



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

G.P.
[Signature]

281.

"ESTADOS PATOLOGICOS DE LA LENGUA"

TESIS PROFESIONAL

REGINA ENGELL CORTINA

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.

" ESTADOS PATOLOGICOS DE LA LENGUA "

- INDICE -

	PAGS.
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.- GENERALIDADES	2
A.- Histología y Embriología de la Lengua.	2
B.- Anatomía de la Lengua.	5
CAPITULO II.- TRANSTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA	13
a) Aglosia	13
b) Microglosia	13
c) Macroglosia	13
d) Anquiloglosia	14
e) Lengua Hendida	15
f) Lengua Fisurada	15
g) Glositis romboidea media	16
h) Glositis migratoria benigna	17
i) Lengua pilosa	18
j) Várices Linguales	19
/

	PAGS.
k) Nódulo tiroideo Lingual	19
CAPITULO III.- NEOPLASIAS LINGUALES	22
a) Papiloma	22
b) Carcinoma apidermoide lingual	24
c) Linfoepitelioma y carcinoma de células de Transición	26
d) Melanoma maligno	28
e) Fibroma	31
f) Lipoma	31 bis.
g) Hemangioma	32
h) Telangectasia hemorrágica hereditaria	35
i) Linfangioma	36
j) Fibrosarcoma	38
k) Leiomioma.	39
CAPITULO IV.- LEUCOPLASIA .- LESIONES BLANCAS	42
CAPITULO V.- INFECCIONES BACTERIANAS, VIRALES Y MICOTICAS.	45
A.- BACTERIANAS	45

.... /

	PAGS.
a) Escarlatina.	45
b) Tuberculosis.	47
c) Lepra.	53
d) Sífilis.	56
B.- VIRALES	64
a) Estomatitis herpética primaria	64
C.- MICOTICAS	64
a) Candidiasis	65
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFIA	71

INTRODUCCION

La lengua es uno de los órganos de la cavidad bucal - que más frecuentemente se ve afectada por una serie de procesos patológicos, cuya gravedad puede ir desde una enfermedad de origen infeccioso, hasta un cáncer de cualquiera de sus elementos constitutivos que pueden llevar a la muerte - al paciente. Cabe mencionar que otros transtornos por los - que se puede ver afectada son todos aquellos que de una u - otra forma alteran su desarrollo.

En esta tesis daré una descripción de este importante órgano, exponiendo sus características embriológicas, anatómicas e histológicas; con el conocimiento podremos establecer un diagnóstico acertado cuando nos encontramos ante una lengua sana o enferma, así como el grado de afección de - - nuestro paciente.

También hago una exposición de las enfermedades que - más comunmente afectan la lengua, así como el desarrollo de la misma, conceptos que a todo cirujano dentista debe preocupar para la realización correcta y temprana del tratamiento adecuado.

CAPITULO I

Generalidades.

A.- Histología y Embriología de la Lengua.

La lengua está compuesta principalmente de músculo-estriado, con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en tres planos. Tal disposición de fibras musculares estriadas es únicamente en el cuerpo. Dentro de los haces, - cada fibra muscular está rodeada de endomisio, que tiende a ser mucho más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados.

El tejido fibroelástico situado entre los haces musculares puede considerarse como premisio. Contiene los vasos mayores, nervios, tejido adiposo en diversos puntos y - glándulas.

Mucosa.

El revestimiento de la superficie inferior de la -- lengua es delgado y liso. La lámina propia se une directamente al tejido fibro-elástico que acompaña a los haces musculares; aquí no hay verdadera submucosa.

Algunas enfermedades, por ejemplo la escarlatina, - causan alteraciones en la superficie dorsal de la lengua; - que ayudan al médico a formular un diagnóstico.

La mucosa que reviste a la superficie dorsal de la lengua está dividida en dos partes: 1ra. La que reviste los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua, y 2da.- La que cubre al tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua). El límite entre estas dos partes lo señala una línea en forma de V.

La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua - está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas "papilas"; En el hombre son de tres tipos: Filiformes, Fungiformes y Calciformes.

Papilas Filiformes.

Son estructuras relativamente altas, estrechas de forma cónica constituídas por lámina propia y epitelio. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia a partir de la cual se extienden papilas secundarias hacia la superficie.

La papila primaria está recubierta de epitelio que se hiende formando revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias. El epitelio que recubre las papilas secundarias se vuelve queratínico, pero todavía no sabemos si en el hombre las células superficiales se transforman en verdadera queratina.

La papilas filiformes son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que atraviezan la lengua.

Papilas Fungiformes.

Reciben este nombre porque se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal de la lengua, como pequeñas setas más delgadas en su base y con la parte alta dilatada uniformemente redondeadas. Se hallan en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano.

Cada una tiene un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria, de ellas se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento.

Las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Es bastante transparente el epitelio de revestimiento pues no es queratinizado y ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y, por ello tienen el color rojo las papilas fungiformes durante la vida.

Papilas Calciformes.

Hay de siete a doce distribuidas a lo largo de la línea, en forma de V, que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que recubre la raíz. El término calciforme recuerda el cáliz. Cada una parece torre de un castillo rodeada de un foso o trinchera. El foso está constantemente lleno de líquido secretado por glándulas situadas más pro-

fundamente que las papilas, que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de residuos.

Cada papila calciforme tiene una papila primaria -- central de lámina propia que se elevan desde ésta hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila. Las papilas caliciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre; por lo tanto -- tienen forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

La lengua es la representante del órgano del gusto, los elementos nerviosos de los sabores se hallan en la superficie externa de la lengua; por su estructura muscular -- desempeña un papel importante en la masticación, en la deglución, en la succión por último en la articulación de los sonidos.

La lengua es como una masa muscular que toma origen en los arcos óseos que sostienen el canal del suelo de la boca. Presenta dos partes: Una parte visible que es la lengua en sí o también la parte móvil de la lengua, y una -- parte oculta cubierta por la cubierta que es la raíz de la lengua o parte fija.

B.- ANATOMIA DE LA LENGUA.

