



360
Rej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIAS LINGUALES

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

Eloisa del Rosario Parrao Arceo

México, D. F. 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INTRODUCCIÓN.

La Odontología ha alcanzado con mucha rapidez un papel preponderante dentro de la Medicina debido a las crecientes responsabilidades en la atención del paciente. Por esto es indispensable que el Odontólogo General así como el especialista tengan un conocimiento básico de la patología bucal basandose en conocimientos científicos suficientemente sólidos que le permitan examinar al paciente, valorar los diversos hallazgos bucales y parabucles para llegar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

La lengua tiene funciones primordiales en el Sistema Estomatognático entre las cuales encontramos alimentación, fonación, deglución, autoclisis, además en esta estructura encontramos los receptores del gusto. La ejecución de una exploración lingual minuciosa debe estar incluida en la Historia Clínica debido a que muchas enfermedades de tipo nutricional o lesiones patológicas se manifiestan en este músculo.

En el proceso de fonación la lengua interviene en la emisión de diversos sonidos colocandose en distintas posiciones dentro de la boca, esto lo podemos comprobar cuando un sujeto presenta anquilosis debido a un frenillo lingual corto o por la presencia de parálisis del hipogloso.

La lengua interviene con la misma importancia en el proceso de alimentación ya que ejecuta movimientos para lograr comprimir y dirigir los alimentos durante la masticación formando el bolo alimenticio y su correcta deglución. Debido a las papilas gustativas la lengua también nos indica la calidad, consistencia, sabor y temperatura de los alimentos. Estas papilas gustativas están distribuidas en diferentes regiones de la lengua para poder diferenciar con mayor exactitud los sabores.

Por todo lo anteriormente mencionado es importante centrarse en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se manifiestan de alguna manera en la lengua y mucosa bucal en las fases de la práctica odontológica particularmente relacionadas con el tratamiento dental de pacientes fisiopatológicamente comprometidos. Esto requiere una valoración completa y una consideración de su estado de salud para que el tratamiento odontológico pueda planearse y proporcionarse de la mejor manera para el paciente como parte integral de una terapéutica amplia de la salud.

Tanto la Odontología filosófica como práctica son similares a las diferentes especialidades de la medicina, por lo tanto es obligación del dentista comprender la base médica de sus pacientes antes de llevar a cabo cualquier tratamiento odontológico para evitar fracasar por el estado médico anormal de su paciente.

Todo esto es necesario para saber utilizar la premedicación de cualquier fármaco antes de proceder al tratamiento dental.

Hoy en día es mejor la necesidad de colaboración entre los profesionales de la salud al planear el cuidado dental como parte de un tratamiento amplio con el fin de llevar paralelamente un buen tratamiento Odontológico en un individuo con una enfermedad médica.

CAPITULO I.

LENGUA.

La lengua es un órgano móvil musculoso en el cual radica el sentido del gusto. Se encuentra situado en la cavidad bucal propiamente dicha.

La lengua esta dividida en 3 regiones: el apice, el cuerpo y la raíz o base. Las dos primeras regiones constituyen los dos tercios anteriores situados en la propia cavidad y el tercio posterior o raíz se localiza en la faringe.

1.1 ANATOMIA EXTERNA.

Anatómicamente se le consideran 2-caras, 2 bordes, 1 base y un vértice o punta.

La cara superior o dorso de la lengua transversalmente es convexa y de adelante atrás es mas o menos aplanada. El tercio posterior de la lengua presenta la V lingual, por detrás de ésta se observan pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formados por las glándulas foliculares, mas atrás se encuentran tres repliegues que terminan en la epiglottis y se denominan repliegues glosopiglóticos mediano y laterales.

Por delante de la V lingual se observa un surco medio y a los lados las papilas que forman líneas paralelas a las ramas de la V lingual.

La cara inferior descansa sobre el piso de la boca, en la parte media se encuentra el frenillo lingual, a los lados de este en su parte más posterior se encuentran 2 tuberculos donde desembocan los orificios del canal de Wharton, La mucosa que cubre la cara inferior es lisa y ligeramente rosada.

Los bordes son convexos, son mas gruesos por detrás, que por delante, corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden degenerar en cancer lingual,

La base es la porción más gruesa de la lengua que corresponde en su origen al hueso hioides y más arriba a la epiglotis, a la cual esta unida por los repliegues glosopigloticos; en su parte anterior corresponde a los músculos geniohioideos y milohioideos.

El vértice en la línea media presenta un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior, En sentido vertical es apianado.

1.2 CONSTITUCION ANATOMICA.

a) Esqueleto Osteofibroso. -

Las partes blandas de la lengua están apoyadas en el hueso hioides, en la membrana hioglosa y en septum lingual.

La membrana hioglosa es una lámina fibrosa dirigida transversalmente, se inserta debajo del borde superior del cuerpo del hioides entre las dos astas menores.

El septum lingual o medio es lámina fibrosa colocada en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior de la membrana hioglosa y por abajo en la cara anterior del hueso hioides. En la extremidad anterior termina entre las fibras musculares de la punta de la lengua y en sus caras laterales se insertan muchos músculos de la lengua. El borde superior es convexo se aproxima a la mucosa del dorso de la lengua y el inferior cóncavo corresponde al genioglosa.

b) Músculos de la Lengua. Esta formada principalmente de músculo estriado con fibras agrupadas en haces entrelazados dispuestos en tres planos.

Dentro de los haces cada fibra muscular esta rodeada de endomisio que tiende a ser algo mas grueso que en la mayor parte de los músculos estriados.

El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico está situado entre los haces musculares, puede considerarse como perimisio.

Contiene vasos mayores y nervios y en diversos puntos tejido adiposo en algunas partes tiene glándulas incluidas.

Los músculos de la lengua son ocho pares y uno impar. De ellos, tres se insertan en los huesos cercanos: geniogloso, hiogloso y estilogloso. Tres se originan en los órganos cercanos: condrogloso (palatogloso), faringogloso y amigdalogloso. Dos proceden de los huesos y órganos próximos: lingual superior y lingual inferior. Sólo un músculo es propiamente intrínseco: es el transverso de la lengua.

- Geniogloso. Es el más voluminoso, es aplanado transversalmente. Está insertado en la apófisis geni superior, desde ahí sus fibras irradian hacia atrás, las superiores tienen una curva de concavidad anterior y terminan en la punta de la lengua. Las inferiores se dirigen atrás y abajo y se fijan unas en la base de la lengua y otras en la parte superior de la cara anterior del hioides; las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la lengua y terminan en la mucosa, en la membrana hioglosa, se entrecruzan por debajo del septum lingual con las del lado opuesto. Está relacionado por fuera con la glándula sublingual con la arteria lingual

con el nervio gran hipogloso, con el canal de Wharton, con los músculos estilogloso, hiogloso y lingual inferior. La cara interna corresponde al homónimo del lado opuesto. Su acción levanta y dirige la lengua hacia adelante por medio de las fibras que van al hueso hioides. Las fibras superiores dirigen la punta hacia abajo y atrás, y las medias tratan de proyectar el cuerpo de la lengua hacia adelante. En conjunto las fibras reducen la longitud de la lengua y la aplican contra el piso de la boca.

