

14-1232

Universidad Nacional Autónoma de México  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM**

**ENFERMEDADES DE LA LENGUA**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A**  
**MA. ALEJANDRA CUEVAS VELASCO**



**MEXICO, D. F.**

**1981**



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.

"ENFERMEDADES DE LA LENGUA"

	PAG.
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I	
ANATOMIA DE LA LENGUA.	2
A) Situación.	
B) Músculos.	
C) Mucosa.	
D) Papilas y Glándulas.	
E) Vasos y Nervios.	
CAPITULO II	
HISTORIA CLINICA.	15
CAPITULO III	
EXAMEN DE LA LENGUA.	20
CAPITULO IV	
ANOMALIAS DEL DESARROLLO	23
A) Anquiloglosia.	
B) Lengua Bífida y Lengua Hendida.	
C) Fisuras Linguales Anormales (Lengua Escrotal).	
D) Glositis Romboide Media.	
E) Microglosia y Aglosia.	
F) Macroglosia.	
G) Lengua Pilosa.	
H) Tiroides Lingual.	
CAPITULO V	
LESIONES MACULARES Y PAPULARES DE LA LENGUA.	35

	PAG.
CAPITULO VI	
OTRAS PATOLOGIAS DE LA LENGUA	41
<ul style="list-style-type: none"> <li>A) Glositis Migratoria Benigna.</li> <li>B) Lengua Negra Velloso.</li> <li>C) Glosopirosis-Glosodinea.</li> <li>D) Alteraciones de la Capa Superficial de la Lengua. <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Atrofia de la cubierta superficial normal.</li> <li>2) Aumento de la capa superficial lingual.</li> </ul> </li> <li>E) Glositis de Moeller.</li> <li>F) Dolor de las Papilas Foliadas y Calisiformes.</li> <li>G) Varices Linguales.</li> </ul>	
CAPITULO VII	
LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA.	55
<ul style="list-style-type: none"> <li>A) Factores Predisponentes.</li> <li>B) Tratamiento.</li> </ul>	
CAPITULO VIII	
TUMORES COMUNES DE LA LENGUA.	58
<ul style="list-style-type: none"> <li>A) Fibroma.</li> <li>B) Papiloma de la Lengua.</li> <li>C) Hemangioma de la Lengua.</li> <li>D) Lipoma de la Lengua.</li> <li>E) Linfangioma de la Lengua.</li> <li>F) Mioblastoma de (Células Granulares) de la Lengua.</li> <li>G) Rabdomioma Y Leiomioma de la lengua.</li> <li>H) Mucocelo de la Lengua.</li> <li>I) Carcinoma de la Lengua.</li> </ul>	
CAPITULO IX	
BIOPSIA	78
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA.	83

## INTRODUCCION

La elaboración de esta tesis tiene como fin, el dar a conocer a todos aquellos estudiantes, profesionistas que deseen consultarla, un poco de lo mucho que la lengua encierra.

La lengua órgano que por su constitución anatómica es asiento de innumerables enfermedades tanto propias como orgánicas, es también hoy en día uno de los componentes de la cavidad bucal que despierta gran interés para el Cirujano Dentista.

En esta pequeña recopilación de datos, presento el aspecto clínico de algunas de sus patologías, los diferentes métodos de diagnóstico y, el posible tratamiento de cada una de ellas.

Por otra parte me dirijo a ustedes miembros del jurado, cuya experiencia es superior a la mía, con el propósito de pedirles comprensión y benevolencia, por las faltas que pude haber cometido durante su elaboración.

## CAPITULO I

### ANATOMIA DE LA LENGUA

La lengua es un órgano móvil y musculoso, que nos permite por medio de sus aparatos nerviosos terminales diseminados en su superficie exterior, percibir el sabor de los cuerpos. Es por esto que se dice que en la lengua radica el sentido del gusto. El desarrollo de la lengua es a partir de dos primordios; - Uno anterior proveniente del primer arco branquial y otro posterior, proveniente del segundo y tercer arco branquial. La parte anterior o bucal de la lengua está dispuesta horizontalmente, - mientras su parte posterior o faríngea la encontramos en posición vertical.

**SITUACION.** La lengua se encuentra en la cavidad bucal propiamente dicha, y se consideran en ellas dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

**Cara superior.** Se encuentra en relación con la bóveda palatina en su parte anterior. Es convexa transversalmente y más o menos aplanada de adelante a atrás, en su tercio posterior presenta por la disposición de las papilas caliciformes la V lingual. Hacia atrás se observan las glándulas foliculares y más atrás - de estas los tres repliegues glosopigloticos (uno medio y dos laterales). En la línea media presenta un surco longitudinal -- más o menos marcado, en cuyas paredes laterales se encuentran - numerosos bulbos del gusto. La textura de la mucosa que recubre

a la superficie dorsal es aterciopelada y de color rosado.

**Cara Inferior.** Es de menos extensión que la superior, descansa en su totalidad sobre el piso de la boca siempre y cuando el órgano se encuentre en reposo. En la línea media encontramos un repliegue mucoso o frenillo lingual y a los lados de este en la parte más posterior dos pequeños tubérculos donde se aprecian los orificios del canal de Wharton.

En las paredes laterales cerca del borde de la lengua, son de notar las venas raninas. La mucosa que recubre a esta cara es lisa, simple y ligeramente rodasa.

**Bordes.** Son convexos o redondeados, más gruesos en su parte posterior en donde se aprecian las papilas foleadas, y más delgados en su parte anterior. Ambos bordes corresponden a los arcos dentarios.

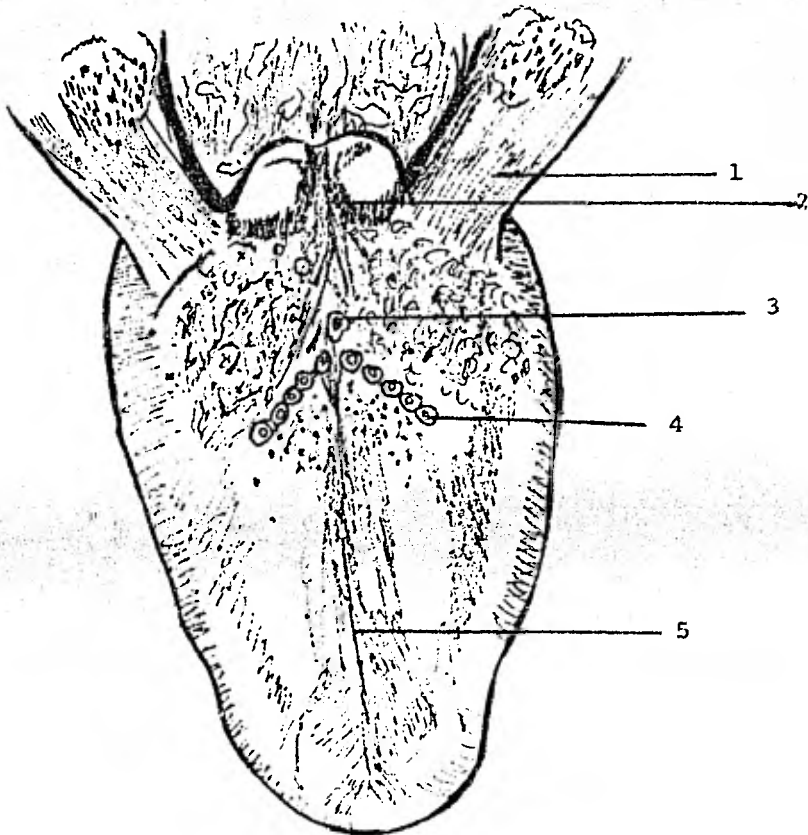
**Base.** Es la parte más gruesa y ancha de la lengua, su origen corresponde al hueso hioides y más arriba a la epiglótis. En su porción anterior se encuentra en relación con los músculos geniohioides y con el milohioides.

**Vértice o Punta.** Es aplanado de arriba abajo, presentando en su parte media un surco donde convergen los surcos medios superior e inferior. Está en relación con los incisivos.

El esqueleto osteofibroso de la lengua comprende el hueso hioides, la membrana glosohioides y el séptum lingual.

La membrana glosohioides es una lámina fibrosa, situa

## VISTA DE LA CARA SUPERIOR DE LA LENGUA



1) Pilar anterior del velo del paladar, 2) Repliegue Glossoepiglótico medio, 3) Agujero Ciego, 4) V Lingual formada por las Papilas Caliciformes, 5) Surco Medio Lingual.



da transversalmente. Se inicia en el borde superior del cuerpo del hioides, de donde se dirige hacia arriba y adelante en una extensión de 10 a 15 mm. perdiéndose después en el espesor de los fascículos musculares de la lengua.

El séptum lingual o séptum medio, es también una lámina fibrosa, colocada verticalmente en la línea media entre los dos músculos genioglosos. Presenta o tiene forma de hoz, su base se continua con la membrana glosohioidea y por intermedio de esta, con el hueso hioides; mientras que su punta aguda se dirige hacia el vértice de la lengua donde se pierde entre las fibras musculares.

Su borde superior es convexo y se dirige paralelamente a la cara dorsal de la lengua, en tanto que su borde inferior se presenta cóncavo y se relaciona con las fibras internas del geniogloso.

#### MUSCULOS DE LA LENGUA.

Dentro de los músculos de la lengua consideramos ocho que son pares y uno que es impar y que es el Lingual superior.

Los músculos los vamos a encontrar divididos en músculos extrínsecos e intrínsecos como se indica en el siguiente cuadro.

	Que nacen de los huesos próximos.	Geniogloso Estilogloso Hiogloso
MUSCULOS EXTRINSECOS	Que nacen de los órganos próximos	Palatogloso Faringogloso Amígdalogloso
	Que nacen a la vez de los huesos y de los órganos próximos	Lingual superior Lingual inferior
MUSCULO INTRINSECO . . . . .		Transverso.

Una vez que hemos clasificado a los músculos de la --  
lengua en extrínsecos e intrínsecos de acuerdo a su lugar de na-  
cimiento, los estudiaremos uno por uno.

MUSCULO GENIOGLOSO. Se considera el más voluminoso y --  
poderoso de los músculos de la lengua. se origina en la apófi--  
sis geni superiores, de donde sus fibras apenas separables se --  
desplegan hacia atrás terminando sus fibras inferiores en el --  
cuerpo del hioides, sus fibras superiores curvadas en la punta  
de la lengua y, sus fibras medias en la cara profunda de la mu-  
cosa desde la membrana glosohioidea hasta la punta. La cara ex-  
terna de este músculo se relaciona con la Glándula sublingual,--  
la arteria lingual, el hipogloso mayor, el conducto de Wharton--  
y, con los músculos hiogloso, estilogloso y lingual inferior.

La cara interna se relaciona con el geniogloso del lado opuesto, su borde anterior esta en relación con la mucosa interior de la lengua mientras que el borde inferior descansa sobre el geniohioideo.

En cuanto a su acción podemos decir que las fibras medias, dirigen la lengua hacia adelante, las superiores dirigen la punta hacia abajo, y cuando actúan todas las fibras en conjunto reducen la longitud de la lengua apretandola sobre si misma y aplicandole fuertemente contra el piso de la boca y la cara posterior del maxilar inferior.

MUSCULO ESTILOGLOSO. Es un músculo largo y delgado, - que se extiende desde la apófisis estiloides, hasta los bordes de la lengua. Se inserta en la apófisis estiloides y en la parte superior del ligamento estilomaxilar. de aquí se dirige hacia abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar, en donde se divide en haces; Los superiores que terminan en el séptum lingual, los inferiores que se cruzan con las fibras del hipogloso y geniogloso en dirección casi horizontal, y los haces medios que siguen el borde de la lengua y terminan en la punta. Se relaciona por fuera con la parótida, el terigoideo interno, la mucosa y el nervio lingual. Por dentro - esta relacionado con el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

Su acción consiste en elevar la lengua y llevarla hacia atrás aplicándola contra el velo del paladar.