La lengua presenta las siguientes estructuras:

1.- Armazón osteofibroso o esqueleto de la lengua.

- 2.- Músculos.
- 3.- Una mucosa.
- 4.- Vasos.
- 5.- Nervios.

1.- Armazón Osteofibroso.

Está constituido por un hueso impar y medio, el hueso hioides. La membrana hioglosa y el séptum medio son láminas fibrosas.

2.- Músculos.

Son 17 músculos se dividen en extrínsecos e intrínsecos:

a) Los músculos extrínsecos son 15: Los genioglosos los hioglosos, los estilglosos que proceden de los huesos - próximos. Los palatoglosos, los faringoglosos, los amigdaloglosos que emanan de los órganos cercanos.

Los linguales inferiores, que proceden a la vez de los huesos y órganos cercanos. Todos los músculos son pares - excepto el lingual superior que es el único impar.

b) Los músculos intrínsecos son dos únicamente, los transversos de la lengua.

Geniogloso.- Es el músculo más voluminoso de la lengua es aplanado transversalmente. Se inserta en las apófisis

geni superiores, desde donde sus fibras irradian hacia - -
atrás; las superiores terminan en la punta de la lengua, - -
mientras las inferiores se dirigen hacia atrás y abajo fiján-
dose unas en la base de la lengua y otras en la parte supe-
rior de la cara anterior del hueso hioides.

Las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la
lengua y terminan en la mucosa.

Por fuerase relaciona con la glándula sublingual, -
con la materia lingual con el nervio gran hipogloso, con el-
canal de Warton y con los músculos hiogloso, estilogloso y -
lingual inferior.

Acción.- Levantar la lengua hacia adelante.

Estilogloso.- Desciende desde la parte anterior de-
la apófisis estiloideas y el ligamento estiloideo. Se une
al glosostafilino y desciende profundamente en relación con
el constrictor, hasta alcanzar el lado y el dorso de la len-
gua. Las fibras del estilogloso se extienden superficialmen-
te a la parte superior del hiogloso y el geniogloso, y en-
tran en el parénquima lingual.

Acción.- Eleva la lengua y la lleva hacia atrás.

Hipogloso.- Se extiende del hueso hioides a la len-
gua.

Acción.- Consiste en abrir la lengua al tiempo que
la aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

3.- Mucosa.

La mucosa de la lengua presenta el máximo grosor en la cara dorsal de la porción bucal, por lo contrario, en la cara inferior de la lengua y a nivel de la base se halla separada del plano muscular subyacente por una capa de tejido celular laxo.

Esta disposición se observa sobre todo a nivel de la amígdala lingual, lo que nos explica por que la inflamación de ésta amígdala puede ir acompañada de periamígdalitis.

La mucosa lingual, contiene glándulas, se dividen en tres grupos:

Grupo posterior, que están en la base de la lengua.

Grupo anteroinferior o de la punta y de la cara inferior de la lengua y a cada lado de la línea media una masa pequeña indicada por Blandin en 1823 y estudiada de nuevo -- por Nuhn en 1845, de ahí los nombres de Glándula de Blandin o "Glándula de Nuhn".

Grupo lateral, llamado también "Glándula de Weber".

4.- Vasos.

La lengua es un órgano sumamente vascular.

a) Arterias.

Proceden de la lingual, de la palatina inferior, ra

ma de la facial; y de la faringea inferior, rama de la carótida externa. Estas dos últimas proporcionan ramos poco importantes.

La arteria principal es la lingual, nace de la carótida externa, atraviesa la región suprahioidea y se dirige hacia la punta de la lengua, donde termina juntándose con la del lado opuesto. En el trayecto de la dorsal de la lengua, que se distribuye por la base de la lengua y la sublingual que va paralela al conducto de Wharton, entre el músculo milohioideo y el músculo geniogloso, despues de haber dado origen a esta última rama, la arteria lingual toma el nombre de arteria ranina, que irriga la porción móvil de la lengua.

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

La sutura de la herida basta para cohibir la hemorragia, siempre que todo el corte de una cara a la otra de la lengua este comprendida en el asa del hilo.

b) Venas.

Las venas de la lengua forman tres grupos: Las venas profundas, dorsales y las raninas, que se dirigen hacia el -- borde posterior del músculo hiogloso y se reúnen en un tronco común, la vena lingual propiamente dicha.

c) Linfáticos.

Los linfáticos de la mucosa y de los músculos de la lengua se anastomosan ampliamente entre sí por una parte, y - por otra, los de la mitad de la lengua con los de la otra; Es necesario admitir que en el cáncer de la lengua, aunque la le sión parezca limitada a una mitad del órgano, los ganglios -- del lado opuesto están casi fatalmente afectados y deben ex-- tirparse, aunque no parezcan afectados, ni aumentados de volú men.

Del estudio anatómico de los linfáticos de la lengua podemos deducir que, el cáncer de este órgano, la extirpación total de los ganglios no debiera limitarse a los ganglios sub maxilares, sino extenderse a todos los grupos ganglionares, y en particular a los ganglios de la cadena carótida. Para ser más completa la ablación de los ganglios debería ser bilate-- ral.

4.- Nervios.

Los nervios de la lengua son de tres tipos: Nervios-motores, de sensibilidad general y de sensibilidad especial.

a) Nervios motores.- Los nervios motores tienen dos orígenes: El facial y el hipogloso.

El facial da a la lengua el ramo llamado lingual. Es te nervio se distribuye por el estilogloso y el glosostafilino y algunas veces por el lingual inferior.

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

b) Nervios de sensibilidad general.- Son:

1.- El lingual, ramo del nervio maxilar inferior se distribuye por los dos tercios anteriores de la mucosa de la lengua.

2.- El laríngeo superior, rama del neumogástrico que envía algunas fibras a la porción más posterior de la mucosa de la base de la lengua.

La tos y las náuseas que se observan en las afecciones de la amígdala lingual se debe a la irritación de estos ramos nerviosos.

c) Nervios de sensibilidad especial.- La sensibilidad gustativa de la lengua la dan dos nervios:

El Glosofaríngeo, que se distribuye por las papilas calciformes y por la porción de mucosa lingual situada por de trás de la V.