- Estilogloso. Se extiende de la apófisis estiloides a los bordes de la lengua. Esta insertado en la cara antero-externa de la apófisis estiloides, en la parte superior del ligamento estilomaxilar. Se dirige abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar donde se divide en haces superior que van al septum lingual, los inferiores se dirigen hacia adelante y abajo cruzando sus fibras con las del hipogloso y geniogloso y los haces medios siguen el borde de la lengua y termina en la punta. Esta relacionado por dentro con el ligamento estilohioides constrictor superior de la faringe y el hipogloso por fuera con la glándula parótida y el pterigoideo interno. Su acción eleva la lengua y la lleva atrás.

- Hipogloso. Se extiende del hueso hioides a la lengua tie

ne forma cuadrangular. Esta insertado por abajo en el borde superior del cuerpo y del asta mayor del hueso hioides; se llama bastogloso al haz que se desprende del cuerpo y ceratogloso al que se desprende del asta. Después las fibras se dirigen hacia abajo y ligeramente hacia adelante al entrecruzarse con el estilogloso corren adentro y adelante casi horizontalmente mezclandose con los haces anteriores del estilogloso para terminar como él en el septum lingual. Esta relacionado en su cara externa con los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico, con la glándula submaxilar y con el canal de Wharton esta entrecruzado de atrás adelante por el gran hipogloso y el lingual inferior. Su cara interna se relaciona con el constrictor medio de la faringe, con el faringogloso y cruzada de atrás adelante por la arteria lingual. Su acción abre la lengua, al tiempo que se aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

- Faringogloso. Esta compuesto por un fascículo dependiente del constrictor superior de la faringe que después de alcanzar el borde de la lengua se divide en haces superiores que se confunden con los medios del estilogloso y con los haces del palatogloso y los haces inferiores se entrecruzan con las fibras del geniogloso y del lingual inferior.

- Palatogloso o Glosostafilino. Esta situado en el espesor

del pilar anterior del velo del paladar, es delgado y aplastado. Está insertado por arriba en la cara inferior de la aponeurosis palatina de donde desciende a la base de la lengua para recorrer el borde de esta y confunde sus fibras con las del faringogloso y la mucosa hasta la base de la lengua donde se hace transversal y en la línea media se encuentra con la del lado opuesto. Su porción superior está colocada entre la aponeurosis faríngea y la amígdala abajo cruza en su cara inferior el lingual superior. Su acción es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

- Lingual Superior. Es un músculo impar. Situado en el dorso de la lengua por debajo de la mucosa. Está formado en su porción posterior por tres haces de los cuales los laterales emanan de las astas menores, del hueso hioides y el medio de la epiglótis, está contenido en el espesor del repliegue glosopiglótico medio. Los tres haces se dirigen hacia adelante y convergen de tal manera que en la parte media de la lengua quedan unidos continuando hacia adelante, termina en punta. Está relacionado en la cara superior con la mucosa de la lengua a la cual se adhiere íntimamente en la cara inferior en relación a los músculos subyacentes a los lados con el estilogloso (fibra superior), faringogloso y palatogloso. Su acción acorta la longitud de la lengua,

dirige la punta hacia arriba y atrás.

- Lingual inferior. Está situado en la cara inferior de la lengua. Está insertado atrás de los cuernos menores del hioides recibe haces de refuerzo del estilogloso y faringogloso, después se dirige hacia adelante y sus fibras terminan en la cara profunda de la mucosa que reviste por su cara inferior la punta de la lengua. Está relacionado por dentro con el geniogloso, por fuera con el hiogloso. Su acción acorta la longitud de la lengua, dirige la punta abajo y atrás siendo abatidor de la lengua.

- Amigdalogloso. Es un músculo delgado que va de la cápsula amigdalina a la lengua. Está insertado por arriba en la aponeurosis faríngea que cubre a la amígdala. Desciende luego entre el faringogloso y la mucosa a la base de la lengua donde se hace transversal y se entrecruzan en la línea media con la del lado opuesto. En su porción superior se halla colocado entre la aponeurosis faríngea y la amígdala, y abajo cruza por su cara inferior la lingual superior. Su acción es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

- Transverso de la lengua. Tiene la misma extensión del septum lingual. Está insertado en las caras del septum lingual de donde sus fibras se dirigen hacia afuera y se entre

cruzan con las fibras longitudinales de los músculos que se encuentran hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual donde se fija. Su acción al contraerse reduce el diámetro transverso de la lengua a la que transforman en un canal cóncavo hacia arriba.

c) Mucosa Lingual. El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso. La lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares. No hay verdadera submucosa.

La mucosa que reviste la superficie dorsal de la lengua esta dividida en dos partes: la que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua (cuerpo), y el tercio posterior o faringeo (raíz).

El límite de estas dos partes se encuentra señalado por la V lingual. La parte bucal esta recubierta por una mucosa diferente a la porción faringea.

Esta cubierta por pequeñas proyecciones llamadas papilas y hay de tres tipos: filiformes, fungiformes y caliciformes.

- Papilas Filiformes. (Filum - hilo). Son estructuras de forma cónica relativamente altas y estrechas, están consti-

tuidas por lámina propia y epitelio. Cada una de estas papilas tiene una papila primaria de la cual se extienden papilas secundarias hacia la superficie. La papila primaria está cubierta por lámina propia y la secundaria por epitelio; ésta cubierta epitelial a veces se divide en hilos. Este epitelio se vuelve queratinico. Estas papilas son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas, cerca de la raíz, estas hileras siguen la forma de V que separan el cuerpo de la raíz. Aunque las papilas filiformes no están muy desarrolladas en el hombre permiten lamer un helado o caramelo. Las papilas tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto.

- Papilas Fungiformes. Estas se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal como pequeñas setas más delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeado. En cantidad no son tantas como las papilas filiformes; se encuentran en mayor número en la punta de la lengua que en el resto. Cada una tiene en el centro un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria y de estas se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento. La superficie epitelial no sigue los contornos de la lámina propia en la papila secundaria por lo tanto las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de

la superficie del epitelio, como este epitelio de revestimiento no es queratinizado es bastante transparente, se observan los vasos sanguíneos, por eso las papilas fungiformes son rojas.

- Papilas Caliciformes. Son de siete a doce, están distribuidas a lo largo de la V lingual. También reciben el nombre de papilas circunvaladas (vallum - baluarte), tienen forma de la torre de un castillo rodeada de un foso o trinchera. El foso esta constantemente lleno de líquido segregado por glándulas situadas más profundamente que las papilas y se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de residuos. Estas papilas son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre. Cada papila caliciforme tiene una papila primaria central de lámina propia y papilas secundarias que se elevan desde está hasta el epitelio estratificado no queratinizado.

Las papilas fungiformes y caliciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que cuando se estimulan originan impulsos nerviosos y causa una sensación gustativa.

- Amígdala Lingual. La mucosa que recubre la raíz de la lengua no tiene papilas verdaderas. Las prominencias que hay en esta parte de la lengua son acúmulos de nódulos lin-

fáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio. El acúmulo de nódulos linfáticos en estrecha relación con el epitelio plano estratificado recibe el nombre de te
jido amigdalár. El que se halla en el techo de la lengua, constituye la amígdala lingual. Muchos de los nódulos linfáticos tienen centros germinativos. Los espacios que quedan están ocupados por tejido linfático difuso. El epitelio plano estratificado no queratinizado que recubre el tejido linfático se extiende hacia el interior del órgano a diversos niveles para formar cavidades, reciben el nombre de criptas. Los linfocitos emigran a través del epitelio que recubre estas placas de tejido linfático pero más particularmente a través de las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta alcanzar su luz. La luz de las criptas puede contener acúmulos de restos formados por linfáticos y células epiteliales descamadas.