**MUSCULO HILOGLOSO.** Es un músculo de forma cuadrangular, que va del hueso hioides a la lengua.

Las inserciones que presenta son: en el cuerpo del hioides por abajo del borde superior (haz basiogloso), y en el asta mayor del mismo hueso (haz caratogloso). De su lugar de origen, las fibras se dirigen hacia arriba y un poco adelante, para entrecruzarse con el estilogloso. De este punto se doblan hacia adentro y adelante haciéndose horizontales y mezclándose con los haces anteriores del estilogloso, para terminar como él, en el séptum lingual desde la base de la lengua hasta la punta.

Este músculo se relaciona por su cara externa con los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico. También con la glándula submaxilar, e hipogloso mayor. Por su cara interna o profunda se relaciona con el geniogloso y la arteria lingual, que lo cruza de atrás hacia adelante.

La acción de este músculo, es bajar la lengua y comprimirla transversalmente.

**MUSCULO PALATOGLOSO.** Este músculo recibe también el nombre de glosostafilino. Es delgado y aplanado, se encuentra situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar. Se inserta por arriba, en la cara inferior de la aponeurosis palatina o velo del paladar para posteriormente descender a la ba

se de la lengua, y confundir sus fibras con las de los músculos faringogloso y estilogloso en su porción media.

Se relaciona en casi toda su extensión con la mucosa lingual y, su acción es llevar hacia arriba y atrás la lengua - al mismo tiempo que estrecha el istmo de las fauces.

MUSCULO FARINGOGLOSO. El músculo faringogloso se encuentra representado, por un fascículo de fibras que manda el constrictor superior de la faringe al borde lateral de la lengua; en este punto, el músculo se divide en dos haces. 1o. los superiores que terminan confundiéndose con los haces medios del estilogloso y del palatogloso. 2o. Los inferiores que terminan entrecruzados con las fibras del geniogloso y del lingual inferior.

Cuando este músculo se contrae lleva la lengua arriba y atrás.

MUSCULO AMIGDALOGLOSO. Es delgado, aplanado, pequeño y se sitúa en la cápsula amigdalina de la lengua.

Se inserta en la parte externa de la aponeurosis faríngea que recubre a la amígdala, posteriormente desciende hasta la base de la lengua, en donde cambia su dirección para hacerse transversal y entrecruzarse en la línea media con el del lado opuesto (todo esto por abajo del lingual superior).

Su acción es elevar la base de la lengua y aplicarla contra el velo del paladar.

MUSCULO LINGUAL SUPERIOR.- Este músculo es el único - de los músculos de la lengua que es impar. Es mediano y se encuentra situado en el dorso de la lengua, por debajo de la mucosa recorriéndola desde la base hasta la punta.

En cuanto a su origen podemos decir que nace en la base de la lengua y presenta tres haces. Los haces laterales se desprenden de las astas menores del hueso hioides y, el haz medio del repliegue glosopiglótico del hioides. Desde sus puntos de origen posteriores, los haces se dirigen hacia adelante, funcionando en la porción media de la lengua y continuando así para terminar en la punta de la misma.

Se encuentra relacionado con la mucosa de la lengua - por su cara superior, con los músculos subyacentes por su cara inferior y, por los lados con las fibras musculares del glosopalatino, del glosofaríngeo y del estilogloso. Su acción es la de elevar y retraer la punta de la lengua.

MUSCULO LINGUAL INFERIOR. Se situa en la parte inferior de la lengua teniendo su principal origen, en las astas menores del hueso hioides, cabe mencionar que va reforzado por el faringogloso y el estilogloso, desde este punto se dirige hacia adelante, terminando sus fibras en la mucosa que recubre la punta de la lengua.

Su acción se resume en deprimir y retraer la punta de la lengua.

**MUSCULO TRANSVERSO.** Es el único músculo intrínseco de la lengua, se encuentra constituido por fibras transversales, - que se insertan por dentro en el séptum lingual, y terminan por fuera en la mucosa del borde de la lengua.

Cuando estos fascículos se contraen, los bordes de la lengua se aproximan a la línea media formando un canal cóncavo que proyecta la punta hacia afuera de la cavidad bucal.

#### **MUCOSA LINGUAL.**

La mucosa lingual presenta una consistencia firme, -- envuelve a la lengua en toda su extensión, excepto la base en donde se presenta delgada y lisa.

La mucosa del dorso de la lengua, es gruesa sobre todo al llegar a la línea media, este grosor se va haciendo menos espeso en los bordes lo cual permite que dicha capa sea ligeramente más móvil. En cuanto al color de la mucosa lingual podemos decir que es de color rosado, principalmente en sus partes laterales.

#### **PAPILAS Y GLANDULAS DE LA LENGUA.**

Las papilas linguales las vamos a encontrar divididas en cuanto a su forma en cinco grupos que son:

a) Papilas Caliciformes. Son las más voluminosas, se encuentran formadas por un mamelón central de 1 a 1 1/2 mm. de altura, un rodete circular a manera de cáliz y, un surco circu-

lar que se encuentra entre el mamelón central y el rodete.

Estas papílas las encontramos en un número de siete a once y están situadas en el dorso de la lengua, en el punto de unión del tercio posterior con los dos tercios anteriores. El conjunto de estas papílas forma la V lingual y en la papila del vertice de esta V se hace notar la presencia del agujero ciego.

b) Papílas Fungiformes. Se componen de una cabeza más o menos voluminosa, la cual es sostenida por un pedículo. Mide aproximadamente de 1 a 2 mm. de altura por 1 mm. de grosor y se diseminan por delante de la V lingual en número de 150 a 200 -- aproximadamente.

c) Papílas Filiformes. Son las más numerosas y, se encuentran distribuidas en toda la porción de la cara dorsal de la lengua por delante de la V. Están dispuestas en series lineales y su forma es cilíndrica o cónica de cuyo vértice sale un ramo de prolongaciones filiformes.

d) Papílas Foleadas. Se encuentran situadas en los bordes de la lengua cerca de la base. Son pliegues verticales en un número aproximado de tres pero son poco perceptibles en el hombre.

e) Papílas Hemisféricas. Son las más pequeñas de todas y se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual, la forma que presentan es cónica o cilíndrica.



Por lo que se refiere a las glándulas de la lengua éstas las encontramos divididas en dos clases.

1) Las Foliculares; que se sitúan en el dorso de la lengua, por detrás de la V y que forman una raya continua, desde la epiglotis hasta las papilas caliciformes así como de una amígdala a la otra. Son regularmente hemisférica, salientes y presentan un punto culminante, que contiene un pequeño orificio que conduce a una cavidad central.

2) Las mucosas; son en racimo y se esparcen por todo el dorso de la lengua, hasta la punta.

Presentan tres grupos; uno posterior que comprende a las que están situadas por detrás de la V, entre las dos amígdalas. Otro lateral que va desde las papilas caliciformes hasta la punta de la lengua y, por último un pequeño grupo conocido como anteroinferior que, se coloca en la cara inferior de la lengua, a los lados de la línea media y que recibe el nombre de glándula de Blandin o glándulas de Núhn.

La amígdala lingual se encuentra constituida por la gran cantidad de folículos linfoides que se encuentran situados por detrás de la V lingual.

#### VASOS Y NERVIOS DE LA LENGUA.

a) Arterias. La lengua por su parte posterior es irrigada en su mucosa por la arteria lingual, mientras que su parte

anterior es irrigada por la Ranina y la Sublingual.

Accesoriamente recibe irrigación de las ramas arteriales de la Palatina inferior y Faringea inferior.

b) Venas. La circulación venosa está dada por la vena Lingual, que desemboca en la Yugular interna.

c) Linfáticos. Se originan en las papilas formando -- una red subpapilar y, dividiéndose lo, en linfáticos posteriores que se dirigen hacia la epiglotis y las amígdalas, terminando - en los ganglios de la yugular interna. 2o. en linfáticos medios que nacen entre la base y la punta de la lengua, y que terminan en los ganglios de la yugular interna y 3o. en linfáticos anteriores o apicales que van de la punta de la lengua, hasta los - ganglios suprahioides así como a los yugulares.

d) Nervios. La inervación de la lengua, está dada por el nervio lingual que se distribuye en los dos tercios anteriores de la mucosa lingual, por el nervio Glossofaríngeo que se ramifica en la mucosa que está detrás de la V lingual y en el propia V, así como por el Laríngeo superior que envía unos filetes a la mucosa más proxima a la epiglótis.

Estos nervios terminan en papilas, epitelios, corpúsculos del gusto y, en los acinos glandulares.

Es también de importancia mencionar que la gran mayoría de los músculos de la lengua, son inervados por el Hipoglosso Mayor.

## CAPITULO II

### HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un archivo de datos que el paciente nos proporciona y que son de gran utilidad en el diagnóstico de la enfermedad.

Para la elaboración de una buena historia clínica nos valdremos del interrogatorio (directo o indirecto), la exploración física, la inspección y la evaluación de los datos aportados. Asi mismo la dividiremos en varios capítulos que a continuación mencionaremos, junto con las posibles preguntas que se pueden efectuar al paciente.

#### 1) FICHA DE IDENTIFICACION.

Aquí incluiremos los siguientes datos:

Fecha.

Nombre del paciente.

Edad.

Sexo.

Ocupación.

Lugar de Nacimiento.

Lugar de residencia.

Escolaridad.

## 2) ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

En este capítulo interrogaremos al paciente con respecto al estado de salud actual de sus padres, hermanos y parientes más cercanos.

Se preguntará si los padres están vivos o muertos y en el caso de estar muertos que indiquen la causa.

Si dentro de sus parientes más cercanos no hay alguno que padesca diabétes, cardiopatías, padecimientos pulmonares enfermedades trasmisibles (sífilis u otras), padecimientos convulsivos (epilepsia), etc. Con el fin de saber si existe relación con el padecimiento actual del paciente o se encuentra éste, propenso a alguna enfermedad.

## 3) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Aquí se interrogará al paciente con respecto a la habitación en donde vive; como es, si tiene todos los servicios (agua potable, luz, drenaje, ventilación, etc.), con cuántas personas lo comparte etc.

Cuales son sus hábitos personales (baño, cambio de ropa, higiene bucal. etc.), que comprende su alimentación y si fueron aplicadas todas las inmunizaciones (vacunas).

## 4) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Incluiremos aquí los siguientes puntos:

a) Enfermedades propias de la infancia (Sarampión, vi-

ruela, tosferina, etc.).

b) Antecedentes quirúrgicos.

c) Alergias. (por medicamento, fármaco o algún ali-  
mento)

d) Otro tipo de enfermedades padecidas con anteriori-  
dad.

#### 5) PADECIMIENTO ACTUAL

a) Fecha en que se inició.

b) Síntomas.

c) Evolución.

d) Terapéutica empleada.

e) Causa Provable.

#### 6) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Este capítulo de la historia clínica es importante,-- para conocer si el paciente presenta algún trastorno de ori- gen general que pudiera repercutir en la cavidad oral o que nos indique las limitaciones que existen para el tratamien- to del padecimiento actual, tanto en el momento de trabajar con el paciente como a la hora de prescribir algún medica- mento evitando así cualquier riesgo.

Las preguntas que se le hagan al paciente deberán de- ser sencillas y siempre encaminadas a obtener el diagnósti- co de una enfermedad general, si es que ésta existe.

Dentro de los aparatos y sistemas que requieren de un interrogatorio citaremos a los siguientes.

- a) respiratorio.
- b) digestivo.
- c) cardiovascular.
- d) endocrino.
- e) musculoesqueletico.
- f) genito-urinario.
- g) nervioso.
- h) hemático y linfático.
- i) órganos de los sentidos.

