anestesia general.

## CONCLUSIONES

Después del estudio que hemos realizado sobre la lengua, salta a la vista indiscutiblemente su enorme importancia que representa al Cirujano - Dentista: sacando las siguientes conclusiones:

- 1) Es necesario el estudio de su estado normal en su histología, Embriología, Anatomía y Fisiología, para poder distinguir las alteraciones..
- 2) Es necesario el conocimiento de las causas de las malformaciones congénitas.
- 3) Existen padecimientos locales de la lengua, a los que no se les da importancia que tienen, y algunos de ellos pueden ser mortales.
- 4) Existen enfermedades sistémicas cuyos - disturbios tienen su primera manifestación en la - lengua. Tocando muchas veces al Cirujano Dentista - el diagnóstico diferencial de la enfermedad.

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

- ANATOMIA HUMANA, De Fernando Quiroz Gutierrez.
- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA. De L. Testut y O. Jacob.
- TRATADO DE HISTOLOGIA. De Arthur H. Ham.
- FISIOLOGIA HUMANA. De Bernardo Houssay.
- EMBRIOLOGIA MEDICA. De Jan Langman.
- ENFERMEDADES DE LA BOCA. De S. V. Mead.
- PATOLOGIA BUCAL. De Kurt Thoma.
- ORAL MEDICINE DIAGNOSIS AND TREATMENT. De Lester -  
W. Burket.
- TRATADO DE PATOLOGIA.- De Stanley L. Robbins.
- MANUAL DE TECNICO MEDICO PROPEDEUTICA. De Francisco Cuevas.