Los conductos de las glándulas mucosas subyacentes se abren en el fondo de muchas criptas, esta disposición permite que la luz de las criptas provista de tales glándulas se limpie y quede libre de restos. Por esto las criptas infectadas no son comunes en la amígdala lingual como en el tejido amigdalár de otras localizaciones desprovisto de glándulas subyacentes que se abran en las criptas.

1.3 IRRIGACION.

La lengua recibe sangre de la arteria lingual, cuyos ramos dorsales irrigan la parte posterior de la mucosa, en tanto que la lingual profunda y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua. Recibe para la masa muscular ramas arteriales de la palatina inferior y de la faríngea inferior. La circulación venosa va a desembocar a las venas linguales, satélites de los ramos arteriales y a fluentes de la yugular externa,

Los linfáticos se originan en las papilas de la lengua por una fina red intrapapilar que se vierte en una más amplia red subpapilar, la cual a su vez, forma conductos que se dirigen al surco terminal, originando troncos colectores de mayor calibre que descienden por la base de la lengua. En la mucosa del dorso de la lengua, la circulación linfática de un lado se anastomosa con la del lado opuesto, los troncos colectores que se forman se dividen en tres grupos posteriores, medios y anteriores.

Los linfáticos posteriores recogen la linfa de la base de la lengua, descienden unos por la epiglotis y otros por la tonsila, atraviesan el constrictor superior de la farínge y van a los linfonodos yugulares. Los linfáticos medios nacen entre la base y la punta de la lengua, descienden por

el piso de la boca entre el geniogloso y van a terminar a los linfonodos yugulares por debajo de los anteriores. Los linfáticos anteriores recogen la linfa de la punta de la lengua, descienden en el espesor del frenillo, atraviesan el milohioideo y en tanto que unos desembocan en los linfonodos suprahioides, otros terminan en los yugulares situados sobre el tendón intermedio del omohioideo.

1.4 INERVACION.

La inervación sensitiva de la lengua es suministrada por el nervio lingual, rama superior del nervio mandibular, que a su vez es rama del trigémino (V par), por la cuerda del tímpano, rama colateral intrapetrosa del facial (VII par) y por el plexo lingual, que es rama terminal del glossofaríngeo (IX par).

La inervación motora esta dada en la gran mayoría de los músculos linguales por el hipogloso (XII par).

El nervio lingual es sensitivo para la mucosa de la parte anterior de la lengua, para el piso de la boca y para la encía mandibular. El nervio lingual proviene del tronco posterior del nervio mandibular, y esta ubicado en principio entre el tensor del velo del paladar y el pterigoideo lateral donde esta unido a la cuerda del tímpano, rama del facial y frecuentemente a una rama del nervio alveolar infe

rior. Emergiendo por debajo de la cubierta del pterigoideo lateral, el nervio lingual sigue hacia abajo y adelante entre la rama de la mandíbula y el pterigoideo medial, en donde se sitúa anterior y más profundo que el nervio alveolar inferior. Entonces pasa por debajo del origen mandibular del constrictor superior de la farínge, y descansa sobre la superficie profunda de la mandíbula en la región media de las raíces del tercer molar inferior, donde está cubierto-unicamente por la membrana mucosa de la encía y puede ser apretado contra el hueso por un dedo colado dentro de la boca. Entonces deja la encía y pasa hacia los lados de la lengua, donde cruza al estiloso y corre por la cara lateral del hiogloso y por debajo del milohioideo; aquí está colocado arriba de la parte profunda de la glándula submandibular y su ducto. Sigue entonces adelante en los lados de la lengua y situándose lateralmente al hiogloso y el genlogloso, se divide en sus ramas terminales, las cuales están ubicadas directamente por debajo de la cubierta de la mucosa lingual.

Además de recibir la cuerda del tímpano y la rama alveolar inferior, ya mencionados, el nervio lingual se conecta con el ganglio mandibular por dos o tres ramas, y en el margen anterior del hiogloso, forma lazos de comunicación con ramificaciones del nervio hipogloso.

Las ramas del nervio lingual, siendo sobrepuestas a unas ligeras extensiones de fibras linguales del nervio glosofaríngeo, suplen la mucosa del piso de la boca, la cara lingual de las encías mandibulares y la parte mucosa de la porción del presurco de la lengua, los filamentos terminales se unen, en la punta de la lengua, con aquellas del nervio hipogloso. El nervio lingual inerva las papilas fungiformes con una extensa red de fibras no gustativas.

La raíz sensitiva del nervio facial transmite desde la cuerda del tímpano las fibras del gusto del área del presurco de la lengua y desde los nervios palatinos y gran petroso las fibras del gusto del paladar blando; en adición, transmite la inervación preganglionica parasimpática (secretora) de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, la glándula lagrimal y las glándulas de la mucosa nasal y palatina.

El nervio de la cuerda del tímpano se une al nervio facial aproximadamente 6mm. por arriba del foramen estilomastoideo. Corre hacia arriba y adelante en un canal, y atraviesa el tabique óseo posterior de la cavidad timpánica, a través del canalículo posterior de la cuerda del tímpano, el cual está situado cerca del borde posterior de la cara media de la membrana timpánica y al nivel del extremo supe-

rior del asa del martillo. Entonces pasa adelante entre las capas fibrosas y mucosas de la membrana timpánica, cruza el asa del martillo y vuelve a entrar al hueso, a través del canalículo anterior del nervio cuerda del tímpano, el cual está situado en el final medio de la fisura petrotimpánica. El nervio ahora desciende ventralmente en la cara media de la espina del esfenoides y pasa profundamente en relación con el pterigoideo lateral. En esta parte del trayecto el nervio yace lateral al tensor del velo palatino y es cruzado por la arteria meníngea media, la raíz del nervio aurículo-temporal y por el nervio alveolar inferior. Finalmente se une al borde posterior del nervio lingual formando un ángulo agudo. La mayoría de sus fibras que inervan la mucosa lingual son aferentes; esto constituye el nervio del gusto para esta región de la lengua. Antes de unirse con el nervio lingual, la cuerda del tímpano está unida, por una pequeña rama, con el ganglio ótico.

Las fibras sensitivas del nervio glossofaríngeo se distribuyen por la mucosa de la farínge y en el tercio posterior del dorso de la lengua para recoger las sensaciones gustativas.

El glossofaríngeo sale del cráneo por el agujero yugular corre entonces en dirección vertical en contacto con la ca-

ra interna del estilodioso, dibuja una curva de concavidad anterior y alcanza por fin la base de la lengua. Al llegar a la base de la lengua, se divide en múltiples ramos, los cuales se subdividen a su vez y van a terminar a la mucosa del dorso de la lengua cercana al surco terminal, constituyendo el plexo lingual.

Las papilas linguales están inervadas por: la cuerda del tímpano inerva las papilas fungiformes. El IX par inerva las papilas foliadas y circunvaladas, además de la área adyacente.