#### 7) EXPLORACION FISICA.

Dentro de la exploracion física deberemos incluir los siguientes puntos:

- a) Signos vitales del paciente (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura).
- b) Constitución física del paciente (talla, peso, etc).
- c) cara y cuello. (simetría, coloración, características de la piel, etc.).
- d) Exploración completa de la cavidad oral (lengua,-- piso de la boca, carrillos, encia, paladar, papilas, glándulas, pilares anteriores, etc.).
- e) Palpación de los ganglios de cabeza y cuello.

f) otros.

Por último no debemos olvidar que se deberá preguntar al paciente si esta tomando algún medicamento, y que nos indique el nombre y telefono de su médico para estar en contacto con el si acaso lo requiere.

### CAPITULO III

#### EXAMEN DE LA LENGUA

Es indispensable para el Cirujano Dentista, que el exámen de la lengua se efectue con detenimiento, para así poder establecer un diagnóstico lo más correcto posible, sobre enfermedades propias del órgano y, enfermedades del organismo en general que, pudieran provocar cambios linguales.

En la exploración o exámen de la lengua deberán tomarse en cuenta los siguientes puntos:

- a) El Color.
- b) El número y distribución de las diferentes papilas.
- c) El tono muscular.
- d) Las lesiones existentes en su superficie y, en las regiones profundas de su musculatura.

#### COLOR

Para apreciar mejor el color de la lengua, será preferible que el órgano descanse o repose pasivamente en su posición normal.

Cuando el órgano sobresale forzosamente de la cavidad bucal, se provocará que, las venas linguales queden comprimidas contra los incisivos y, se produzca una congestión venosa con su respectivo cambio de coloración. Lo mismo sucederá--



si el explorador tira del órgano con una gasa.

La iluminación debe ser adecuada y preferentemente de tipo solar.

#### NUMERO Y DISTRIBUCION DE LAS PAPILAS

Cuando la lengua se encuentra en estado protrusivo, la capa superficial o de revestimiento se podrá estudiar con mayor facilidad. Cuando la capa superficial se observa atrófica se deberá tomar nota de cuales son las papilas que ha disminuido en número y, si existen problemas inflamatorios en las papilas restantes.

Para los cambios linguales de tipo atrófico Di Palma #13 propone la siguiente clasificación.

- 1) Lenguas normales, con papilas normales en cuanto a número y estructura.
- 2) Lenguas descamadas, con notable disminución del número de papilas filiformes, pero con papilas fungiformes normales.
- 3) Lenguas atróficas, con falta completa de papilas filiformes y disminución importante (a veces carencia), de las papilas fungiformes.

#### TONO MUSCULAR.

La superficie de la lengua se explora recurriendo a la palpación bimanual o bidigital.

No se debe olvidar el tomar en cuenta que el tono -- muscular disminuye en casos como las anemias secundarias, distrofias musculares y en ciertos trastornos neurológicos. Así -- mismo se debe pensar en una glosítis isclerosa entersticial -- cuando la consistencia muscular es fibrosa difusa.

#### LESIONES SUPERFICIALES O PROFUNDAS DE LA LENGUA.

Para observar o descubrir lesiones superficiales o -- intramusculares de la lengua, es indispensable una exploración minuciosa por observación directa, y por palpación. Se pedira al paciente que lleve la punta de la lengua, hasta tocar la bóveda palatina, con el fin de inspeccionar cuidadosamente el espacio sublingual; y que posteriormente la saque y la lleve de un lado a otro de la boca para tener expuestos los bordes.

La palpación bidigital deberá hacerse cuidadosamente, para evitar que pasen inadvertidas, las lesiones ocultas o "silenciosas" en el espesor del órgano.

## CAPITULO IV

### ANOMALIAS DEL DESARROLLO

Dentro de las anomalias del desarrollo mencionaremos a las de más importancia como son:

- a) Anquiloglosia.
- b) Lengua Bífida y Lengua Hendida.
- c) Fisuras linguales anormales (Lengua Escrotal).
- d) Glosítis Romboide Media.
- e) Microglosia y Aglosia.
- f) Macroglosia.
- g) Lengua Pilosa.
- h) Tiroides Lingual.

La ANQUILOGLOSIA es un trastorno del desarrollo que se puede presentar en forma parcial o en forma total.

La anquiloglosia parcial es la más frecuente, se lo conoce también como "lengua atada" y suele ser el resultado de un frenillo demasiado corto, o que se encuentra insertado demasiado cerca de la punta de la lengua.

Los pacientes con este tipo de anomalía, presentan dificultades para Hablar debido, a que los movimientos de la lengua quedan limitados. Por otra parte es frecuente que al intentar al paciente que saque la lengua, esta no logre sobresalir de los incisivos inferiores.

La anquiloglosia total, es un estado que nos indica-- que la superficie ventral de la lengua se encuentra fusionada-- con el piso de la boca. Afortunadamente es una enfermedad muy-- rara.

El Tratamiento de la anquiloglosia es generalmente -- quirúrgico, y consiste en cortar el frenillo.

Describiremos brevemente la Técnica Operatoria:

Una vez anestesiado el paciente, se prende la lengua-- y se eleva para que aparezca el frenillo a la vista. Se corta-- horizontalmente hasta llegar a la unión de la cara inferior -- de la lengua, con el piso de la boca (fig. A); la amplia herida que se origina tanto en la cara inferior de la lengua como-- en el suelo de la boca (fig. B), puede producir una hemorragia profusa por lo que en algunas ocasiones será necesario ligar -- algún vaso pequeño, para evitar un hematoma. En cuanto a la -- sutura esta deberá ser con puntos separados y de tal manera -- que la herida cierre verticalmente (fig. C).

Tanto la LENGUA BIFIDA como la LENGUA HENDIDA, son -- dos casos raros de anomalías del desarrollo y de poca importan-- cia clínica. La lengua bífida, se presenta como consecuencia -- de la fusión incompleta de las dos mitades del órgano en su -- punta la cual se observa dividida en dos mitades laterales; -- mientras que la lengua hendida presenta únicamente una profun--

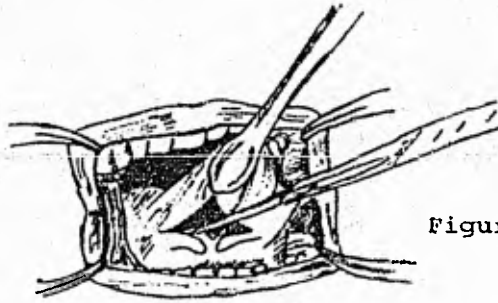


Figura A.

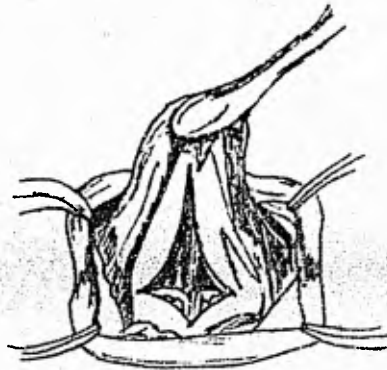


Figura B.

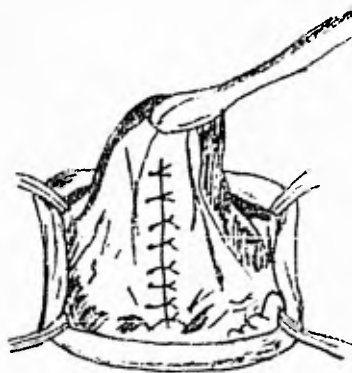


Figura C.

ANQUILOGLOSIA

da fisura dorsal que separa a las dos mitades del órgano.

El tratamiento de ambas enfermedades es quirúrgico, y consiste en coaptar los bordes mediante sutura después de haber extirpado el epitelio, para así dejar unidas las mitades laterales del órgano.

#### FISURAS LINGUALES ANORMALES (LENGUA ESCROTAL).

Tanto las fisuras como los surcos linguales, son lesiones muy importantes ya que permiten orientar hacia varios diagnósticos clínicos.

La lengua escrotal o lengua plizada, generalmente se asocia con una macroglosia. Se observa en niños y en lactantes pero con mayor frecuencia en los adultos. Esta anomalía se presenta en la superficie dorsal de la lengua y, consiste en una fisura longitudinal profunda de la que salen simétricamente otros surcos, que varían en profundidad, longitud y número. Dichos surcos se distribuyen en forma ramificada, o en ángulos rectos con respecto a los bordes de la lengua dándole a ésta un aspecto de arrugado.

Los surcos anormales de este tipo pueden pasar inadvertidos para el paciente ya que es difícil ver estas zonas fisuradas, a menos de que se observe el órgano volviendo sus bordes hacia afuera. Es por esta razón por la que no es raro--

que el paciente asegure que las fisuras aparecieron después de una quemadura térmica o química de la lengua; o que se presentaron posteriores a alguna otra lesión como la glositis migratoria benigna; cosa que hace difícil para el clínico el convencer al paciente de que se trata de una anomalía del desarrollo -- llo.

En algunas ocasiones se presenta una ligera inflamación de las fisuras debido al desdoblamiento microbiano de los restos alimenticios que se quedan en ellas, esta inflamación se acompaña de ligero dolor y provoca en el paciente una cancerofobia infundada, puesto que carece de importancia patológica, salvo la opinión de algunos clínicos que opinan que este estado predispone a la glositis migratoria benigna, y a la localización del líquen plano lingual. (13)

Tratamiento: Cuando aparecen síntomas de dolor e inflamación en los surcos, el tratamiento a seguir, es volver -- los bordes de la lengua hacia afuera para que quede bien expuesto el fondo de las fisuras, y poderlo limpiar con una solución de peróxido de hidrógeno al 3x100 y así eliminar los restos alimenticios que pudieran haberse acumulado. También tienen efecto paliativo, los colutorios tibios de agua bicarbonatada al 10x100; y sobre todo será necesario convencer al paciente apremiado de que no se trata de una lesión precancero --

sa.

#### GLOSITIS ROMBOIDE MEDIA.

La glosítis romboide media es una anomalía del desarrollo de la lengua que suele plantear problemas en el diagnóstico diferencial. Su nombre se origina por la existencia de una zona desprovista de papilas filiformes, que aparece en la línea media de la lengua inmediatamente por delante de la V lingual formada por las papilas caliciformes y del agujero ciego. Esta zona tiene o presenta forma romboide ó de diamante, es lisa, generalmente un poco elevada y en ocasiones presenta aspecto abollanado o lobular; su color es de un rojo más intenso que la superficie papilar que la rodea, lo cual la hace destacar claramente.

La presencia de esta zona desprovista de papilas, es debida a la interposición del tubérculo impar medio entre las dos mitades del órgano antes de que estas solden.

Generalmente la lesión es indolora y suele descubrirse durante un examen minucioso de la cavidad oral; sin embargo si la lesión se presenta aumentada de tamaño o fisurada, los cambios inflamatorios con su respectivo dolor, harán que el paciente aprensivo sospeche de que se trata de un proceso maligno por lo que, será necesario establecer lo más rápido



posible un diagnóstico correcto para así esclarecer sus dudas.

El diagnóstico de la glositis romboides media habitualmente se establece por la localización, características generales y consistencia muscular de la zona desprovista de papilas. Pero ante todo se deberá de descartar la posibilidad de que se trate de un quiste del conducto tirogloso o de una glándula tiroideas aberrante.

En cuanto al tratamiento, diremos que la glositis migratoria benigna no requiere de ningún tratamiento en especial salvo en alteraciones inflamatorias de las fisuras, en cuyo caso podemos acudir a los antisépticos ligeros y a las soluciones de peróxido de hidrógeno al 3 x 100.

Su extirpación no está indicada, ya que como se mencionó con anterioridad no hay nada que indique que esta anomalía sea precancerosa.

#### MICROGLOSIA Y AGLOSIA.

Tanto la Microglosia (lengua pequeña o rudimentaria), como la Aglosia (ausencia completa de la lengua), son anomalías sumamente raras, en las cuales se presentan consecuencias para el paciente que se pueden observar en el desarrollo de la dentición, en la tendencia a las enfermedades bucales, en-

la alimentación y en el habla.