El Lingual, preside de la sensibilidad general de -- una parte de la lengua y se ramifica además por las papilas - fungiformes de los dos tercios anteriores de la mucosa.

En realidad el glossofaríngeo, es el que da a la lengua su inervación especial.

Al nervio glossofaríngeo está anexo el ganglio de Andersch, situado en la fosita petrosa; al ramo errático está - anexo al ganglio geniculado, situado en el acueducto del facial.

CAPITULO II

Transtornos del desarrollo de la Lengua.

Muchos autores piensan que se deben a factores sistémicos.

a).- Aglosia.- Significa ausencia total de la lengua. Es sumamente raro. 1 - Caso sólomente en literatura congénita.

b).- Microglosia.- Es una anomalía congénita rara. - Es una lengua demasiado pequeña, y son obvias las dificultades, que un paciente con microglosia encontrará para comer y hablar. Puede ser que se encuentre convinada a paladar hendido y labio fisurado; se acompaña de ausencia de dedos, o maxilar inferior pequeño. Se observa con frecuencia en Japón, donde las embarazadas, habían recibido radiaciones y los niños nacían con malformaciones.

c).- Macroglosia.- Tamaño excesivo de la lengua, es un poco más común que la microglosia.

Hay dos tipos de macroglosia: la macroglosia o primaria y la secundaria o adquirida.

a).- Macroglosia congénita.- Hay desarrollo excesivo en la musculatura, generalmente asociada con hipertrófia o hemihipertrofia muscular generalizada o no. Se presenta con menor frecuencia que la secundaria.

b).- Macroglosia Secundaria.- Puede ser suceso de un

tumor de la lengua, como el infangioma, o a veces por el taponamiento de los vasos linfáticos eferentes en casos de neoplasias malignas de la lengua.

Es frecuente encontrarla en pacientes con síndrome - de Daws, en diabéticos, en los actos de acromegalia por hipertuitarismo en el adulto. Puede ocurrir por la relajación - de los músculos al mismo tiempo del crecimiento de la mandíbula. Se puede asociar con problemas hormonales, en el cretinismo o hipotiroidismo congénito.

La Macroglosia, en general, puede traer transtornos - en la oclusión, debido a la fuerza de los músculos que intervienen y a la presión de la lengua sobre los dientes.

Se observan ciertas huellas o marcas en los bordes - laterales de la lengua; indentaciones.

La Macroglosia es una característica notable del Síndrome hipoglucémico de Beckwith, que va acompañado de hipoglucemia neonatal, microcefalia leve, hernia umbilical, visceromegalia fetal y gigantismo somático postnatal.

El tratamiento de la Macroglosia, puede ser quirúrgico, recortando el tejido sobrante presente o también eliminando la causa primaria.

d).- Anquiloglosia.- Hay 2 tipos: Total y Parcial.

1.- Anquiloglosia Total: Se presenta una fusión total de los músculos de la lengua con los músculos del piso de la boca. Es un problema muy raro. Padecimiento congénito, debido a traumatismos, rayos X en la madre cuando está gestando.

2.- La Anquiloglosia Parcial, es más común en niños que en niñas. En la República Mexicana hay 2 casos por 400 nacimientos. Se le conoce como "lengua Atada", es más frecuente y suele ser el resultado de un frenillo lingual corto o incertado demasiado cerca de la punta de la lengua. Como es problema congénito, puede acompañarse de labio fisurado o paladar hendido. El paciente tendrá problemas de deglución y fonación, sobre todo con ciertas consonantes y diptongos.

Muchas veces, esta anomalía se corrige por sí sola, pero la mayoría son tratadas quirúrgicamente, seccionando al frenillo.

La anquiloglosia, fué estudiada por Matheisson.

En la anquilosis glosopalatina, la lengua se encuentra fusionada con el paladar. El paciente presenta problemas de labio fisurado, paladar hendido, ausencia de dedos.

La etiología, es por rayos X en la madre embarazada, por traumatismos, por infecciones. Tratamiento quirúrgico.

e).- Lengua hendida o bífida. Es una anomalía rara que se debe a la falta de fusión de las 2 mitades de este órgano y trae como consecuencia una partida en medio. Está asociada a labio y paladar fisurado; debido a rayos X puede presentarse entre la 4a. y 5a. semana de vida intrauterina.

f).- Lengua fisurada o lengua escrotal. Se presenta clínicamente con surcos o fisuras bastante simétricos notables y profundos en la cara dorsal de la lengua que a veces nacen de un surco central a lo largo de la línea media.

Es probable que la lengua fisurada, no sea más que una malformación de desarrollo, es más probable que esté asociada con algún factor extrínseco como el trauma crónico o de deficiencias vitamínicas. A medida que la persona crece se hacen más notables las fisuras, también cuando hay un factor -- irritante físico, en niños cuando están sujetos a carencias - nutricionales, con frecuencia consinada con lengua geográfica.

La lengua fisurada, es indolora, pero cuando hay alimentos que se acumulan en los surcos se vuelve sumamente sensible y se mejora con cepillado y una buena limpieza con una gasa en toda la superficie.

Es antiestético cuando presenta cierto grado de arrugamiento.

En la lengua escrotal, los surcos no son tan profundos pero hay mayor cantidad, se ve muy arrugada.

g).- Glositis Romboidea media.- El término glositis induce a confusiones, porque esta lesión no es inflamatoria.

Se presenta con bastante frecuencia en Estados Unidos; 1 caso por 380 pacientes. En Europa, 1 por cada 230 pacientes.

Es una anomalía congénita que puede producirse por la falta de retracción del tubérculo impar previamente a la fusión de las mitades laterales de la lengua, de modo que queda interpuesta una estructura carente de papilas, sin embargo se ha dicho que se trata de un transtorno del desarrollo, -- pues se presenta más en adultos.