El nervio lingual inerva la porción anterior del epitelio lingual incluyendo las papilas fungiformes, recordando que ésta inervación no es gustativa sino sensitiva.

CAPITULO II. MACROGLOSIA.

II.1 CARACTERISTICAS.

La macroglosia es el aumento de volumen de la lengua en todos sus diámetros, aunque el aumento de uno solo de ellos también se le llama macroglosia. Principalmente es el aumento del diámetro antero-posterior.

Hay ocasiones en que existe un micrognatismo en el que la lengua de tamaño normal puede parecer grande presentando indentación que es un signo que esta presente en una hipertrofia lingual verdadera.

Se dice que una lengua esta aumentada de tamaño cuando sus bordes se apoyan en las comisuras y la desplazan hacia afuera al tiempo que su punta alcanza por lo menos el surco labio-mentoniano.

Una lengua plegada es una anomalía de la superficie y en ocasiones de los bordes generalmente da lugar al aumento de tamaño del órgano. Los surcos que presenta permiten que al sacar la lengua el paciente, esta se despliegue principalmente hay aumento en los diámetros antero-posterior y lateral.

No siempre se aprecia al nacer una macroglosia malformativa a menos que se manifieste cierto grado de prolapso. El progreso de esta anomalía se hace notable en los 3 primeros años de vida.

Hay casos en los que la lengua sale de la boca permitiendo la salida de saliva, macerando los labios. La superficie extrabucal del órgano se seca y puede fisurarse, presentar erosiones e infectarse.

A los 15 años tiene lugar la deformación máxima.

La macroglosia no altera la deglución pero la masticación es muy difícil.

El hioides está elevado y avanzado al igual que la laringe. La respiración es por lo general normal porque el deslizamiento del órgano mantiene libre la vía aérea a nivel de la glotis.

La macroglosia puede ser de tipo congénito o adquirido.

- Macroglosia Congénita. Se debe a un desarrollo exagerado de los músculos que puede estar relacionado con una hipertrofia o hemihipertrofia muscular generalizada o no.

- Macroglosia Adquirida. Esta puede ser debido a un tumor en lengua como el linfangioma, hemangioma difuso, la neuro-

fibromatosis, por bloqueo de los vasos linfáticos eferentes en casos de neoplasias malignas de lengua.

En casos de acromegalia por hiperpituitarismo en el adulto, la macroglosia es muy común que quizás ocurra como resultado de la relajación de los músculos a la par del crecimiento de la mandíbula. También puede haber macroglosia en el cretinismo o hipotiroidismo congénito,

Existe hipertrofia muscular lingual de un solo lado en el Síndrome de la hemihipertrofia facial y también en el Síndrome de la hemihipertrofia corporal generalizada.

Es frecuente un hipercrecimiento muscular lingual en el Síndrome de Hurler-Hunter aunque a lo mejor se debería de considerar una macroglosia relativa por menor desarrollo mandibular.

Algo semejante es en la macroglosia en pacientes con Síndrome de Down; casi siempre se trata de una lengua escrotal que ocupa un espacio pequeño por maxilares hipodesarrollados.

La macroglosia de cualquier tipo provoca el desplazamiento de los dientes y maloclusión debido a la fuerza de los músculos que intervienen y a la presión ejercida sobre los dientes.

No es raro observar en los bordes laterales de la lengua un festoneado.

11.2 DIAGNOSTICO.

No es muy difícil distinguir cuando existe una macroglosia pero hay que tomar en cuenta los casos en el que existe un micrognatismo, lo cual hace pensar que una lengua normal es grande por el menor tamaño de la mandíbula.

El grado de desarrollo mandibular, el grosor del labio inferior, la apertura bucal microstomía o macrostomía pueden ayudar al diagnóstico si existe macroglosia sobretodo en sus etapas iniciales.

11.3 TRATAMIENTO.

En la macroglosia cualquiera que sea la causa el tratamiento es quirúrgico.

La importancia de la cirugía tiene una variación marcada por la magnitud de la malformación y su estructura.

Si se trata de un hemangioma es obvio que creara más problemas técnico quirúrgicos que un linfangioma o que una hipertrofia muscular.

La importancia del empuje lingual en la génesis de las malformaciones maxilo-mandibulares hace que actualmente se practique con mucha frecuencia la glosectomía parcial.

Las técnicas quirúrgicas que existen para tratar la macroglosia son muy diversas:

Se emplea anestesia por bloqueo del Nervio Maxilar Inferior. Puede ser la Plastía en V o resección cuneiforme (Boyer), la Plastía en Y y la Plastía Indentada.

Primero se saca la lengua fuera de boca, todo lo que permita su elasticidad, traccionandola con un hilo grueso pasado por el espesor del organo o una pinza de Museux,

La incisión de la mucosa se dibuja con un bisturí y el músculo subyacente se corta con tijeras de disección. Los vasos se pinzan y ligan o se cierran por transfijión con puntos de catgut crómico fino.

En caso que tenga que ser más amplia la incisión es necesaria la anestesia endotraqueal con taponamiento faríngeo de gasa húmeda para iniciar la operación. Se facilita la exposición con abre bocas y un retractor de mejilla.

Empezando por la parte anterior se divide la lengua - hasta las papilas circunvaladas o mas allá. La incisión - de la mucosa del dorso de la lengua se efectúa con bisturí luego se corta la mucosa de la superficie inferior y se emplean tijeras para seccionar la musculatura. Pocos son - los vasos que atraviesan la línea media, por lo que la he- morragia será más moderada.

Después de asegurar una buena hemostasia, la herida - se cierra con puntos separados de seda 4-0,

La Plástia Indentada se hace más bien por estética, - que por funcionabilidad y en ella se corta todo el borde - de la lengua donde se encuentran las indentaciones.

CAPITULO III.

ATROFIA DE LAS PAPILAS GUSTATIVAS.

III.1 CARACTERISTICAS.

Se puede presentar en todas las papilas pero más frecuentemente en algunas,

Las hipertrofias en las papilas fungiformes son poco comunes. Uno de los casos es en la escarlatina antes de la despapilación lingual final, se observa la lengua fresa o frambuesa que es debido al aspecto producido por esta hipertrofia.

Al principio de una anemia estas papilas destacan en el dorso de la lengua.

Una causa local como es la irritación por aparatos ortodonticos puede provocar hiperplasia de las papilas fungiformes.

Las papilas filiformes presentan una hiperplasia muy marcada en la acantosis nigricans, en algunas lenguas saburrales.

La lengua vellosa su principal alteración es la hipertrofia de las papilas filiformes.

También encontramos hipertrofia filiformes malformativas en diversos procesos tales como la lengua escrotal, glositis losángica media, etc.

La hipertrofia o inflamación de las papilas foliáceas es debido a una papilitis foliada,

Cuando se produce una atrofia del revestimiento de la lengua, primero se atrofian las papilas filiformes y después las fungiformes pero si el trastorno no es de vieja fecha o no es intenso se pueden regenerar primero las fungiformes y después las filiformes.

Las papilas circunvaladas y las foliadas no participan en estos cambios atroficos son estructuras anatomicas más o menos constantes y persistentes.

Los cambios atroficos papilares pueden depender de deficiencia de uno o mas sistemas enzimaticos de oxidasa. La falta de hierro o la imposibilidad de utilizarlo puede provocar trastornos en las enzimas de citocromo.