La Aglosia por su parte generalmente se encuentra -- asociada a otras anomalias del desarrollo y a otros defectos bucales como son el paladar hendido, la micrognacia, el labio inferior hendido y a la hipertrofia de las glándulas submaxilar y sublingual.

#### MACROGLOSIA.

La Macroglosia o lengua grande es una entidad cuyo origen puede ser congénito o adquirido.

Hablamos de Macroglosia Congénita, cuando la intervención de las fibras musculares son el único factor que interviene en la hipertrofia del órgano. Estos casos se observan frecuentemente en los cretinos y puede asociarse a la hipertrofia de otros músculos del cuerpo.

Clínicamente la lengua aumenta de volumen, al grado de sobresalir de los arcos dentarios, sus funciones las encontramos perturbadas y la succión, respiración, deglución, masticación y fonación serán difíciles y molestas para el paciente. Los incisivos inferiores estarán desviados lo mismo que el maxilar (prognatismo), y la saliva escurrirá constantemente fuera de la boca.

Su tratamiento es quirúrgico, por escisión cuneiforme.

me, con hemostasis cuidadosa y sutura inmediata.

Con lo que respecta a la Macroglosia Adquirida que es la más común, citaremos un cuadro publicado por el Dr. Grinspan (10) donde nos menciona los diversos procesos patológicos que en grado variable provocan esta enfermedad. Ver cuadro A

#### LENGUA PILOSA.

La lengua pilosa es una afección poco común pero que no se considera específicamente como una anomalía del desarrollo.

Fue descrita por primera vez por Raynaud en 1869, (5) se presenta como una afección caracterizada por una hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua, que forman una capa gruesa y opaca sobre la superficie dorsal del órgano. El color de las papilas filiformes varia del blanco amarillento al negro, según su pigmentación por diversos factores como son los antibióticos, el tabaco, microorganismos cromógenos etc. La longitud de la papilas varia de 6 a 12 mm. aproximadamente y se sitúan en la parte posterior del dorso de la lengua.

Su etiología es desconocida, aunque se ha sugerido que algunos microorganismos como los hongos podrían ser un factor exitante. También se penso que el uso de ciertas drogas y anti-bióticos, así como el exceso de tabaco o la irradiación de ra-

ELEFANTIASIS, HIPERTROFIAS O MACROGLOSIAS

Displásica	Macroglosia pura Gargoilismo Mongolismo	
Infecciosa Endocrina	Histoplasmosis Acromegalia Hipotiroidismo	
Sanguínea	Leucemia	
Metabólica	Hialinosis (lipoidoproteinosis) Amiloidosis	
Alérgica Tumoral	Edema de Quincke Hemolinfangioma	
Papilomas	Malformativos Hiperplásticos simples Blastomatosos	
Aplasia, hipoplasia y atrofia	Aglosia, microglosia congénita; atrofia en parálisis y en la enfermedad de Romberg. Liquen atrófico y secuela de radiaciones.	
Esclerosis	Esclerodermia Lengua glaseada o de vidrio Esclerogoma Lipoidoproteinosis Amiloidosis	Sifilis terciaria Superficial profunda (toma el músculo)
Necrosis y necrobiosis	Mecánicas (borde traumatizante de piezas dentarias por caries, abrasiones o malposición). Químicas (perborato, fenol, aspirina, etc). Físicas (galvanismo, radiaciones) Infecciosas (muguet) Alérgicas (aftas) Hemáticas (leucemia)	

yos X podría provocarla, sin embargo no existen pruebas de una relación de causa.

El tratamiento para esta lesión benigna es empírico, Los lavados bucales y el cepillado de la lengua favoreceran pa-  
ra evitar que las papilas se irriten debido al acúmulo de ali-  
mentos.

#### TIROIDES LINGUAL (NODULO TIROIDEO LINGUAL)

La tiroides lingual es una afección rara en la cual -  
se encuentran folículos de tejido tiroideo en la zona del agu-  
jero ciego originados posiblemente en un esbozo embrionario --  
que no emigro a su posición predestinada.

Etiologicamente se cree que el agrandamiento benigno-  
del tejido tiroideo lingual es de origen congénito aunque, los  
restos celulares proliferan en algunos enfermos mucho tiempo -  
después.

Por otra parte se dice que en algunos casos es debido  
a la insuficiencia funcional, de la glándula tiroides princi-  
pal del cuello ya que algunos pacientes con esta afección ca-  
recen de tiroides principal apreciable.

La tiroides lingual se manifiesta clínicamente como--  
una masa tumoral en la zona del agujero ciego y con frecuencia  
en la línea media; tiende a tener la superficie lisa, en algu-

nos casos vascular y en otros muestra cambios como queratosis o acantosis. Los síntomas principales suelen ser disfagia, diafonía, disnea hemorragias con dolor y ulceración debida a irritaciones mecánicas, en cuanto al tratamiento este puede ser substitutivo de hormona tiroidea o cuando el caso lo requiera la eliminación quirúrgica de la lesión.

Con esta lesión damos por terminado este capítulo correspondiente a las anomalías del desarrollo de la lengua y damos paso a las enfermedades propias del órgano.

## CAPITULO V

### LESIONES MACULARES Y PAPULARES DE LA LENGUA

Las lesiones de la mucosa lingual pueden ser observadas y analizadas en otros sitios de la mucosa bucal, y para su correcto diagnóstico deberemos reconocer si la lesión es una mácula, pápula, tubérculo, nódulo, etc..

Con lo que respecta a las MACULAS o manchas que se observan en la lengua y que a veces se acompañan de cambios especialmente atróficos de la papilas, mencionaremos a las más frecuentes así como a las posibles causas que las originan.

#### A) BLANCAS

Dentro de estas citaremos al liquen plano y a la leucoplasia.

La causa exacta del origen del liquen plano es desconocida, pero se considera que dentro de los factores predisponentes están los de tipo psicossomático y la ausencia prolongada de complejo B.

El liquen en la lengua se presenta en forma de manchas lenticulares o en forma de placa con límites difusos y, de color blanco azulado. Estas lesiones no alteran los movimientos del órgano y permiten que este conserve su flexibilidad normal.

Se deberan distinguir estas lesiones linguales de la leucoplasia de la lengua, cuyos factores predisponentes pueden-

ser de origen general como los nutricionales, endocrinos, o la posible relación con la sífilis así también como los factores de tipo local como son los irritantes crónicos, los traumatismos, los agentes químicos o térmicos y los agentes bacterianos.

La leucoplasia lingual se presenta como una placa -- blanco-amarillenta sobre la mucosa, con desaparición de las papilas en el foco afectado siendo esto lo que nos permite diferenciarla del líquen plano en cuyo caso, generalmente se conserva la individualidad de las papilas. Pero para un mejor diagnóstico de cualquier lesión blanca, se deberá de practicar una -- biopsia así como una citología exfoliativa con el fin de observar los cambios malignos en caso de leucoplasia.

#### B) NEGRAS.

Entre estas lesiones linguales, debemos citar a la - lengua negra simple que se observa generalmente como una pigmentación superficial producida por la ingestión de ciertos -- alimentos o frutas, por la administración de algunos medicamentos o fármacos, etc. .

Es necesario diferenciar esta lesión, de la lengua - negra vellosa la cual es debida al crecimiento excesivo de microorganismos productores de pigmento, acompañado de un alargamiento de las papilas filiformes.



## C) PARDAS.

La Hiperpigmentación melánica se puede observar en algunas enfermedades como la de Addison, la de Basedow, en el uso frecuente de antipalúdicos de síntesis para el tratamiento del lupus eritematoso y en algunos procesos inflamatorios como manchas residuales melánicas. El liquen también puede producir manchas pardas pero con mayor frecuencia de tinte azulado.

## D) ROJAS.

Las manchas rojas en la lengua pueden presentarse en tres formas distintas.

1). Sin modificación de las papilas linguales como ocurre en la poliglobulia.

2). Con atrófia papilar, la cual ocurre generalmente al alterarse los procesos de oxireducción del epitelio. Estas manchas rojas con atrófia pueden ser de dos tipos:

a) Difusas como en el caso de la glositis de Moeller donde la lengua se presenta roja, ardorosa, y generalmente asociada a la anemia perniciosa.

También las manchas rojas difusas se observan en la anemia aplásica donde aparte de encontrar atrófia papilar se pueden apreciar ulceraciones y a veces gangrena.

Cuando existen carencias como en el caso de la pelagra y de la arriboflavinosis en cuyo caso desaparecen las papí

las filiformes, y destacan las fungiformes es fácil observar -- las manchas rojas que en ocasiones se acompañan de ulceraciones, queilosis angular y gingivorragias. Así mismo este tipo de manchas difusas las encontramos en los diabéticos, fumadores, hipotiroideos, cancerosos en la escarlatina al final de su evolución, por acción medicamentosa, etc.

b) Localizadas; este tipo de atrófias papilares rojas se presentan regularmente en áreas y son producidas por diferentes causas, como la sífilis secundaria (placas de pradera segada) en la primera fase de la escarlatina y, en algunas hipoclorhidrias donde se observa un triángulo delante de la V lingual de color rojo y despapilado.

### 3). Manchas rojas con hipertrofia papilar.

Este caso lo encontraremos en la iniciación de la escarlatina (lengua fresa y frambuesa), en el primer período de las anemias e hipovitaminosis donde la hipertrófia de las papilas fungiformes da a la lengua una fisonomía especial, y en algunas hiperclorhidrias.

### E). PALIDAS. (CON ATROFIA PAPILAR).

Es fácil observar este tipo de manchas en los períodos tardíos de las anemias secundarias y en el síndrome de Plummer Vinson.

## F). VIOLACEAS.

Es frecuente que los pacientes cardiacos y con insuficiencia respiratoria presenten este tipo de manchas las cuales también se observan comunmente en la arriboflavinosis, en el síndrome de Plummer Vinson y en el síndrome de Sjogren.

## G). AMARILLAS.

La lengua presenta este tipo de manchas en los casos de ictericia, xantoma diseminado y en la lipoidoproteínosis (halitosis).

## H). AZULES.

Este tipo de manchas generalmente se observan en pacientes con problemas medicos en los casos de intoxicación por bismuto o mercurio, en las metahemoglobinemias y como secuelas del liquen plano.

## I). PSEUDOMANCHAS.

Las pseudomanchas linguales son producidas no por un cambio de coloración mucosa sino por acúmulo de sustancias colorantes sobre la misma; tal es el caso de los alimentos que producen alguna pigmentación, algunos medicamentos, el tabaco, y los casos de moniliasis.

La moniliasis o muguet es debida al hongo *Monilia* (cándida), y se caracteriza por placas adherentes blancas o blanco-azulosas que afectan a la mucosa y que generalmente se-

acompañan de inflamación, eritema y zonas erocionadas dolorosas.

#### LESIONES PAPULARES.

Las lesiones papulares linguales pueden tener contenido líquido como en el caso de las vesículas, las pústulas y las ampollas, que provocan edema y fisuras características. Dentro de estas podemos citar al pénfigo, las ampollas hemorrágicas, etc.

#### OTRA VARIEDAD DE LESIONES PAPULARES SON:

1) Las pápulas; dentro de las cuales debemos considerar a las sífilis secundaria y las verrugas planas.

2) Los tubérculos; provocados por la sífilis terciaria, la tuberculosis y la lepra.

3) Los nódulos subagudos; dentro de los cuales encontramos a los gomas de la sífilis en su período terciario, al goma tuberculoso y al goma actinomicótico.

Existen también otros nódulos no gomosos provocados por histoplasmosis y por cuerpos extraños que, también se pueden observar en la lengua al igual que los nódulos fibrosos.

## CAPITULO VI

### OTRAS PATOLOGIAS DE LA LENGUA

#### GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.

La Glosítis migratoria benigna o lengua geográfica, - es una entidad clínica de origen o etiología dudosa.