La Glositis romboidea media, se presenta como una -- placa rojiza, ovoidea o romboidal en el dorso de la lengua, - puede estar elevada o plana. Se presenta por delante de las - papilas caliciformes.

Es más común en hombres que en mujeres.

De características similares al carcinoma de la lengua, pero son mínimas las probabilidades de que haya un carci noma en el dorso de la lengua, generalmente se presenta en -- otros lugares de la lengua.

La Glositis Romboidea Media no necesita tratamiento- alguno.

Microscópicamente, se observa una proliferación epi- telial leve e infiltrado linfocitario.

h).- Glositis Migratoria Benigna.- También se le lla- ma Lengua Geográfica, Enantema Errante de la Lengua. Eritema- Migratorio.

Su etiología es desconocida, aunque puede tener un - fondo psicossomático.

La lesión se presenta con una zona de descamación de las papilas filiformes, generalmente el contorno es muy irre- gular y la porción central se encuentra generalmente inflama- da, pueden estar inflamadas las papilas fungiformes.

Las zonas de descamación permanecen un tiempo en un- sitio y luego cicatrizan y aparecen en otro sitio, de ahí que se le nombre "glositis migratoria" (benigna), porque da la -- idea de migración. Las lesiones pequeñas se pueden unir a - otras.

otras.

Se observa más en niñas pero no se ha observado predilección por ningún sexo.

Los órganos del gusto localizados en las papilas fungiformes y calciformes están ausentes de ahí la carencia del gusto en estos pacientes.

La Glositis Migratoria Benigna, se presenta a pacientes con trastornos emocionales, en personas neuróticas, en -- restauraciones mal pulidas, en personas con alergias y lesión cariosa.

El paciente presta ardor o bien hipersensibilidad con alimentos muy condimentados o muy ácidos.

El tratamiento es empírico, pero se puede mandar tranquilizantes al paciente, complejo "B" pero no se tiene una buena seguridad. Se recomienda un buen cepillado.

1.- Lengua Pilosa.- Lo más correcto es hipertrofia de papilas filiformes, las papilas crecen, se desarrollan dependiendo de la intensidad de la duración, de la causa.

El color de las papilas, puede ser blanco amarillento, pardo y algunas veces hasta negro, según su pigmentación, ya sea por el tabaco, ciertos alimentos, medicamentos, etc.

Su etiología es desconocida, pero se puede decir que algunos microorganismos, como hongos pueden ser la causa de -- los trastornos sistemáticos, los antibióticos como penicilina y la aureomicina pueden producir la lengua pilosa.

Puede ser por el tabaco, gran concentración de color como café, coca-cola, etc.

Se observa con más frecuencia en pacientes que han sufrido fractura de maxilar y está ferulizado.

Con frecuencia crecen demasiado las papilas que barren el paladar ocasionando el reflejo del vómito, hay que eliminar la causa.

El tratamiento es empírico, se han observado una serie de casos en los que fueron tratados con podofilina y hubo desaparición de casos en los que fueron tratados con podofilina y hubo desaparición de las lesiones en pocos días, pero este tratamiento es un poco peligroso. Algunas veces se pueden recortar las papilas.

j.- Várices Linguales.- Una v^árⁱc^e, es una vena dilatada a gran presión, por los tejidos circulantes. Las v^árⁱc^es más comunes son las de las venas raninas, que se presentan como racimos rojos, en la superficie ventral y en los bordes laterales de la lengua, o en el piso de la boca.

También se presentan las v^árⁱc^es en la comisura labial, en labios, en la mucosa bucal.

Se cree que estas varicosidades representan un proceso de envejecimiento.

Es bastante frecuente que haya una trombosis de una de estas v^árⁱc^es, pero no tiene gran importancia clínica.

k.- Nódulo tiroideo lingual.- La glándula tiroides se origina en el embrión, en el piso ventral de la faringe, por medio de un divertículo del endodermo. La lengua al mismo tiempo y anatómicamente está asociado con esta glándula por el conducto tirogloso, cuyo remanente lingual se conoce como-

agujero ciego.

La tiroides lingual es una anomalía en la cual se hallan folículos de tejido tiroideo en la lengua, que nunca emigrarán a su posición predestinada.

Se debe a una insuficiencia funcional de la glándula tiroides principal del cuello.

Otros pacientes con nódulo tiroideo lingual, residen en zonas de bocio endémico, pero no es seguro que la afección sea una forma de bocio.

Esta anomalía se presenta más en mujeres que en hombres, y más en la pubertad, la adolescencia y la madurez temprana, aunque ha habido casos que se registran al momento del nacimiento.

Sank opinó que los factores hormonales tendrían relación con la aparición de los síntomas, puesto que la lesión es más frecuente en mujeres.

Clínicamente se manifiesta como una masa modular en la base de la lengua, o en la línea media, con una superficie lisa de tamaño de 2 a 3 cms. de diámetro. En algunos casos es vascular, mientras que en otros el color de la mucosa no es atípico. El paciente va a presentar disfagia, disfonía, disnea, hemorragia con dolor o la sensación de plenitud en la garganta.

Hay que tener cuidado en distinguir estas lesiones de las derivadas de las glándulas salivales, tanto la tiroides lingual como estas glándulas pueden dar origen a adenocarcinomas de la lengua.

Los nódulos tiroideos linguales presentan un tejido tiroideo normal o el tejido tiroideo de tipo embrionario o fetal.

Para el tratamiento hay que realizar un minucioso -- exámen físico para comprobar la presencia de una glándula tiroidea de localización normal en pacientes que presentan masas en la línea media, en la zona lingual y sub-lingual. Si no es posible palpar la glándula tiroidea se debe realizar un centellograma, con una dosis marcadora de yodo radioactivo, - para determinar si hay una glándula tiroidea de localización normal y si la masa lingual es una glándula tiroidea ectópica. Cuando ésta existe, se recomienda al paciente un tratamiento substitutivo de hormona tiroidea y este tratamiento reduce el tamaño de la lesión y permite prescindir de la cirugía. Algunas veces, las manifestaciones clínicas exigen la -- eliminación quirúrgica.