La arriboflavinosis o la deficiencia de ácido nicotínico interfiere en la función de los sistemas enzimaticos flavínicos y piridínicos. Clínicamente se ha comprobado que los cambios linguales atroficos de aspecto similar se observan en otras enfermedades generales diferentes.

En la anemia inicial por falta de hierro los bordes laterales de la lengua suelen estar rojos pero después se manifiesta atrofia papilar y color más pálido. La lengua suele disminuir su tono muscular y se vuelve blanda.

Estos cambios son similares en pacientes con trastornos circulatorios o disminución de reserva de oxígeno.

Una lengua atrófica presenta variaciones del color y grados variables de cambios circulatorios.

Una lengua atrófica de color magenta es característica de una deficiencia riboflavínica. Si presenta color rojo vivo es por falta de ácido nicotínico o pelagra clínica.

La glositis atrófica es frecuente en el alcoholismo crónico y en el síndrome de Plummer Vinson.

CAPITULO IV, LENGUA SABURRAL.

IV.1 CARACTERISTICAS.

Este tipo de lengua se debe al aumento de la capa de revestimiento normal de la lengua.

Esta constituida por descamación epitelial, leucocitos diversos microorganismos entre ellos el treponema dentium, leptothrix buccalis entre otros, restos de alimentos, gotas de grasa, cristales de colesterol, calcio, etc. Estas sustancias se ubican entre y sobre las papilas filiformes que se desgastan constantemente por la masticación, salivación, y el mecanismo autoclítico o limpieza lingual.

El espesor de revestimiento de la lengua varía según las personas en diferentes momentos de la vida. La cantidad de saburra lingual aumenta gradualmente en circunstancias normales desde la edad de 10 años hasta los 65 años.

Los factores que provocan la lengua saburral pueden ser de orden fisiológico o patológico.

- Causas Fisiológicas. Durante el sueño la producción de saliva es nula por lo que no se produce la acción química (por efecto de sus enzimas) sobre la lengua. También la -

falta de movimiento de deglución durante el sueño y arrastre mecánico de la capa de revestimiento contribuye a la saburra.

Después de dormir varias horas se presenta la boca seca y la lengua con cantidades variables de saburra y esto es más cuando la última comida ha sido copiosa o al tomar bebidas alcohólicas en exceso.

Otras causas que favorecen la producción de saliva es debido a la falta de ingestión de alimento por vía bucal o debido a una dieta líquida que no dan lugar a la limpieza lingual.

También cuando se permanece mucho tiempo sin comer ni hablar o por el contrario, cuando se habla demasiado produce Xerostomía que lleva al estado de saburra.

- Causas Patológicas. Hay aumento de saburra en pacientes alimentados por sonda por falta del mecanismo autoclítico y limpieza bucal.

La deshidratación por un estado febril favorece la formación de saburra con papilas aumentadas de volumen, Respiradores bucales. En el Síndrome de Sjogren donde el síntoma fundamental es la Xerostomía, la lengua se encuentra despapilada y de color violáceo, Ocasionalmente llegamos a ver sobre la lengua y pared posterior de la faringe cubier-

ta de un aspecto gomoso de color castaño sucio; puede adquirir cierto espesor y ser difícil de desprender, se dice que es una lengua costrosa.

En la uremia la lengua aparece parda como tostada esto también se observa en casos de peritonitis y shock.

La saburra constituye un síntoma destacable en los primeros momentos de infarto al miocardio.

En algunas afecciones cerebrales de ciertos nervios periféricos puede haber saburra unilateral y se atribuye a trastornos tróficos.

Histológicamente esta constituida por colecciones de escamas paraqueratósicas exfoliadas a veces columnares asociadas con restos amorfos proteicos y colonias microbianas,

- Manifestaciones Clínicas. El dorso de la lengua esta revestido por una capa más o menos espesa de color blanco amarillo o pardo que esta acompañado de síntomas como halitosis y sabor amargo.

El color de la saburra es de color blanco y pardo dependiendo de la cantidad de alimentación y microorganismos.

Cuando la sequedad de la boca es muy grande parece estar cubierta de una costra pardusca.

El centro y la parte posterior de la lengua son las partes más afectadas.

IV.2 DIAGNOSTICO.

En los casos claros no es muy difícil distinguir la lengua saburral de la pilosa o vellosa. Pero frecuentemente ambos procesos se entremezclan.

Debemos entender por lengua pilosa la hipertrofia de las papilas filiformes y por saburral es el aumento de la capa de revestimiento normal de la mucosa sobre las papilas filiformes; aunque las causas sean semejantes y los procesos que las producen se asocian con frecuencia.

IV. 3 TRATAMIENTO.

Se debe de tratar la causa que impide la correcta limpieza del dorso de la lengua. La superficie de la lengua debe cepillarse ligeramente cuando se limpian los dientes,

CAPÍTULO V, LENGUA FISURADA.

V.1 CARACTERÍSTICAS.

También se le denomina lengua escrotal, plisada, plegada o montañosa. Se dice que no tiene prevalencia en cuanto al sexo, sin embargo en las estadísticas se ha comprobado que el 80% corresponde a pacientes varones.

Es una malformación que se manifiesta clínicamente por múltiples pliegues o surcos pequeños en la superficie dorsal de la lengua y por lo común en los bordes.

Estos surcos pueden variar de un paciente a otro en cuanto a número, longitud, dirección y profundidad.

De acuerdo a su disposición existen varios tipos:

- Foliáceo. Los surcos nacen de un centro común y se dirigen oblicuamente de atrás hacia adelante sobrepasando los bordes de la lengua.
- Transversal. Los surcos van perpendiculares al eje central.
- Longitudinal. Los surcos son paralelos al eje central.

- Cerebriforme, Son depresiones que siguen direcciones irregulares no habiendo una central y mediana y no siempre llegan al borde.

- Tipo Mixto.

La disposición de los surcos es tan variable que en muchos casos no nos permiten englobarla en un tipo determinado.

También podemos observar una lengua fisurada con dos surcos anteroposteriores sin presentar el central.

Los surcos separan lóbulos salientes o circunvoluciones donde se destacan las papilas fungiformes.

La consistencia de la lengua es normal.

Hay casos cuando los surcos son profundos y múltiples se puede apreciar una macroglosia mas o menos importante, Esto se debe a que el paciente al sacar la lengua esta se despliega con mayor amplitud que lo normal.

La lengua fisurada suele ser indolora excepto en ocasiones cuando los surcos se inflaman o infectan. Se pueden fisurar especialmente cuando los surcos son profundos.

Los pacientes que presentan lengua escrotal tienen más

desarrollado el sentido del gusto.

Frecuentemente la lengua escrotal se asocia con la lengua geográfica pero también la hemos visto asociada a otras malformaciones como hipoplasia, aplasia o hipertrofia de las papilas filiformes y en algunas ocasiones de las papilas fungiformes.

La parálisis facial en especial la recidivante también se asocia con la lengua escrotal.

Una de las manifestaciones del Síndrome de Melkersson Rosenthal uno de sus componentes son la parálisis facial y la tumefacción facial no inflamatoria y particularmente de labios.

Es un estudio histopatológico se ha encontrado que el epitelio a medida que desciende al fondo del surco se adelgaza y pierde los cuerpos interpapilares para ser absolutamente rectilíneo en la unión con el corlón a nivel del fondo. También se observó un infiltrado crónico linfocitario constante.