Se presenta principalmente en niños y adultos jóvenes aunque también en mujeres sobre todo, en las de temperamento -- nervioso en quienes a veces solamente se presenta durante el período de menstruación.

Los individuos con problemas alérgicos suelen tener - predisposición para dicha enfermedad; pero se puede decir que - la que la glosítis migratoria benigna no obedece a ninguna infección por bacterias u hongos.

La lesión suele aparecer en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplanadas de color rojo brillante, en el dorso de la lengua. Estas superficies no induradas con bordes - bien definidos carecen de papilas filiformes; los bordes son ne- - tos y se observan como halos inflamatorios de color blanco ama- - rillento.

Las zonas desprovistas de papilas crecen o cambian de lugar y su duración sobre la zona lingual puede ser de días o - semanas. Cuando se unen varias de estas lesiones, el dorso de - - la lengua toma un aspecto de mapa y de aquí el nombre de lengua geográfica.

El paciente rara vez percibe las lesiones iniciales-- puesto que los síntomas se reducen a un ligero ardor o prurito;-- sin embargo esta molestia aumenta al ingerir alimentos condimentados, bebidas gaseosas, alcoholicas o al fumar.

Para el diagnóstico de esta enfermedad, deberemos tomar en cuenta que el liquen plano o las primeras etapas de leucoplasia de la lengua pueden constituir un problema en el adulto. La observación diaria de la distribución de las lesiones en la superficie lingual, harán posible descartar al liquen plano -- siempre y cuando la distribución cambie frecuentemente.

Para eliminar la leucoplasia inicial diremos que en está las zonas amarillentas, carecen de papilas mientras que -- en la glositis migratoria benigna corresponden a papilas y restos diversos.

Las lesiones que acompañan a las erupciones medicamentosas son muy parecidas a la glositis migratoria benigna, -- pero son más dolorosas y muestran cambios hemorrágicos.

Tratamiento: la lengua geográfica no requiere un tratamiento especial, puesto que es una lesión benigna y sede espontaneamente; por lo tanto no habrá más que tranquilizar al -- paciente asegurandole que la lesión no es precancerosa, y prescribir algún colutorio ligero.

## LENGUA NEGRA VELLOSA.

La lengua negra verdadera es un trastorno caracterizado, por la hipertrófia del epitelio de las papilas filiformes - y cuya coloración se atribuye a microorganismos u hongos cromógenos. Se debe distinguir la lengua negra verdadera, de la lengua negra falsa que resulta de la coloración de la capa de revestimiento debido a dulces, frutas, medicamentos, o por la pigmentación superficial resultante de la descomposición de la sangre. Casper opina que si no se aíslan de la lengua bacterias u hongos productores de pigmento negro, el trastorno puede considerarse una pseudolengua negra.

Generalmente este padecimiento afecta a los adultos - donde las perturbaciones circulatorias son frecuentes y, en muy raras ocasiones se observa en niños en forma congénita.

Para algunos autores como Bedford, la aparición de la lengua negra vellosa en casos de terapéutica a base de antibióticos, como la penicilina y tetraciclina por vía local podría atribuirse a la disminución de productos de la flora bucal normal que inhibe el desarrollo de hongos, y la formación de esporas. Por otra parte ciertos antibióticos como la aureomicina, estimulan el desarrollo de levaduras.

El trastorno generalmente es descubierto en forma accidental ya que suele ser asintomático, apenas un poco de sequía en la boca o cuando las papilas son muy largas, la sensa-

ción de náuseas u hormigueo debido a que tocan el paladar.

La lengua negra vellosa se presenta en el dorso de--  
lante de la V lingual, como un tapíz de pelos negros formado -  
por las papílas hipertrofiadas e hiperqueratinizadas. Es ino--  
fensiva y aunque puede durar bastante tiempo o desaparecer ex-  
pontaneamente; no es molesta para el paciente ni se acompaña -  
de otras complicaciones.

El tratamiento a seguir en estos casos, es una anti-  
sepsia rigurosa del dorso de la lengua con un cepillo dental -  
durante cinco minutos dos o tres veces al día. También es efi-  
caz la aplicación de un fungicida, como el caprilato de sodio-  
en solución acuosa al 20X100, o una suspensión de nistatina y  
solo en casos muy indispensables se podrán extirpar las vello-  
sidades mediante un raspado con cucharilla cortante, seguido -  
de galvanocauterización.

#### GLOSOPIROSIS - GLOSODINEA.

La lengua dolorosa y ardorosa, puede ser un síntoma-  
complejo muy molesto para el paciente y, constituir una manifes-  
tación temprana de un proceso morbozo, que afecte a cualquier--  
aparato del organismo. Así mismo puede ser de origen local o in-  
cluso psicógeno. Desde el punto de vista clínico y, después de--  
realizar un exámen bucal se podrán dividir en dos grupos, a los  
pacientes con lengua dolorosa y ardorosa: 1) Será el dolor y --



ardor de la lengua con cambios clínicamente perceptibles en el órgano, y 2) los mismos síntomas pero sin cambios clínicos perceptibles en dicho órgano.

#### DOLOR Y ARDOR DE LENGUA CON CAMBIOS CLINICOS PERSEPTIBLES.

Las alteraciones o cambios clínicos que presentan estos pacientes, pueden ser secundarios a alguna enfermedad general como la anemia perniciosa, anemia por carencia de hierro, - diabétes no diagnosticada, deficiencia nutricional de complejo B o por deficiencia gonadal. También los factores irritantes - locales como los grandes depósitos calcáreos en los dientes inferiores, algunos medicamentos, prótesis, hábitos linguales, - exceso de tabaco, bebidas alcoholicas, dentifricos o alimentos muy condimentados, pueden agravar el cuadro.

Si los síntomas de dolor y ardor se acompañan de cambio de coloración y de alteraciones en la capa de revestimiento del órgano, se deberán investigar las posibles causas generales, ayudandonos para ésto de la observación de las lesiones, - en cuanto a su color y su distribución.

Es decir por ejemplo, que si observamos la punta y - los bordes de la lengua de color rojo intenso, con dolor en -- episodios espontaneos de exacerbación y remisión, pensaremos - en una anemia pernisirosa.

Cuando se trata de deficiencias nutricionales de complejo B, se presentará una extensa atrofia de las papilas linguales, con un cambio de coloración del órgano que puede ser rojo vivo o púrpura; además se podrán encontrar pequeñas úlceras en los bordes de la lengua donde existe contacto con los dientes. Estas alteraciones serán similares, a las que se observan en la diabetes no diagnosticada, y en la deficiencia gonadal pero con menor frecuencia de úlceras.

Las anemias por deficiencia de hierro se caracterizarán por la atrofia del revestimiento general papilar, palidez de la lengua e hipotenía muscular.

Será de gran importancia, buscar los factores irritantes locales como los ya anteriormente mencionados, debido a que en muchas ocasiones la corrección o supresión de estos factores permite acabar con síntomas y lesiones.

En los pacientes con lengua ardorosa y dolorosa con lesiones clínicamente perceptibles, el cirujano dentista no deberá aceptar que las lesiones son solo de tipo local, mientras no sean eliminados los factores generales.

Será necesario una historia clínica completa y un estudio de su alimentación, para descubrir otros signos y síntomas de afecciones generales que pudieran explicar las lesiones linguales. También esta indicada una biometría y pruebas de laboratorio, para reconocer una posible diabetes o una anemia le-

ve.

El tratamiento local está fundamentado en la identificación y corrección de los factores irritantes locales, y -- por su efecto psicológico, el posible empleo de un antimicrobio no irritante a los tejidos. La exploración de estos pacientes deberá ser periódica.

#### LENGUA DOLOROSA Y ARDOROSA SIN SINTOMAS CLINICOS PERCEPTIBLES.

Estos pacientes representan un grupo más numeroso, -- el cuadro se observa con mayor frecuencia en los adultos y principalmente en mujeres posmenopáusicas. Generalmente son individuos intranquilos, preocupados, con cancerofobia y que, representan un problema terapéutico tanto para el dentista como para el médico.

En la mayor parte de las ocasiones, el dolor y ardor de la boca puede ser debido a, una tensión psicológica o a una depresión y, aunque clínicamente no se presenten lesiones linguales el paciente siente "dolor".

Una de las características más notables, es que el dolor no impide el comer ni el dormir, solo se presenta durante el día y, su distribución no corresponde a ninguna zona anatómicamente definida.

Será necesario en estos pacientes, tanto por su efecto psicológico como por la posible presencia de diabetes no --

diagnosticada, así también como por anemias en sus principios,-- no apareciendo todavía cambios linguales; la práctica de una -- historia clínica completa, una investigación de sus anteceden-- tes nutricionales y unas pruebas de laboratorio que comprendan-- exámen de orina y biometría.

El tratamiento consiste en indicarle al paciente en - primer lugar, el resultado de los estudios practicados haciendo inca-- pie de que el exámen clínico, no mostró ningún dato de lesión pre-- cancerosa. Se deberá eliminar cualquier irritante local que pu-- diera existir y, si no se encuentra ninguna base orgánica que - motive el dolor, no será necesario prescribir tratamiento y, so-- lo se instruirá al paciente en buenos hábitos de higiene bucal.

#### ALTERACIONES DE LA CAPA SUPERFICIAL DE LA LENGUA.

Desde hace mucho tiempo se ha pensado, que el aspec-- to de la lengua nos indica cual es la salud del tubo digestivo-- del paciente, pero aún cuando esto no ha sido comprobado pode-- mos decir que, varias enfermedades generales y ciertas deficien-- cias nutricionales producen cambios en la superficie lingual.

#### ATROFIA DE LA CAPA SUPERFICIAL LINGUAL.

La capa superficial de la lengua, alcanza su máximo-- desarrollo al principio de la edad adulta, y ya en los últimos-- años de vida disminuye su espesor, así como su tono muscular.-- Es por esta razón que los procesos atróficos de la lengua que -

no tenga relación con la edad del paciente, suelen ser de origen general.

La atrófia de la capa de revestimiento consiste en la desaparición de las papilas filiformes y después de las fungiformes. Estos cambios atróficos son debidos a la carencia de uno o más de los sistemas enzimáticos de oxidasa; cuando el trastorno no es prolongado ni grave las papilas pueden regenerarse.

Existen factores puramente mecánicos que influyen directamente en el revestimiento lingual, el cual siempre es más grueso por la mañana debido a que durante el sueño los tejidos bucales guardan reposo.

Por otra parte dentro de las causas generales que producen alteraciones atróficas de la lengua mencionaremos a las anemias por deficiencia de hierro, donde en sus primeras fases se observan los bordes de la lengua rojos para posteriormente volverse atróficos, pálidos e hipotónicos al igual que el dorso de la lengua; a los pacientes con deficiencias circulatorias en los que la lengua es de consistencia blanda y de una atrófia intensa; a las deficiencias nutricionales donde se observan cambios variables de inflamación; a la anémia debida a parásitos, a la deficiencia de riboflavina donde la lengua atrófica presenta color magenta a la anémia perniciosa, la pelagra o deficiencia de ácido nicotínico, etc. Por lo que será necesario-

para el cirujano dentista consultar al médico, para efectuar - al paciente un estudio clínico cuidadoso y exámenes de laboratorio con el fin de obtener el diagnóstico de la enfermedad.

#### AUMENTO DE LA CAPA SUPERFICIAL LINGUAL (LENGUA SABURRAL)

La capa de revestimiento de la lengua está formada, - por microorganismos como bacterias u hongos, partículas de comida, queratina y células epiteliales descamadas entre las papilas filiformes.

Cualquier problema local o general que trastorne la fisiología normal de la boca y los mecanismos generales de limpieza, provocan que la capa ligeramente grisacea que recubre a la mucosa lingual normal, en ocasiones se muestre más gruesa - sin que sea característica de ninguna enfermedad. Esto hace suponer que el paciente carece de hábitos de limpieza de la cavidad bucal y de una correcta masticación.