CAPITULO III

Neoplasias Linguales.

Es un crecimiento anormal de tejidos y su crecimiento excede de los tejidos normales, que no está coordinada con los mismos y no cesa a pesar de haber eliminado la causa que lo produjo.

a).- Papiloma.

El papiloma es una neoplasia benigna que se origina en el epitelio superficial. Se le puede confundir frecuentemente con otras neoplasias intrabucales benignas, como el fibroma. Hay que observar perfectamente el papiloma para que no haya confusión.

Características Clínicas.- Dentro de la boca y en los labios, suelen encontrarse lesiones histológicamente iguales a la verruga vulgar de la piel. Por lo común las personas que tienen verrugas en las manos o los dedos llevan las lesiones a la boca que se generan por autoinoculación al succionarse o morderse las uñas.

El Papiloma es una proliferación exofítica que con--

tiene numerosas proyecciones dactiliformes, largas y delgadas, que dan a la lesión una superficie rugosa o en "coliflor".

Generalmente, es un tumor pedunculado, bien delimitado, ocasionalmente sésil.

A cualquier edad aparecen las papilomas, generalmente miden pocos milímetros de diámetro, pero se encuentran algunas que miden varios milímetros. Se encuentran comúnmente en la lengua, labios, mucosas bucal, encía y paladar, particularmente en la zona adyacente a la úvula.

Características Histológicas.- Las características histológicas del papiloma son propias y consisten en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas que se extienden sobre la superficie mucosa, cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado, contiene un núcleo central delgado de tejido conectivo que contiene los vasos sanguíneos nutritivos.

La proliferación de las células espinosas en estructura papilar es una de las características más importantes del papiloma.

La actividad mitótica de las células epiteliales algunas veces tiene una prevalencia anormal. El tejido conectivo es nada más que estroma de sostén, y la presencia de células inflamatorias crónicas es variable.

Tratamiento.- El tratamiento consiste en la excisión incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo.

Si la excisión del tumor se ha realizado bien, la recidiva es rara.

b).- Carcinoma epidermoide lingual.

El Carcinoma lingual, ocupa el segundo lugar de los carcinomas orales en frecuencia y se presenta más en hombres de 50 a 60 años que en mujeres, pero se ha presentado también en pacientes jóvenes incluso en niños.

Etiología.- No se puede decir a ciencia cierta cuáles es la etiología del cáncer de la lengua, sin embargo, se han sugerido una cantidad de causas. Muchos investigadores han encontrado sífilis, en la fase activa o por lo menos antecedentes de ella. También la leucoplasia es una lesión que se ha revelado en el carcinoma lingual. El consumo excesivo de alcohol y tabaco pueden ser otros factores al igual que la mala higiene bucal, prótesis mal ajustadas, irritación por bordes irregulares por el íntimo contacto que existe entre la lengua y los dientes en el acto de la masticación.

Características Clínicas.- El signo típico del carcinoma de la lengua es una masa o una úlcera indolora, que en algunos pacientes se hace dolorosa cuando se infecta en forma secundaria. También puede existir dolor en los oídos, por la presión que éste ejerce sobre el nervio glosofaríngeo.

La lesión se origina con mayor frecuencia en el borde lateral de la lengua, en su parte ventral, como una úlcera indurada en la superficie, con los bordes levemente elevados-

y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación.

Es sumamente raro encontrar la lesión en el dorso de la lengua, cuando es así se puede deducir que el paciente ha presentado o presenta glositis sifilítica. De 1500 casos de carcinoma de lengua, sólo el 4% estaban en el dorso. El 45% de los casos se presentaba en el tercio medio. Cuando la lesión está cerca de la base de la lengua son insidiosos, puesto que pueden ser asintomáticos hasta fases muy avanzadas y sólo manifiestan dolor de garganta o disfagia.

Cuando la lesión se encuentra en la parte posterior de la lengua suele tener un grado de malignidad elevado, debido a que causan metástasis más rápidamente por su tendencia a infiltrarse en corto tiempo en forma profunda. Encontramos metástasis a ganglios linfáticos cervicales en el 70% de los carcinomas linguales, ya sea unilateral o bilateral.

Tratamiento y pronóstico.- Por la dificultad para visualizarlos, y a la inaccesibilidad del tratamiento, ofrecen un pronóstico muy desfavorable.

En pacientes que no presentan metástasis, la tasa de supervivencia es de 5 años en el 78% de los casos, descendiendo únicamente el 14% en aquéllos que sí la presentan.

El tratamiento del cáncer de la lengua es un problema bastante difícil e incluso no es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X. Muchos radioterapeutas prefieren -

el uso de agujas de radio o perlas de radón a los rayos X, por que con aquellos elementos son capaces de limpiar la irradiación del tumor cuidando el tejido normal.

Para tratar los nódulos metastásicos será necesario -- controlar primero la lesión primaria y después se procederá a la irradiación externa de los ganglios linfáticos cervicales -- de ambos lados, ya que la excisión quirúrgica sería tan extensa, que provocaría una deglución con aspiración.

c).- Linfoepitelioma y Carcinoma de células de transición.

Estas neoplasias malignas suelen atacar diferentes zonas, como naso-faringe, seno maxilar, fosas nasales, bucofaringe y lengua.

En la base de la lengua se localiza frecuentemente el carcinoma de células de transición, que su evolución es sumamente rápida, ocasionando metástasis y como resultado la muerte temprana.

Características Clínicas.- La lesión primaria de linfoepitelioma y carcinoma de células de transición es muy pequeña, oculta, ligeramente elevada y con una proliferación exófica o fungosa. Por lo general, el paciente no va a la consulta, en la lesión primaria que es tan pequeña, hasta que la metástasis en los ganglios linfáticos se ha producido.

Características histológicas.- Por medio de su estructura microscópica y de sus características histológicas obtendremos el diagnóstico y diferenciación entre una y otra neoplasia.

El carcinoma epidermoide de células de transición está compuesto de células que proliferan en láminas o en cordones.