Cuando hay fisuras se observa a su lado una hiperplasia epitelial y un infiltrado subepitelial linfoplasmocitario.

Muchos autores piensan que la lengua escrotal es una malformación.

Hay casos familiares en personas con malformaciones craneales y muchas veces es congénito.

Con mucha frecuencia lo asocian con la lengua geográfica que también puede ser una alteración malformativa.

Es uno de los componentes del Síndrome de Melkersson Rosenthal que se produce en personas con malformaciones craneocefálicas.

Otros autores afirman que no es un proceso malformativo por aumentar su frecuencia con la edad. Es más probable que este asociada con un factor extrínseco como una irritación crónica o por deficiencias vitamínicas.

V.2 DIAGNOSTICO.

Debemos saber diferenciar la lengua fisurada de los surcos o arrugas fisiológicas de la vejez; estas son mas superficiales y no presentan hipertrofia de las papilas fungiformes por el contrario hay atrofia y los surcos no llegan al borde lingual.

V.3 TRATAMIENTO.

Se efectua en caso de existir grietas o fisuras.

Se aplican corticoides con antibióticos en vehiculos adhesivos.

También los toques de violeta de genciana al 1% y los buches de agua oxigenada al 3%.

No debemos olvidar investigar el factor terreno cuyas alteraciones modifican la capacidad de resistencia del tejido y producción de fisuras.

La evolución permanece inalterable. Solo las grietas que complican los surcos se pueden curar.

CAPITULO VI.
LENGUA PILOSA NEGRA.

VI.1 CARACTERÍSTICAS.

La lengua negra pilosa es una manifestación poco común, se dice que específicamente no es un trastorno del desarrollo.

Recibe diferentes nombres lengua vellosa o lengua negra vellosa no es muy correcto el nombre porque en ocasiones puede presentar otras coloraciones como blanca, amarilla, parda, gris aunque se trate del mismo proceso, dependiendo de los pigmentos y colorantes contenidos en los alimentos, bebidas, tabaco o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal.

La lengua pilosa es un proceso adquirido en hombres de edad madura con una no buena higiene bucal, pero suele aparecer a cualquier edad y sexo.

Se dice que es una hipertrofia y elongación de las papilas filiformes.

Suele limitarse por delante de la V lingual (papilas calliciformes) rara vez afecta a la punta y bordes laterales de la lengua, no hay una descamación normal puede ser extenu

sa y formar una capa opaca gruesa sobre la superficie dorsal.

También varían los síntomas subjetivos. En muchos casos aparte del aspecto desagradable la lesión esta desprovista de síntomas en su totalidad. Pero en otros casos el alargamiento de las papilas filiformes ocasionalmente barrerán el paladar del paciente y pueden producir náuseas.

Hay ocasiones que las partículas aprisionadas pueden producir mal olor. La persistencia y cronicidad de los síntomas pueden ocasionar una perturbación emocional en el que las molestias iniciales pueden ser ardor o dolor de la lengua.

Las papilas se pueden arrancar con cierta facilidad pero vuelven a crecer rápidamente sino se elimina la causa que origina la hipertrofia.

El comienzo es generalmente brusco. El paciente se extraña al comprobar esta pigmentación anormal pero su duración generalmente es de pocos días.

Histológicamente cada una de las papilas se encuentra revestida en la superficie por células ortoqueratóticas y/o paraqueratóticas aplanadas cuya altura es variable en longitud.

Existen pigmentos en su base especialmente y a nivel de la hiperqueratosis. La pigmentación es inter e intraepitelial y no melánica.

Los primeros cambios consisten en la proliferación del epitelio constitutivo en cada papila. El número de células basales las que se vacuolizan y por último desaparecen, los núcleos y se producen pilas de queratina a la manera de un cuerno cutáneo. El corion es prácticamente normal. Existe material pigmentario extraño (no melánico) entre los estratos de queratina.

Todavía existe mucha controversia acerca del factor etiológico. Son muchos los factores entre ellos: por el empleo prolongado de antibióticos como la penicilina y la tetraciclina y quimioterápicos (sulfamidas). Por irritaciones locales de distinto tipo como el tabaco, alcohol, colorantes vegetales, radiaciones, mala higiene bucal, infusiones con yerba mate. Por modificaciones en el pH del medio bucal (pH 6 o menor) esto es debido al uso de colutorios con alcalinos o por demasiada acidez. Por acción de microorganismos *Candida albicans* en especial; pero entre otros varias especies de *penicillium*, *mucor*, *geotrichum*, *bacteroides melanninogenicus*, *actinomyces*, *streptococcus viridans* y *estaphilococos*. Por diversas hipovitaminosis de las vita

minas A, B, C por deficiencia del ácido nicotínico.

En pacientes diabéticos, anémicos y portadores de enfermedades febriles y afecciones del árbol respiratorio.

No está bien establecido el mecanismo de acción y si cualquiera de los factores puede provocar lengua pilosa solo o tienen que actuar varios en conjunto.

Los antibióticos o quimioterápicos utilizados localmente o por vía sistémica pueden actuar por distintos mecanismos:

- Favoreciendo la proliferación de la candida especialmente.
- Inhibiendo enzimas que actúan en la limpieza fisiológica de la lengua.
- Inhibiendo bacterias intestinales que sintetizan el ácido nicotínico.

En cuanto a la acción microbiana especialmente micótica parece estar comprobado; pero se cree que no es primitivo sino más bien su desarrollo es favorecido por la acción de los antibióticos, quimioterápicos, irritaciones locales, etc.

La pigmentación de las papilas evidentemente no es melánica. No siempre se halla pigmento férrico que pueda justificar la acción del metal. Esta pigmentación se debe al aumentar la queratina y en casos de acción microbiana también a los pigmentos que estos producen.

VI. 2 DIAGNOSTICO.

Si la lengua negra es simple (no pilosa) se deberá diferenciar con la enfermedad de Addison de las diversas pseudomanchas y de las pigmentaciones raciales.

La enfermedad de Addison es debido a una insuficiencia crónica primitiva de la corteza suprarrenal, da una tonalidad parda no solo en la lengua sino en varias partes de la mucosa bucal que se acentúa en los sitios de traumatismo.

Cualquier factor irritante crónico excita a los melanocitos y hay un aumento en la producción de melanina. En la enfermedad de Addison como hay modificaciones endócrinas esto se produce con mayor facilidad. En el dorso de la lengua se puede apreciar que las papilas fungiformes aumentaban dicho tinte resaltando por su aspecto, pero en ninguno de los casos investigados existía hipertrofia de las papilas.

También hay que saber diferenciar de las diversas pseudomanchas que se provocan por la ingestión de alimentos o medicamentos.

Entre los alimentos tenemos la zanahoria, remolacha, vino, infusiones (yerba mate o té) y entre los medicamentos tenemos especialmente los que contienen hierro.

También el fumar en exceso da lugar a pigmentación de las papilas.

Las pigmentaciones melánicas raciales de la mucosa bucal son frecuentes en individuos morenos. Cuando son profusos toman las encías, mucosas yugales, labios y también se ven asimétricamente a nivel de la superficie de las papilas fungiformes.

En casos de lengua pilosa se debe hacer un diagnóstico diferencial con la acantosis nigricans con la enfermedad de Darier y con la lengua saburral.