Al aumentar la saburra las papilas filiformes se ven alargadas, debido a la falta de limpieza, produciéndose una -- fermentación y descomposición de las partículas alimenticias, - dando lugar a la Halitosis. La lengua se tinte con colorantes - en alimentos ingeridos, fármacos, tabaco o microorganismos.

Generalmente la capa anormal de revestimiento es eliminada al restablecer el ambiente fisiológico característico, - de la cavidad bucal; es decir con un buen hábito de limpieza -

lingual (cepillado del dorso), y una masticación correcta.

Cuando el problema es debido a ciertas sustancias, -- como el perborato de sodio y el peróxido de hidrógeno que además de liberar oxígeno pueden estimular el desarrollo de la papilas filiformes, tanto la cubierta lingual anormal como la pigmentación negra que producen se normaliza al dejar de usar dichas sustancias.

#### GLOSITIS DE MOELLER.

Existe la duda de que la glositis de Moeller quede -- representada como una entidad clínica definida. En este síndrome se observan en la cara dorsal de la lengua zonas dolorosas, -- desprovistas de papilas y bien delimitadas. Su coloración varía de un color rojo vivo a un rosa pálido y su superficie generalmente es brillante.

Es raro en estas lesiones observar úlceras y sangrado aunque, si se observan las lesiones erosionadas; por otra -- parte estas lesiones suelen acompañarse de varios procesos morbosos que afectan al organismo, dentro de los cuales el más importante es la anémia perniciosa.

Dentro de los síntomas de este síndrome, el más característico es el intenso dolor quemante que se presenta en la -- lengua; su inicio es en forma gradual y solo se limita a las -- zonas afectadas que generalmente son los bordes y la punta del-

órgano. El dolor se agudiza frecuentemente cuando el paciente ingiere alimentos y bebidas muy calientes o condimentadas(13).

La diferenciación entre la glosítis de Moeller y la lengua geográfica se facilita debido a que en la glosítis de Moeller las zonas afectadas raramente se extienden y confluyen. Sin embargo al efectuarse el diagnóstico de esta lesión se deberán de descartar las posibilidades de que se trate de una erupción medicamentosa fija, de un eritema multiforme o de una anémia hipocrómica en sus primeras etapas, en la cual el cuadro clínico se confunde pero que al agravarse provoca una atrófia difusa, del revestimiento papilar y de la musculatura de la lengua, así como la coloración pálida de dicho órgano.

El tratamiento de la glosítis de Moeller consistirá en buscar la enfermedad general que la está provocando para, en esta forma aplicarle un tratamiento específico. Y solo para aliviar momentaneamente el dolor se administrarán medicamentos locales.

#### DOLOR EN LAS PAPILAS FOLIADAS Y CALICIFORMES (PAPILITIS)

La papilitis es un padecimiento raro que suele presentarse en pacientes adultos, los cuales se quejan de lesiones dolorosas en los bordes de la lengua y cerca de su base.

La exploración minuciosa de las zonas afectadas puede mostrar tejidos linguales hipertrofiados o papilas linguales y caliciformes grandes e inflamadas.



Generalmente estas zonas de la lengua descansan sobre las cúspides de los segundos y terceros molares inferiores o sobre la parte posterior de una dentadura parcial inferior y, cuando los pacientes tienen el hábito de frotar la lengua contra -- los molares, la prótesis parcial o simplemente estarse mordiendo la lengua, provocan dolor e inflamación de la zona lingual -- sobre todo, cuando a la palpación digital los bordes linguales -- se presentan asperos y cortantes.

El pulido de estos bordes con esmeril y discos de lija en muchas ocasiones alivia los síntomas, pero sin embargo -- cuando existe una lesión ulcerada es posible que se desarrolle un carcinoma por lo que será necesario, considerar que esta lesión es maligna hasta que no se diagnostique lo contrario.

Para el diagnóstico correcto de la enfermedad, esta-- indicada la biopsia y los estudios de citología exfoliativa. Es ta contraindicado la aplicación de substancias cáusticas así -- como el nitrato de plata, ya que pueden provocar que se agraven los síntomas locales.

#### VARICES LINGUALES.

Una varice es una vena dilatada o tortuosa comunmente sometida a una gran presión hidrostática.

Las varices de las venas raninas linguales son rela-- tivamente comunes y al verlas por primera vez, presentan un as-

pecto impresionante ya que se observan como racimos rojos o violetas con forma de perdigones en los bordes laterales de la lengua, región ventral, piso de la boca y en otros sitios como en los labios, mucosa de las mejillas y comisuras labiales.

Con frecuencia el paciente que presenta este tipo de lesiones teme correr el peligro de que se trate de una lesión maligna o de que se produzca una hemorragia incontrolable; por lo que será necesario que el clínico convenga al paciente de que las lesiones son benignas y no requieren de ningún tratamiento. En su estudio las varicocidades linguales, no se relacionaron con cardiopatías pulmonares.

## CAPITULO VII

### LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA

Debido a su interposición entre los arcos dentarios, la lengua es uno de los componentes de la cavidad bucal que con mayor frecuencia se lesiona.

Existen diferentes factores predisponentes a los traumatismos de la lengua dentro de los cuales mencionaremos a los siguientes.

#### 1) ATAQUES EPILEPTICOS.

En estos casos durante el período de crisis convulsiva el paciente en su inconciencia puede producirse heridas o laceraciones linguales graves, que provocan cicatrices importantes o incluso deformidades del órgano.

Por esta razón el cirujano dentista al efectuar el exámen de la lengua, deberá percatarse de si existen éste tipo de cicatrices pensando en antecedentes epilépticos, y practicar un interrogatorio al respecto. No se deberá de olvidar el distinguir este tipo de lesiones, de las que se observan en la sífilis crónica.

Se evitará someter a los pacientes que padecen de esta enfermedad, a anestesia de tipo general, ya que se puede provocar otra crisis convulsiva.

## 2) QUEMADURAS.

Las quemaduras son causa frecuente de lesiones blancas. Pueden ser provocadas por diferentes causas como la ingestión de alimentos o bebidas calientes, el contacto accidental de materiales de impresión o de instrumentos calientes, la aplicación de algunos fármacos caústicos como la aspirina, ácido crómico, fenol, nitrato de plata etc.

Los pacientes que sufren quemaduras linguales, presentan signos y síntomas que varían dependiendo del agente causal, pero por lo general se presenta dolor en la zona afectada, coloración blanquesina y, en ocasiones necrosis.

El diagnóstico diferencial de las quemaduras debe descartar a; la moniliasis, leucoplasia bucal y, líquen plano.

El tratamiento consiste en eliminar al agente causal y en caso de dolor, administrar un antimicrobiano con un analgésico.

## 3) INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

En ocasiones las lesiones traumáticas de la lengua se producen debido a la deslización de fórceps o elevadores durante la extracción de alguna pieza dentaria, o cuando la pieza al extraerse se fractura.

Estas lesiones provocan grandes hemorragias que en ocasiones solo pueden ser detenidas mediante sutura, pero gracias a la rica vascularización de la lengua las heridas se cu-

ran rapidamente.

#### 4) OTROS FACTORES.

Existen otros factores predisponentes a los traumatismos linguales como son las caídas, peleas o riñas, mordeduras - accidentales, etc. que producen lesiones o cicatrices graves en el órgano; y que aunque ya mencionamos anteriormente se curan rapidamente, no dejarán de tener importancia para el clínico debido a que, pueden provocar otras lesiones como son los fibromas, la leucoplasia o incluso llegar a desencadenar un carcinoma.

Dentro de las lesiones benignas existe una que también puede considerarse como factor predisponente y es el Hemangioma. Este por su gran vascularidad puede provocar grandes hemorragias, cuando el paciente lo traumatiza mordiendolo; por lo que será necesario que el clínico le indique que por pequeña -- que sea la lesión tendrá que extirparse, antes que correr cualquier riesgo.

## CAPITULO VIII

### TUMORES COMUNES DE LA LENGUA

Los tumores de la lengua los vamos a encontrar divididos en Neoplasias o tumores benignos y en tumores o neoplasias malignas.

#### 1) Neoplasias Benignas.

En las neoplasias benignas existe gran variedad de tipos celulares como fibroblastos (en el caso del fibroma), epitelio escamoso (en el caso del papiloma), células grasas (en el caso del lipoma), etc..

Los tumores benignos presentan un interés especial por muchas razones como es la posibilidad de que se vuelvan malignos, por la afección que puedan provocar a los tejidos que se encuentran cerca de él, por la masticación y respiración que pueden verse comprometidas debido a la localización y tamaño del tumor y, por la posible complicación hemorrágica en los casos de hemangioma.

#### Características Clínicas Generales.

Las neoplasias benignas se presentan como masas prominentes en distintos grados. Sus superficies están bien limitadas y generalmente toman forma ovoidal o elíptica.

Muchas de estas neoplasias se adhieren a los tejidos

mediante un pedículo (pendunculadas), mientras que otras presentan una adherencia tan ancha como el tumor (sésiles). Mediante la palpación digital nos percatamos de que el tumor se mueve fácil y libremente y que, los tejidos que los rodean -- presentan una consistencia y elasticidad normal; así mismo -- presentan una larga duración y poco crecimiento.

#### Diagnóstico.

En muchas ocasiones las neoplasias benignas pueden ser reconocidas gracias a sus caracteres clínicos y, a la historia clínica de la lesión, pero cuando el aspecto de la lesión se modifica por alguna irritación superpuesta, lesión traumática o infección secundaria el diagnóstico definitivo solo lo dará, el estudio microscópico (biopsia).

Si el diagnóstico clínico indica que sí se trata de una lesión benigna, se extirpará todo el tumor y se biopsiará; pero cuando exista la más mínima sospecha de que la lesión sea maligna, será mejor realizar solamente una incisión biopsica y mandarla al laboratorio para, obtener el diagnóstico histológico antes de realizar el tratamiento definitivo.

#### Tratamiento.

Generalmente, excepto en algunos casos, esta indica-- da la extirpación completa del tumor mediante escisión con es-

calpelo, electrocirugía o la combinación de ambos.

La anestesia que se emplea debe poseer un agente vasoconstrictor (como la adrenalina), pues facilita la hemostasia. La incisión se cerrará mediante sutura que se quitará en cuatro o seis días después de la intervención.

Por último no se deberá olvidar que todos los tumores que se extirpen deberán ser remitidos al histopatólogo para su exámen.

Dentro de la Neoplasias benignas de la lengua, las más importantes son:

#### A) FIBROMA.

Es una neoplasia benigna frecuente que se presenta en personas de todas las edades, y con igual frecuencia en ambos sexos.

#### Etiología.

El fibroma se origina en las capas profundas de la mucosa y, puede ser consecuencia de algún traumatismo o aparecerse sin causa obvia.

#### Aspecto Clínico.

Los fibromas son benignos, se presentan como una masa prominente bien encapsulada, con un tamaño que varía de unos



cuantos milímetros a varios centímetros de diámetro. Su superficie es lisa y de forma redondeada, ovalada o elíptica.

Aunque no es raro que se adhiera a los tejidos por medio de una base ancha (sesil), generalmente en la lengua lo hace por medio de un pedículo estrecho (pediculado); su color con frecuencia es parecido al de los tejidos adyacentes aunque puede variar del rosa más pálido al azul oscuro.

Su constitución es firme o blanda según se presente su constitución histológica, y en los tejidos de la lengua se puede desplazar de un lado a otro sin alterar los tejidos que lo rodean, cosa que también nos hace pensar en un tumor benigno no invasor. La palpación de los tejidos que rodean al tumor muestran una consistencia y simetría similares indicando esto, la falta de infiltración de las estructuras vecinas.