Las células individuales son grandes, redondas o poliédricas. Su citoplasma es levemente basófilo y sus contornos celulares son imprecisos. Los núcleos son grandes y redondos, con diferentes grados de mitosis. El estroma carece o tiene -- muy poco infiltrado linfoide.

El linfo epitelioma, se caracteriza porque su estroma fibroso sí presenta abundante infiltrado linfoide. Las células del linfoepitelioma, son grandes, poligonales y sus contornos son imprecisos, el cetoplasma es levemente eosinófilo, los núcleos son grandes, ovals o vesiculares y contienen uno o dos nucleolos eosinófilos grandes.

Tanto el carcinoma de células de transición y el linfoepitelioma, provocan invasión y destrucción progresiva con pronogación a los ganglios cervicales y pueden causar metástasis a distancia. En un período avanzado es cuando se presentan los síntomas.

Tratamiento y pronóstico.- El pronóstico aplicable a estas neoplasias es desfavorable, es sumamente grave. Se observó que después de la aparición de los síntomas, únicamente el 30% de los pacientes, con carcinoma de células de transición o

linfoepitelioma, estarían vivos al cabo de 5 años, en tanto - que sólo el 11% sobreviviría con carcinoma escamocelular en es ta zona.

El tratamiento más empleado es por radioterapia, debido a que estos tumores son altamente sensibles a los rayos-X. Esto se aplica también a los ganglios linfáticos que han sido afectados y así se obtendrán resultados positivos.

La cirugía resulta difícil de efectuar, debido a la inaccesibilidad de la generalidad de estas neoplasias.

d).- Melanoma Maligno.

También se le conoce con el nombre de Melanocarcinoma.

Algunos investigadores clasifican el melanoma maligno en 2 tipos: Nevocítico y Melanótico, se cree que el primero se origina de un nevo limítrofe, mientras que el melanótico se origina en lesiones melanóticas, no nevoides. Pero muchos autores coinciden en que independientemente de que si el melanoma surge de un nevo limítrofe preexistente o de la - - piel, sana, evoluciona de las tres maneras siguientes:

1).- En la efélide melonática de Hutchinson (lentigo maligno).

2).- Como un melanoma de extensión superficial (melanoma premaligno).

3).- Como un nódulo.

El melanoma maligno, es una de las neoplasias más letales en el hombre, por su gran diseminación local y metástasis.

Características Clínicas.- El Melanoma Maligno aparece como lesión primaria en los ojos, mucosa vaginal, en los órganos respiratorios y también en la piel y en la mucosa bucal.

En la glándula parótida también se ha encontrado le sión primaria.

Clínicamente se observa una zona agrandada y pigmentada, rodeada de un eritema, con hemorragia, costra o ulceración de la superficie. La pigmentación varía del pardo claro al azul oscuro o casi negro, aunque una forma carece completamente de pigmentación clínica e histológica, el melanoma amelanótico. Las metástasis ocurren primero en los ganglios linfáticos regionales y después en sectores distantes como hígado, pulmones, piel. Sin embargo, los melanomas tienen diferentes tipos de comportamiento clínico.

El tumor se presenta después de los 30 años de edad. El melanoma juvenil, es una especie de melanoma que se presenta generalmente en niños, es similar al melanoma maligno pero su evolución clínica es benigna. Lerman y sus colaboradores -- han estudiado una forma rara de melanoma maligno de la niñez.

Manifestaciones bucales.- El melanoma bucal primario, se presenta más en hombres que en mujeres y alrededor de los 50 años, no se han registrado pacientes menores de 20 - - años. Es una neoplasia rara en la mucosa bucal.

Su zona de predilección es en el reborde alveolar superior, en paladar duro y blando, en mejillas, lengua y piso de boca también se ha encontrado.

La lesión puede presentar una zona pigmentada de color marrón o azul, ulcerada y sangrante, con tendencia a aumentar de tamaño. La lesión en general no es indurada.

Cuando exista en la cavidad oral una pigmentación melánica, deberá ser estudiada profundamente puesto que podría ser la clásica pigmentación focal que precede al melanoma maligno, y que por lo general aparece con años o meses antes de la manifestación de los síntomas clínicos.

Características histológicas.- Las células del melanoma maligno son de forma cuboide o fusiforme, no siempre hay actividad mitótica, ni tampoco es inevitable la presencia de melanina. Microscópicamente es una lesión intensamente celular, pero hay una gran variedad en la naturaleza de las células de un caso a otra. Generalmente las células tienen un tamaño uniforme, tienden a disponerse en estructura alveolar compacta, y llegan a la profundidad del tejido conectivo.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento maligno se realiza por excisión quirúrgica radical de la parte afectada, con linfadenectomía, requiriéndose en muchas cosas un injerto cutáneo. Se ha utilizado la quimioterapia con resultados bastante favorables.

El pronóstico del Melanoma bucal es mucho pero que el melanoma de la piel. De pacientes observados el 5% sobrevivieron más de 5 años. Es un pronóstico muy grave, que casi to

dos los casos son mortales, y generalmente se debe al descubrimiento y confirmación del diagnóstico tardío.

e).- Fibroma.

El fibroma, es una neoplasia benigna más común que se presenta en la cavidad bucal, está compuesta de tejido conectivo.

Características Clínicas.- El fibroma se presenta como una lesión elevada, de color normal, con superficie lisa y base sesil o a veces pedunculada. Varían desde masas blandas o gomosas y flexibles que se les denomina fibroma blando, a nódulos sumamente duros y resistentes, llamados fibromas duros. A veces estas neoplasias benignas alcanzan mayor volumen. Al presentarse sobre la superficie, el tumor se inflama e incluso llega a presentar ulceración superficial. Aparece más en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar, se presenta a cualquier edad pero más entre los 30 a 50 años.