La acantosis nigricans del adulto además dentro de sus manifestaciones bucales: macroquellia determinada por vegetaciones y en especial verrugosidades. En la mucosa yugal se encuentran también vegetaciones en la lengua en el dorso y bordes, hay un aumento del tamaño y del largo de las papilas

las filiformes. La acantosis nigricans se relaciona con frecuencia con carcinomas.

La enfermedad de Darier no solo produce lesiones linguales sino alteraciones cutáneas típicas que pueden originar lesiones en cualquier parte de la mucosa bucal.

Está caracterizada por múltiples elementos papuloídes opalinos agrupados estrechamente y separados entre sí por surcos mas o menos notables. En la lengua se pueden presentar estos elementos papuloídes pequeños (traslúcidos en su apariencia) a lo largo del dorso reemplazando y simulando papilas pero su diagnóstico es relativamente fácil.

La lengua saburral puede simular una lengua pilosa y también ambas se pueden asociar en un mismo paciente. La lengua saburral no provoca hipertrofia papilar y se puede remover la capa que enmascara las papilas linguales con un instrumento romo.

VI.3 TRATAMIENTO.

Se debe de eliminar o tratar las causas locales o generales que pueden producir la lengua pilosa como es el tabaco, alcohol, mala higiene bucal, yerba mate, agentes irritantes, los antibióticos, corticoides locales,-

sustancias alcalinas, falta de vitaminas, estados carenciales, alteraciones digestivas. etc.

Se pueden cortar las vellocidades al ras si no existe dolor o si no friccionarlas con un cepillo de dientes y después se pueden aplicar soluciones hidroalcohólicas (o de partes iguales de glicerina y alcohol) con ácido salicílico en proporción del 5 al 10% en pincelaciones diarias o podofilino al 15% en partes iguales de acetona y alcohol. En aceite mineral su acción es menor.

También son útiles los colorantes en toplicaciones la-1% como la fucsina, violeta de gensiana o el azul de metileno.

Resulta muy interesante hacer notar que medicaciones o terapéuticas que pueden acarrear lengua negra, como son las radiaciones, los toques con agua oxigenada, los corticoides etc., también pueden usarse para tratar el proceso.

En ocasiones también se han usado con buenos resultados las vitaminas PP (ácido nicotínico), la vitamina C y la A, esta última en trociscos. Se piensa que puede interferir en el metabolismo de los sulfidrilos e inhibir la queratosis.

Lineback, se basó en el concepto de biocenosis y sus

consecuencias, comienza alcalinizando el medio bucal si este es ácido usando pancreatina en polvo colocada durante 15 minutos o más sobre la lengua, esto produce una lisis de la queratina papilar. Además hace tratamiento local con antifúngicos o antimicrobianos de acuerdo con los gérmenes hallados y procede a la desensibilización de los mismos. Y termina modificando las fallas vitamínicas, nutritivas, etc, que existan.

Este proceso aparece súbitamente y puede desaparecer en la misma forma pero también puede persistir, para redivar después de controlado. No se conocen casos de transformación maligna.

CAPITULO VII.
LENGUA GEOGRAFICA.

VII.1 CARACTERISTICAS.

Recibe diferentes nombres entre ellos Glositis Migratoria Benigna (GMB), Eritema Migratorio Enantema errante, etc.

Se presenta con mayor frecuencia en niños, en adultos y jóvenes, que en pacientes de edad avanzada.

También se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres se podría decir que una relación aproximada de 2 a 1. Se dice que se presenta con mayor frecuencia en pacientes negros, sin embargo en investigaciones se ha comprobado que la incidencia es semejante a la de los blancos.

La lengua geográfica se localiza con mayor frecuencia en el dorso de la lengua, en las zonas más cercanas a las partes laterales que en la zona central aunque es común la coexistencia en ambas zonas.

En orden de incidencia sigue el borde y por último la cara ventral pero es mucho menos frecuente.

Se presenta en forma de círculos, ovalos o arcos con-

contornos geográficos; otras veces el borde que es por donde avanza adopta formas muy irregulares.

El aspecto clínico es muy cambiante, en días seguidos puede modificarse en forma notable.

Las lesiones elementales que dan origen a la GMB son muy variadas. En el borde existe leucoedema y escamas (casi inaparentes) y en el centro existe una mancha de tinte eritematoso siendo mas marcada que las papilas filiformes que se van hipotrofiando cada vez mas hasta tornarse casi invisibles.

Al irse curando la lesión se ve como las papilas filiformes van reapareciendo paulatinamente hasta normalizar su morfología.

En varios casos se ha observado como cuando se va a iniciar una lesión hay aumento en el tamaño y largo de las papilas filiformes.

Parece como si estallaran dejando en su lugar el comienzo de una nueva lesión.

Es interesante que el borde de avance tan característico parece producirse por confluencia y fusión de las papilas filiformes.

Dentro de las características clínicas encontramos que existe un leucoedema intenso que se torna translúcido a dicho contorno. En gran parte de los casos el borde aparece como formado por pequeños arcos de círculos. El ancho del borde es variable generalmente de 1 a 2 mm pero no puede ser mayor.

Por lo general el proceso es asintomático puede existir una ligera sensación de ardor en las zonas despapiladas. Hay ocasiones en que presentan síntomas más pronunciados de ardor o quemadura al ingerir alimentos picantes o ácidos.

Existen otras formas clínicas de lengua geográfica fundamentalmente en estos aspectos diferentes es la falta del borde que es típico de esta enfermedad, se pueden encontrar sectores de la lengua que presentan una hipotrofia de las papilas filiformes más o menos marcada y constantemente cambian de forma, tamaño y pueden desaparecer espontáneamente.

El borde puede estar formado de papilas filiformes hipertrofiadas.

- Etiopatogenia. Es muy discutida se dice que es de origen malformativo pero la evolución del proceso no coinciden con los que tienen dicha etiología.

- Etiología. Se dice que esta afección es familiar y hereditaria. Corrientemente se asocia con la lengua escrotal.

Se dice que pueden existir genes comunes a ambas afecciones y también se piensa que la lengua escrotal es una manifestación tardía a la lengua geográfica debido a su frecuente asociación.

Se observa frecuentemente en neuropatas, se dice que tiene mucho que ver el componente emocional porque se observo que la lesión es más severa bajo stress emocional.

Hay mayor cantidad de lengua geográfica en mujeres con trastornos menstruales.

En pacientes en los que las manifestaciones clínicas se presentaron después de traumatismos faciales. Estas manifestaciones se encontraban en el mismo lado de la lengua correspondiente al sector facial afectado. Este proceso podría también ser adquirido.

En un estudio sistemático y minucioso de cortes histológicos, en los cuales se pueda ver el denominado borde de avance de la lesión y las zonas que el mismo ha dejado atrás en su crecimiento aclaramos el aspecto clínico que presenta la variedad que consideramos típica.

Al examinar con detenimiento los distintos estadios-
apreciamos que previo al borde existe un intenso edema in-
tracelular de las células epiteliales, cuyos núcleos se-
tornan picnóticos; en el corión papilar encontramos la pre-
sencia de un ligero infiltrado de polinucleares neutrofilos
y edema el que se acentúa progresivamente hacia atrás a ni-
vel de los vértices de las papilas.