#### Sintomatología.

Raramente se observan síntomas subjetivos a menos que el tumor se ulcere o que, se desarrolle de tal manera que interfiera en la masticación o el habla.

#### Histopatología.

Microscopicamente el fibroma está compuesto de haces de tejidos conjuntivos fibrosos en cuyo interior, encontramos-

fibroblastos y fibrocitos diseminados.

La vascularidad varía desde un pequeño grupo de capilares hasta una marcada capilaridad. El epitelio que lo recubre (escamoso-estratificado), varía en su espesor y en varias ocasiones puede existir queratosis.

#### Tratamiento.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica-completa por medio de electrobisturí o escalpelo. Es importante eliminar la base del pedúnculo juntamente con una zona alrededor y en profundidad para evitar una recidiva. Posteriormente se sutura.

#### Pronóstico.

El pronóstico suele ser favorable y la recidiva es rara.

#### B) PAPILOMA.

El papiloma es otra lesión benigna frecuente aunque no tanto como lo es el fibroma.

Se presenta en personas de ambos sexos y de todas las edades Etiología.

Los papilomas resultan de crecimiento exagerado del epitelio escamoso superficial, y presentan factores etiologi-

cos secundarios como son los traumatismos, las infecciones, los virus y las perturbaciones metabólicas.

#### Aspecto Clínico.

Los papilomas tienen un aspecto de coliflor con proyecciones por sobre el tejido adyacente, pueden ser únicos o múltiples, varían en su tamaño, están incertados mediante un pedículo o una base amplia es decir que, pueden ser sésiles o pedunculados y su color varía del gris al blanco grisaseo.

En la lengua las lesiones a menudo abarcan grandes zonas y a la palpación pueden ser firmes o blandos.

#### Histología.

El papiloma está compuesto principalmente por una hiperplasia del epitelio escamoso estratificado que, se proyecta sobre la mucosa en forma ramificada y lo sostiene un núcleo de tejido conjuntivo fibroso muy vascularizado. Se puede observar queratosis.

#### Sintomatología.

Se puede presentar dolor ocasionado por la ulceración y subsiguiente inflamación del papiloma.

#### Tratamiento

Consiste en la escisión total del tumor generalmente-

con un amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

#### Pronóstico.

Generalmente es favorable y su tendencia a transformarse en una lesión premaligna es rara.

#### C) HEMANGIOMA.

Es un tumor benéfico que se desarrolla a partir de rudimentos endoteliales, o de los pequeños vasos sanguíneos.

#### Etiología.

Pueden ser congénitos o desarrollarse a partir de un traumatismo.

#### Características o Aspecto Clínico.

Dependiendo del espacio vascular observado se pueden clasificar en capilares y cavernosos.

El Hemangioma Capilar, se presenta como una masa pequeña algo elevada, bien delimitada, de color púrpura intenso y de consistencia blanda.

El Hemangioma Cavernoso, se presenta como una masa prominente grande, de color púrpura o azul claro, con consistencia blanda o semisólida y con bordes pocos definidos que llegan a confundirse con los tejidos vecinos. En ocasiones se presenta como una placa poco elevada o plana que, se ex --

tiende en la cara dorsal de la lengua.

Casi siempre las lesiones se blanquean al comprimir-- las pero, al retirar la presión se puede observar la pulsación y como la sangre llena nuevamente al tumor dato que, nos permi te poder distinguir los Hemangiomas de otras lesiones pareci -- das.

El Hemangioma en la lengua suele adoptar un aspecto-- nodular aunque, los Hemangiomas pueden ser lisos y unicos o -- multiples.

#### Sintomatología.

Los Hemangiomas <sup>linguales</sup> se encuentran propensos a -- los traumatismos que pueden provocar ulceración con su respec-- tivo dolor y hemorragia.

#### Histología.

Microscopicamente suele haber proliferación de célu -- las endoteliales que limitan a los numerosos capilares peque -- ños, o a los vasos dilatados de delgadas paredes. Los espacios vasculares suelen estar llenos de sangre pero a veces puede -- observarse también líquido linfático.

El estroma de tejido conectivo varía desde un tejido-- mixomatoso hasta un material denso y de aspecto hialino.

### Tratamiento.

El tratamiento del Hemangioma depende de varios factores que incluyen el tamaño, la localización y la accesibilidad del tumor. El Hemangioma de tipo capilar pequeño se extirpará con electrocirugía, pero en las lesiones más grandes y profundas se podrán practicar dos tipos de tratamiento.

1) La extirpación quirúrgica total, que presenta el problema de hemorragias por lo que será necesaria la electrocauterización.

2) La Irradiación y el empleo de líquidos esclerosantes como el Murrato sódico, inyectado en la periferia y directamente en el tumor para conseguir la obliteración de los vasos.

### D) LIPOMA.

El Lipoma es una neoplasia benigna rara, compuesta de células grasas maduras y se origina en el tejido adiposo.

#### Características Clínicas.

El Lipoma se presenta como una masa blanda, de lento desarrollo, con color amarillo pálido característico, bien limitada y de fácil desplazamiento.

El Lipoma casi siempre está bien encapsulado, pero -

en ocasiones la cápsula es escasa e infiltra en los tejidos -- de su alrededor.

### Histología.

Microscópicamente el Lipoma consiste en una masa de células grasas maduras, con escasa vascularización y con una cantidad variable de tejido fibroso conectivo.

### Tratamiento.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica que comprenda un margen de tejido sano para evitar recidivas.

### E) LINFANGIOMA.

Es una neoplasia benigna compuesta por endotelio proveniente de las células que tapizan los vasos linfáticos; y -- aunque afecta a la mucosa bucal se produce principalmente en la lengua.

### Características Clínicas.

Pueden ser pequeños y circunscritos, o grandes y de superficie nodular formada de numerosos racimos muy aglomerados con contenido líquido.

Suelen tener un color blanco amarillento debido a -- que a menudo están asociados con una marcada queratosis. Aun-

que la presencia de conductos vasculares les da un tinte azulado.

A la palpación se muestra como una masa de consistencia firme y en muchos casos con límites mal definidos.

#### Sintomatología.

La irritación o traumatización del tumor pueden provocar ulceración, dolor, y drenado intermitente.

#### Histología.

Microscopicamente el tumor consta de una gran cantidad de linfáticos dilatados, que forman espacios vasculares tapizados por células endoteliales y que, contienen linfa y a veces eritrocitos.

Se les encuentra en las capas mas elevadas de la submucosa y solo unas cuantas capas de epitelio los cubre.

#### Tratamiento.

El tratamiento generalmente consiste en la extirpación quirúrgica.

#### F) MIOBLASTOMA (DE CELULAS GRANULARES)

Es una lesión benigna rara y que cuando aparece, el sitio de preferencia es la lengua, en particular cerca de la punta.



Se presenta a cualquier edad y proferentemente en el hombre.

#### Etiología.

Su origen no está muy claro. Se cree que el Mieloblastoma se origina en las células musculares embrionarias en degeneración o que, incluso las células son de origen neurogénico.

#### Características Clínicas.

Se presenta como un nódulo de crecimiento lento, bien circunscrito, pequeño, firme y de color habitualmente más claro que la mucosa circundante. Casi siempre son séciles aunque pueden llegar a ser pediculados.

#### Sintomatología.

Generalmente es asintomático excepto en aquellos casos en que, se produce ulceración con su respectivo dolor.

#### Histología.

Microscopicamente el Mioblastoma esta compuesto de grandes células poliedricas granulosas y acidófilas. El citoplasma es de aspecto granular y su núcleo es pequeño y profundamente teñido.

El recubrimiento epitelial circundante tiene caracte-

ísticas de Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con prolongaciones digitales y a veces con disqueratosis.

La cápsula del tumor suele estar muy mal limitada.

#### Tratamiento.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, con amplio margen para evitar recidivas.

#### G) RABDOMIOMA Y LEIOMIOMA.

Son neoplasias benignas raras en la cavidad bucal y generalmente se localizan en la lengua.

#### Etiología.

El Rabdomioma se origina de células mezenquimáticas destinadas a formar musculatura estriada, mientras que el Leio mioma se origina en la musculatura lisa.

#### Características Clínicas.

Ambos tumores presentan un crecimiento lento pero -- pueden alcanzar un gran tamaño; suelen tener un color aproximado a la mucosa circundante o un poco más clara, están bien -- circunscritos, presentan una consistencia dura y pueden ser -- sésiles o pedunculados.

### Sintomatología.

Debido a su crecimiento, las lesiones de la base de la lengua pueden producir síntomas de obstrucción y alteraciones vocales. El dolor en estos casos no es habitual.

### Histología.

Microscópicamente el Rabdomioma presenta un grado variable de Pleomorfismo. Las células fusiformes son grandes, polinucleadas y con estriaciones transversales en el citoplasma.

El Leiomioma histológicamente está integrado por haces entrelazados de fibras musculares lisas, separados por fibras de tejido conjuntivo fibroso. Las células generalmente elongadas son fusiformes, con núcleos en forma de varillas, y citoplasma acidófilo denso.

### Tratamiento.

El tratamiento de ambas, consiste en la eliminación quirúrgica, con un amplio o estrecho margen dependiendo de la benignidad o malignidad de la lesión que, nos será proporcionada por la biopsia.

### H) MUCOCELE.

Es una neoplasia benigna que resulta de la deten --

ción de secreción salival, por la obstrucción de una glándula en su conducto excretor.

En la lengua se presenta en su parte ventral, a nivel de la glándula de Blandin como una masa de algunos centímetros de diámetro, dura, dolorosa, móvil y que a la palpación presenta consistencia glandular. Posteriormente existe fibrosis y a la palpación la consistencia de la masa será de caucho.

El tratamiento del Mucocele consistirá en la extirpación quirúrgica total.

## 2) Neoplasias Malignas.

Este tipo de neoplasias representa gran interés para el clínico tanto por su alto grado de malignidad, como por la metástasis ganglionar que provoca en poco tiempo.

Será necesario entonces detectar cualquier tipo de lesión que se presente en la cavidad bucal, y que clínicamente presente cambios de crecimiento, con el objeto de obtener un diagnóstico precoz que nos facilite el pronóstico. Debido a que la lengua es uno de los principales asientos de este tipo de neoplasias malignas, mencionaremos en particular a:

### CARCINOMA DE LA LENGUA.

El Carcinoma de la lengua de células escamosas es uno

de los tumores más frecuentes, de los de mayor malignidad y de los que produce más rápidamente metástasis ganglionar.

Se desarrolla con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres y en una edad comprendida entre los 40 y 60 --- años.

#### Factores Etiológicos.

Dentro de los posibles factores etiológicos podremos citar a la leucoplasia, la sífilis, las úlceras crónicas, los papilomas, los traumatismos linguales que provoquen irritación constante y ulceración de la zona (dentadura mal adaptadas, -- bordes filosos, dientes fracturados, etc.), y el tabáco.

#### Aspecto Clínico.

Las lesiones malignas de la lengua se presentan con -- mayor frecuencia en la parte media de los bordes y en la base -- mientras que, en el dorso y la punta de la lengua es más rara.

Se observa como una lesión o placa ulcerada con bordes levemente elevados firmes y redondeados. Así mismo a la palpación la superficie de la lesión es indurada, y evoluciona in -- filtrándose en la mucosa profunda de la lengua, produciendo -- sin grandes alteraciones superficiales una induración y fija -- ción.

Cuando el Carcinoma se presenta cerca de la base de --

la lengua suele ser asintomático hasta fases muy avanzadas, donde ya se presentan algunas manifestaciones como disfagia o dolor de garganta; razón por la cual en esta región se considera muy maligna.

La metástasis provocada a los ganglios linfáticos cervicales es precóz.