Características Histológicas.- En el microscopio se observan fibrositos y fibroblastos fusiformes característicos, presentan núcleos con cromatina y prolongaciones citoplasmáticas largas y adelgazadas en ambos extremos. Son raras las mitosis y no hay anaplasia. La consistencia del tumor depende de la cantidad de colagena que pueda haber entre los fibroblastos. La superficie de la lesión está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado que en algunas ocasio

nes aparece estriado con brotes epiteliales acortados y aplastados. Son variables la vaso-dilatación, el edema e inflamación, cuando se presentó un traumatismo en el tejido.

En ciertos fibromas se encuentran zonas de calcificación difusa, principalmente en la encía; a estas lesiones - en ocasiones se les denomina, "fibroma osificante periférico", "Épulis fibroide osificante", "fibroma cementante periférico".

El fibroma al microscopio es similar el cuadro conocido como hiperplasia inflamatoria, crecimiento de tejido conectivo que se forma como parte de una reacción inflamatoria.

Tratamiento y pronóstico.- La curación de estos tumores se logra fácilmente con la extirpación simple. La lesión raramente se vuelve a presentar.

f).- Lipoma.

El lipoma es un tumor intrabucal relativamente raro.

Características Clínicas.- El Lipoma benigno suele ser asintomático, excepto por el aumento de volumen.

Es de crecimiento lento, está compuesto de células adiposas maduras y por ser blando nos da un diagnóstico clínico exacto. Histológicamente son similares las células del lipoma con las células adiposas normales pero su metabolismo es diferente.

Se origina en varios sitios, como la lengua, piso de la boca y pliegue mucovestibular. Se presenta como una le-

sión única o lobulada, fijada a una base sesil o pediculada. A veces estos tumores constituyen masas de grasa separadas -- por tabiques delgados de tejido fibroso.

El epitelio es delgado y los vasos sanguíneos superficiales se pueden ver a través de la superficie. Su color es amarillento y relativamente blando a la palpación. Seldin dió a conocer 26 casos de Lipoma Bucal.

Características Histológicas.- El Lipoma se compone de una masa circunscrita de células adiposas maduras que suelen presentar cordones colágenos que pasan a través de la lesión y sostienen algunos vasos sanguíneos muy pequeños. El estroma intracelular de tejido conectivo es escaso, y la vascularización es pobre. Cuando este tejido conectivo fibroso forma una parte más importante del tumor se le denomina "fibro - lipoma".

Tratamiento y Pronóstico.- La curación de este tumor es la extirpación quirúrgica. Es rara la recidiva.

g).- Hemangioma.

La proliferación de vasos sanguíneos es la característica primordial del hemangioma, que es un tumor común que suele ser de naturaleza congénita, generalmente es benigno, - algunos investigadores dicen generalmente que no es una neoplasia, el hemangioma de tipo congénito, sino una anomalía del desarrollo o hamartoma, o sea una proliferación anormal de tejidos de estructura naturales de la zona.

Es raro que ataquen tejidos vecinos.

Watson y McCarthy dan una clasificación simple sobre tumores vasculares.

- 1).- Hemangioma capilar.
- 2).- Cavernoso.
- 3).- Angioblástico.
- 4).- Vacernoso.
- 5).- Sistemático.
- 6).- Metastatizante.
- 7).- Nevovinoso o mancha vinoso.
- 8).- Blangiectasia hereditaria.

Características Clínicas.- Generalmente los pacientes nacen o con ellos o aparecen a edad temprana; el 85% se forman antes de que cumplieran el año de edad.

La relación entre el sexo femenino y el masculino era del 65 al 35%. Aparecen más en la región del cuello y cabeza.

Manifestaciones Bucales.- El hemangioma de los tejidos blandos bucales y aparece como una lesión plana o elevada de la mucosa; generalmente está bien circunscrita y tiene un color rojo intenso. Su sitio de predilección son en la lengua, mucosa vestibular y el paladar. El Hemangioma se infecta en forma secundaria cuando se ha traumatizado y se ha ulcerado.

Algunos Hemangiomas centrales presentan aspecto radiográfico de panal de abejas.

Al hacer la excisión quirúrgica de esta lesión hay una hemorragia intensa, por lo que pueden desangrar al paciente y provocar la muerte, por ello es aconsejable aspirar el contenido líquido con una aguja antes de la operación.

Características Histológicas.- El hemangioma se compone de miles de pequeños capilares envueltos en una capa de células endoteliales, sostenidas por un extremo de tejido conectivo.

Muchas veces es idéntico al granuloma piógeno, en varios casos ha presentado proliferación de células endoteliales. Se cree que esta lesión es una fase inmadura del hemangioma capilar y se transforma con el tiempo en un hemangioma simple.

Los espacios sinusoidales están ocupados por sangre y a veces se ve una mezcla con vasos linfáticos. Su forma cavernosa contiene grandes senos sanguíneos dilatados, con paredes muy delgadas tapizadas de endotelio.

Tratamiento y Pronóstico.- Hay varias maneras de tratar al hemangioma entre ellas está: la cirugía, irradiación, por agentes esclerosantes, como el maruato o psiliato de sodio inyectados en el hemangioma, también con nieve carbónica, por compresión y creoterapia; claro que son una de estas maneras tienen sus pros y sus contras, pero si se manejan con cuidado y en manos expertas, serán todo un éxito.

El pronóstico es magnífico porque no hay recidiva después de la eliminación y no se transforma en maligno.

h) Telangiectasia hemorrágica hereditaria.

Se le conoce también con el nombre de Rendu, Osler, Weber.

Es una enfermedad congénita y hereditaria, es una forma de hemangioma, tiende a causar muchas hemorragias, pues to que tiene numerosas zonas telangiectásicas o angiomas distribuidas en la piel y en la cavidad oral.

Se presenta por igual en hombres y en mujeres, y ambos sexos la transmiten.

Características Clínicas.- Las Telangiectasias aracniformes, se pueden presentar en el momento del nacimiento o poco después, pero no se dan a notar hasta después de la pubertad, y a medida que el paciente envejece se van haciendo más prominentes. Sus sitios de predilección son: el paladar, encía, labios, lengua y piso de la boca.

Uno de sus signos de la enfermedad es la epistaxis y hemorragias de la cavidad bucal en la infancia y después -- aparece la Telangiectasia.