En el epitelio las células leucoedematosas se encuen-
tran perpendicularmente al mismo una zona de neutrofilos
que hacia el centro aumentaban en forma progresiva en cuan-
to al número.

Este fenomeno disgrega las capas superficiales del epi-
telio a través de la formación de microabsesos.

Este epitelio se va desprendiendo en capas paraquera-
tósicas en conjunto con los polinucleares neutrófilos que
penetraron a las capas mas superficiales del tejido. De
esta manera se va produciendo una hipotrofia epitelial con
desaparición de las papilas filiformes. En las zonas cer-
canas al centro encontramos que en el epitelio comienza a
aumentar la cantidad de las células y a neoformarse en for-
ma gradual las papilas.

VII.2 DIAGNOSTICO.

Generalmente el diagnóstico es fácil, pero en las formas incipientes en la que el borde es poco marcado se puede pensar en una despapilación en áreas pero esta lesión es fija y en la lengua geográfica hay elementos que cambian continuamente de sitio.

El liquen plano y la leucoplasia pueden plantear problema de diagnóstico en el adulto. El registro día a día de la distribución de la lesión permite establecer el diagnóstico diferencial con el liquen plano. La leucoplasia inicial, se puede excluir por la disminución de la elasticidad de la lengua y por la constancia en la localización de lesiones cuando hay leucoplasia.

La estomatitis medicamentosa puede parecer similar a la Glositis Migratoria Benigna, pero en la estomatitis las lesiones son mucho más dolorosas y con frecuencia se manifiestan cambios hemorrágicos.

Las lesiones de lengua geográfica se deben distinguir de las zonas con desaparición permanente de papilas en personas de edad avanzada que se considera dependen de una insuficiencia vascular localizada o de un infarto.

Otras veces erróneamente es interpretada como una hipovitaminosis, candidiasis, etc.

Con una buena Historia Clínica y pensando en la posibilidad de la existencia de la lengua geográfica es posible diagnosticar. La Historia Clínica permite ratificarlo cuando hay dudas.

VII.3 TRATAMIENTO.

Como la etiología es desconocida el tratamiento es empírico. Se aconsejan tópicos anestésicos si las molestias subjetivas son grandes y una alimentación no irritante, se debe de dejar de fumar y tomar alcohol, también abandonar la adicción a las drogas.

El complejo B en grandes dosis puede dar mejoría,

Se les debe dar tranquilidad a los pacientes diciéndoles que es una lesión benigna en pacientes con cancerofobia se necesita psicoterapia de apoyo.

CAPITULO VIII.

VARICOCIDADES DE LOS VASOS LINGUALES.

VIII.1 CARACTERISTICAS.

Una v arice es una vena dilatada o tortuosa comunmente una vena sometida a gran presión hidrostática pero mal sostenida por los tejidos circundantes.

A las varicocidades de los vasos linguales o sublinguales también se le ha denominado lengua caviar provocado por várices que se manifiestan especialmente en su cara ventral (centro o bordes).

Las várices de las venas raninas linguales son muy comunes, tienen un aspecto terrible, cuando se ven por primera vez, se presentan como racimos rojos o violetas con forma de perdigones, en la superficie ventral y los bordes laterales de la lengua así como en el piso de boca. Sin embargo las várices también se pueden producir en los labios, comisuras labiales y mucosa bucal.

No se ha establecido una relación directa con otras enfermedades orgánicas específicas.

Se ha llegado a la conclusión que estas varicocidades

representan un proceso de envejecimiento y cuando se presentan antes de los 50 años representarían un envejecimiento prematuro.

Su incidencia aumenta con la edad. Se observa con más frecuencia en mujeres.

- Etiología. Se cree que son producidas por insuficiencia venosa y es más frecuente en personas que sufren várices de los miembros inferiores.

En estudios realizados las varicocidades no fueron relacionadas con cardiopatías pulmonares. La trombosis de alguna de estas várices es algo frecuente pero de escasa importancia clínica.

Otra patogenia invocada es una insuficiencia de vitamina C especialmente cuando hay hemorragias o petequias, pero el tratamiento con esta vitamina no mejoro a los pacientes.

Las venas que se alteran son casi siempre las raninas, comienza en la punta de la lengua y van hacia otras cerca de los bordes laterales.

VIII.2 DIAGNOSTICO.

Este tipo de enfermedad es de fácil

diagnóstico teniendo una buena Historia Clínica.

Pero estas varicosidades linguales se deben de distinguir de hemangiomas o de otros crecimientos nuevos,

VIII.3 TRATAMIENTO.

Se efectúa quirúrgicamente, cuando lo exige una intensa glosodinia que se crea causada por las mismas varicosidades o si aparecen hemorragias pero es excepcional.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de las várices, y en los casos poco acentuados solamente con las medicaciones para las várices de los miembros inferiores.

La biopsia no esta indicada a menos que los vasos varicosos y tortuosos se acompañen de lesiones ulcerosas crónicas.

CONCLUSIONES.

Es indispensable conocer a la perfección los estados patológicos que pueden desarrollarse dentro de la cavidad oral ya que es frecuente encontrarnos en la práctica diaria, ante cualquier patología bucal,

Para poder detectar cualquier anomalía tendremos que efectuar una exploración minuciosa de todas y cada una de las regiones que comprende la cavidad bucal. Empezando por las superficies labiales, comisuras labiales, partes internas de los carrillos, paladar, lengua, piso de la boca, encías y finalmente tejidos dentarios,

Todo esto conforma una Historia Clínica detallada para descubrir cualquier zona que reporte datos patológicos.

Es de vital importancia conocer al máximo la Historia Clínica del paciente para evitar pasar por alto alguna enfermedad que se pueda desencadenar y manifestarse en cavidad oral.

Esto lo lograremos interrogando al paciente sobre los antecedentes patológicos y no patológicos ya sean hereditarios o personales.

Teniendo en consideración el manejo adecuado de la His
toria Clínica en combinación con el conocimiento de todas y
cada una de las patologías podremos llevar al paciente a -
una pronta recuperación de la salud integral deseada.

BIBLIOGRAFIA.

1. PATOLOGIA BUCAL
John Giunta,
Editorial Interamericana
1° Edición
123 pgs.
2. ENFERMEDADES DE LA BOCA
David Grinspan,
Editorial Mundi, S.A.C.I.F.
1° Edición
Vol. III
1565-2546 pgs.
3. HISTOLOGIA
Arthur Ham W.,
Editorial Interamericana
5° Edición
945 pgs.
4. MEDICINA BUCAL DE BURKET
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Dr. Malcolm A. Lynch,
Editorial Interamericana
7° Edición
688 pgs.
5. ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA
MUCOSA ORAL
J. J. Pindborg
Salvat Editores, S. A.
3° Edición
319 pgs.

6. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
Fernando Quiroz Gtz.,
Editorial Porrúa, S. A.
Vol. III
513 pgs.

7. TRATADOS DE TECNICAS QUIRURGICAS
H. Redon,
Editorial Toray- Masson S. A.,
1ª Edición 1974
Tomq I
495 pgs.

8. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
William G. Shafer,
Editorial Interamericana
3ª Edición
846 pgs.

9. CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Dr. Robert A. Wise,
Editorial Interamericana
3ª Edición
365 pgs.

10. DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL
Edward V. Zegarelli
Salvat Editores, S. A.
651 pgs.