#### Sintomatología.

El principio del Carcinoma de la lengua es incidioso, debido a que se presenta indoloro. Posteriormente cuando el -- cáncer ha avanzado sin ser diagnosticado y, las perturbaciones funcionales son numerosas; la úlcera indolora suele transformarse en una úlcera grande, infectada y dolorosa. El dolor se presenta durante cualquier contacto, durante la ingestión de alimentos sobre todo calientes o ácidos, durante la masticación, etc. Se dificulta el habla, la saliva no puede deglutirse, el aliento es fétido y los ganglios invadidos pueden palpase duros e inflamados. Provocandose finalmente la muerte del paciente.

#### Diagnóstico.

Se deberá insistir en la elaboración de un diagnóstico precóz que, lo proporcionará el histopatologo mediante los estudios de biopsia y citología exfoliativa.

### Tratamiento.

Las lesiones pequeñas de la lengua podrán ser extirpadas mediante cirugía; mientras que las lesiones mayores necesitarán un tratamiento combinado de rayos X y cirugía.

Cuando existe metástasis ganglionar será conveniente eliminarlos por medio de disección regional combinada con radioterapia.

### Pronóstico.

El reconocimiento de la lesión y el diagnóstico temprano pueden ayudar a que el pronóstico sea favorable; pero si el cáncer avanza al grado de producir metástasis sin ser atendido su pronóstico puede resultar fatal.

Existen también en la lengua otro tipo de neoplasias malignas que aunque son raras no dejan de tener un interés clínico importante. Dentro de estas mencionaremos al Adenocarcinoma y al Melanoma maligno (Melanocarcinoma).

EL ADENOCARCINOMA se origina en las glándulas linguales superiores e inferiores.

En la lengua crece en forma de pliegues de color rojo, carnosos, sesiles, lobulados y firmes que, generalmente no dan metástasis precoces.

Microscópicamente se observan pequeñas células epiteliales de tipo basal. El tumor no se presenta encapsulado y --

su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa junto con un margen de tejido sano.

#### MELANOMA MALIGNO (MELANOCARCINOMA)

Es sumamente raro, se presenta con mayor frecuencia en el varón que en la mujer y generalmente después de los treinta años. Este tipo de tumores casi siempre se deben a la degeneración maligna de un nevus. Clínicamente se presenta como una zona agrandada de color azul-negro debido a la pigmentación melánica y que, frecuentemente pueden presentar costras, hemorragias o úlceras en su superficie. Sin embargo algunas lesiones carecen de formación de pigmento y su identificación clínica se hace más difícil.

Lamentablemente debido a la ausencia de dolor el tumor adquiere muchas veces un tamaño enorme antes de que el paciente consulte al dentista, y cuando esto sucede es porque el tumor ya presenta metástasis ganglionares linfáticas regionales o incluso generalizadas que van a los pulmones, hígado, etc.

El tratamiento del Melanoma maligno consiste en la extirpación amplia del tumor primario con disección de los nó dulos linfáticos regionales.

Su pronóstico es malo pues solo algunos enfermos so-



breviven más de cinco años.

Con respecto a la metástasis ganglionar de los carcinomas de la lengua podemos decir que los ganglios más afectados por medio de embolias celulares son los submentonianos, -- los submaxilares y los yugulares. Por lo tanto la resección del carcinoma lingual deberá incluir la disección cervical en bloque, y en el caso de que el maxilar inferior este adherido al tumor, se deberá hacer una resección que incluya hemiglossectomía, mandibulectomía parcial y disección cervical.

## CAPITULO IX

### BIOPSIA

Para el diagnóstico definitivo de una lesión sospechosa samente cancerosa será necesario el estudio histopatológico -- de la muestra. La Biopsia nos permitirá reconocer o descartar -- la posibilidad de una lesión maligna y, preparar un tratamiento adecuado para la lesión presente.

No existe contraindicación para practicar una biopsia sino que por el contrario resultará de gran utilidad para el clínico, en la elaboración del diagnóstico.

#### Técnica.

La biopsia se podrá llevar a cabo en tres formas:

1) Extirpando la lesión en su totalidad cuando esta es pequeña (biopsia excisional).

2) Tomando una pequeña parte de la lesión cuando esta es grande o de apariencia maligna (biopsia incisional).

3) Aspirando el contenido líquido o semisólido de la lesión cuando esta lo presente como en el caso, de la metástasis a ganglios linfáticos (biopsia por aspiración).

Será necesario llenar una serie de requisitos al practicar una biopsia y que son:

A) No inyectar anestésico local en el interior del --

tumor.

B) Buscar tejido en crecimiento activo como son los bordes de la lesión.

C) No tomar tejido necrótico.

D) No usar pinzas de tejido.

E) Tomar una porción regular de tejido para facilitar su estudio.

F) Incluir una porción de tejido sano.

G) No realizar suturas hemostáticas.

H) Evitar la formación de colgajos.

I) Una vez obtenida la muestra se deberá de colocar en una buena solución fijadora como lo es, el formol al 10%.

J) Combatir el sangrado por medio de electrocoagulación.

K) Sellar los linfáticos mediante electrocoagulación.

L) El Cirujano Dentista deberá asegurarse de que la muestra llega al laboratorio y que éste entregue su reporte lo más rápidamente posible.

Para remitir la muestra al laboratorio, es indispensable que ésta se acompañe de algunos datos como son el nombre, edad y sexo del paciente, fecha de la biopsia, zona de donde proviene, una breve descripción del aspecto clínico y síntomas, y posible diagnóstico clínico.

La Biopsia de Melanoma siempre deberá ser excisional y con margenes amplios. Nunca deberá practicarse la biopsia - por punción ni la biopsia incisional debido al riesgo que se corre de facilitar la diseminación vascular de la lesión.

Existe dentro de la biopsia otro procedimiento de -- gran utilidad para el clínico en aquellos casos en que el acto quirúrgico depende en forma directa del resultado histopatológico; y es el llamado Biopsia Transoperatoria.

Este tipo de procedimientos se lleva a cabo durante la intervención quirúrgica y el resultado del exámen microscópico se podrá obtener rapidamente (5 a 10 minutos), lo que permitirá al Cirujano decidir la conducta operatoria posterior.

El fragmento de material representativo fresco que se envía al Patologo, se procesa con un método que consiste en la congelación rápida. Esta se obtiene introduciendo la muestra en un líquido inerte como el Isopentano, que a su vez es enfriado con una substancia como el Nitrógeno líquido o el Helio líquido que dan temperaturas de  $-200^{\circ}$  C. Cuando el tejido se encuentra congelado se practican cortes de 4 a 6 micras en un Criotomo o Criostato a  $-30^{\circ}$  C. y , se efectua una tinsión rápida con hematoxilina y eosina, o con azul de toluidina. Una vez realizado esto el tejido estará preparado-

para el exámen microscopico.

Se deberá tomar en cuenta que el procedimiento antes-  
mencionado, deberá ser manejado por personal adecuadamente en-  
trenado de un departamento de patología para evitar así un po-  
sible error en el Diagnóstico.

## CONCLUSIONES

La lengua al igual que toda la cavidad bucal encierra enfermedades que en ocasiones pasan desapercibidas para el clínico y que, son de gran importancia tanto a nivel local como a nivel general.

La elaboración de una buena historia clínica así como el exámen clínico minucioso, permitirán que el Cirujano Dentista en colaboración con el Médico y el Psiquiatra, venga a ser uno de los componentes activos en lo que a prevención, diagnóstico y tratamientos de enfermedades se refiere. El reconocimiento y diagnóstico precoz de enfermedades como el cáncer en la boca, es hoy en día un reto para el Cirujano Dentista; reto que permite borrar impresiones pasadas con respecto a su persona como lo es el hecho de decir que "el dentista solo se dedicaba a sacar o poner dientes"; para dar paso a lo que en este momento es la Odontología "preventiva".

El dar a conocer algunas de las enfermedades más comunes de la lengua mediante esta recompilación de datos, permitirá que estas enfermedades no pasen desapercibidas como tantas otras y que, el diagnóstico y tratamiento resulte más eficaz para el paciente que acude a nosotros en busca de alivio a sus padecimientos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) QUIROZ G. FERNANDO, Patología Bucal. Editorial Porrúa, México, 1959.
- 2) SICHER HARRY. Anatomía Dental. Traducido por Horacio Martínez, Interamericana, México, 1978.
- 3) TESTUT LEO Y A. LатарJET. Compendio de Anatomía Descriptiva. Decimosexta edición.
- 4) QUIROZ G. FERNANDO. Anatomía Humana. Editorial Porrúa. México, 1965.
- 5) VELAZQUEZ TOMAS. Anatomía Patologica Dental y Bucal. Prensa Médica Mexicana, México, 1966.
- 6) K.H. THOMA. CIRUGIA BUCAL. Traducido por Fernando López. Uteha, México 1955. T. II
- 7) WAITE DANIEL E. Cirugía Bucal Práctica. Compañía Editorial Continental, México, 1978.
- 8) RIES CENTENO GUILLERMO A. Cirugía Bucal con Patología y Terapeutica. Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina, 1979.
- 9) ZEGARELLI EDWARD V. Diagnóstico en Patología Bucal. Editorial Salvat. Barcelona España, 1972.
- 10) GRINSPAN DAVID. Enfermedades de la Boca (Semilogía, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal). Editorial Mundi, Buenos Aires-Argentina, 1970. Tomo I

- 11) BHASKAR S.N. Patología Bucal. Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina, 1971.
- 12) SHAFER WILLIAM G. Tratado de Patología Bucal. - Editorial Intericana, México, 1977.
- 13) BURKET LESTER W. Medicina Bucal, Diagnóstico - y Tratamiento. Nueva Edición -- Editorial Internamericana, México, 1973.
- 14) GURALNICK WALTER C. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Salvat, Barcelona España, 1971.
- 15) KRUGER SUTAV O. Tratado de Cirugía Bucal. Traducción Rafael Lozano. Editorial Interamericana, México, - 1960.
- 16) ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA. Tumores de las Regiones Bucal-les. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1959.
- 17) MUÑOZ VAZQUEZ M. Cirugía de la Lengua. Odontología UNAM, México, 1976.
- 18) AYALA VALENZUELA MANUEL. Apuntes de la cátedra de Iniciación a la Clínica. Odontología UNAM, México, 1978.
- 19) RUIZ R. RAFAEL. Apuntes de la cátedra de Cirugía. Odontología U.N.A.M. México, 1979.
- 20) PIER FRESTON JOSE. Apuntes de la cátedra de Medicina Estomatológica. Odontología UNAM, México 1979.
- 21) ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA. Clínica y cirugía. Editada por el Académico Dr. Jacinto Arturo Sánchez México 1975.



- 11) BHASKAR S.N. Patología Bucal. Editorial El Ateneo, Buenos Aires Argentina, 1971.
- 12) SHAFER WILLIAM G. Tratado de Patología Bucal. - Editorial Intericana, México, 1977.
- 13) BURKET LESTER W. Medicina Bucal, Diagnóstico - y Tratamiento. Nueva Edito -- rial Internamericana, México, 1973.
- 14) GURALNICK WALTER C. Tratado de Cirugía Bucal. Edi torial Salvat, Barcelona Es - paña, 1971.
- 15) KRUGER SUTAV O. Tratado de Cirugía Bucal. Tra ducción Rafael Lozano. Edito rial Interamericana, México, - 1960.
- 16) ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA. Tumores de las Regiones Buca les. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1959.
- 17) MUÑOZ VAZQUEZ M. Cirugía de la Lengua. Odonto logía UNAM, México, 1976.
- 18) AYALA VALENZUELA MANUEL. Apuntes de la cátedra de Ini ciación a la Clínica. Odonto logía UNAM, México, 1978.
- 19) RUIZ R. RAFAEL. Apuntes de la cátedra de Ciru gía. Odontología U.N.A.M. México, 1979.
- 20) PIER FRESTON JOSE. Apuntes de la cátedra de Medi cina Estomatologica. Odontolo gía UNAM, México 1979.
- 21) ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA. Clínica y cirugía. Editada por el Academico Dr. Jacinto Arturo Sánchez México 1975.