Características Histológicas.- Pritzker y Hashimoto hicieron un estudio para comprobar la causa verdadera de la hemorragia, y se dice que es un defecto intrínseco primario de las células endoteliales, que permiten su desunión, o también un defecto del lecho tisular de sosten perivascular que debilita a los vasos. Las hemorragias intensas pueden causar anemias y trombocitopenias leves. El tiempo de coagulación y-

de sangre no son normales, como también lo son los elementos-sanguíneos.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento depende de la intensidad de la hemorragia, de la gravedad de la enfermedad, cuando son hemorragias leves, o espontáneas, se cohibe la hemorragia con taponamiento a presión, particularmente los nasales, otras veces, se cauterizan por medio de irradiación-con rayos X, las zonas angiomasas, o por medio de cirugía - se eliminan.

Su pronóstico no es grave, aunque en ocasiones, las hemorragias sumamente intensas han causado la muerte.

i).- Linfangioma.

Los Linfangiomas son menos frecuentes que los heman-giomas, presentándose generalmente en lengua y labios, produciendo macroglosia y macroqueilia. Son tumores benignos de -- los vasos linfáticos, es el equivalente linfático del heman-gioma, se cree que estos tumores nacen como restos congénitos o hematomas, y, por ello, están desde el nacimiento, que a ve-ces pasan desapercibidos, cuando son muy pequeños.

Se presentan por igual en hombres que en mujeres.

Se han clasificado en 4 tipos que son:

- 1).- Linfangioma simple o capilar.
- 2).- Linfangioma cavernoso.
- 3).- Linfangioma sistemático difuso.
- 4).- Linfangioma quístico o higroma.

Características Bucales.- El Linfangioma intrabucal es más común en la lengua, pero también se observa en paladar, mucosa vestibular, encías y labios. Las lesiones simples o superficiales, se presentan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o un poco más rojo.

Las depresiones más profundas se presentan como módulos o masas sin ninguna alteración significativa de la textura superficial o en el color.

Se presenta más en la parte dorsal anterior de la lengua y el signo más común de la enfermedad en pequeñas masas irregulares con proyecciones grises y rosadas en toda la superficie de la lengua.

Características Histológicas.- El Linfangioma cavernoso es el Linfangioma más común y se compone de miles de linfáticas dilatadas, tapizadas de células endoteliales que contienen linfa, algunos conductos están llenos de sangre.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento más considerable es la extirpación quirúrgica. Con la edad del paciente se hace más recidiva la lesión, aumenta la recidiva a mayor edad.

Las lesiones pequeñas, pueden causar el problema del diagnóstico diferencial entre linfangiomas verdaderos y dilatación anormal de los linfáticos o sea linfangiectacia, esta diferencia es sumamente importante.

j).- Fibrosarcoma.

El fibrosarcoma, es una neoplasia maligna de origen conectivo difieren de las neoplasias epiteliales malignas por presentarse en personas jóvenes y a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por los linfáticos y a la postre producen focos más difundidos de proliferación tumeral secundaria.

Características Clínicas.- El Fibrosarcoma intrabucal puede presentarse en cualquier parte de la cavidad bucal, pero con mayor frecuencia se encuentra en carrillos, paladar, senomaxilar, faringe, labios y periostio del maxilar y mandíbula.

El fibrosarcoma, puede presentarse a cualquier edad, pero es más común entre los 20 y 40 años de edad.

Esta neoplasia evoluciona o muy lentamente o muy rápidamente y produce una invasión local y una lesión carnosa y abultada, de color gris o blanco perlino; sus bordes son imprecisos por la ausencia de cápsula, en algunas ocasiones se pueden observar úlceras, hemorragias e infecciones secundarias, principalmente en zonas de necrosis.

Características Histológicas.- Es en este tumor donde se dan los máximos grados de anaplasia. El fibrosarcoma se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas y de raticulina.

Las células generalmente son fusiformes de núcleos alargados, se disponen en bandas o fascículos entrelazados dando con frecuencia un aspecto espiralado.

De un caso a otro hay gran variación, ya que unos tumores están bien diferenciados y se asemejan mucho al tejido original y otros no están bien diferenciados y son frecuentes las mitosis mientras que en los bien diferenciados es raro encontrarlas.

En ocasiones se pueden apreciar células gigantes tumorales, multinucleadas y con citoplasma abundante; prolongaciones pretoplasmáticas voluminosas se pueden encontrar.

Tratamiento y Pronóstico.- Para el tratamiento del fibrosarcoma, se ha demostrado que la resección quirúrgica radical es lo más acertado. La radiación preoperatoria también ha dado buenos resultados.

Su pronóstico es mucho más favorable al de otros sarcomas. De 145 casos, el 52% de los pacientes presentó recidiva después del tratamiento, pero sólo el 7% de estos tenían metástasis y el 17% murieron de su enfermedad.

El pronóstico varía según sea el grado de diferenciación de las células tumorales y del crecimiento del fibrosarcoma.

La metástasis es de acuerdo a la lesión, ya sea anaplástica o no, y ésta se produce por el torrente sanguíneo o por vía linfática.

k).- Leiomoma.

El leiomoma es un tumor benigno derivado del músculo

lo liso, se produce en la piel, tejidos subcutáneos y cavidad oral, aunque es poco común debido a la ausencia del músculo liso en ella, excepto en las paredes vasculares y a veces, en las papilas caliciformes de la lengua. En 1969, se publicaron 23 casos en la literatura.

Características Clínicas.- Generalmente el leiomioma aparece en la parte posterior de la lengua, pero se han observado también en paladar, carrillos, encía, piso de la boca y labios.

El leiomioma bucal, es una lesión indolora, con frecuencia se presenta pedunculado.

Su crecimiento es lento. Uno de sus principales síntomas es dolor de garganta. Su color es igual al de la mucosa normal al igual que su textura. El tumor no se ulcera.

Características Histológicas.- El leiomioma está formado por haces de fibras musculares entrelazadas con tejido conectivo. Unas lesiones se componen de vasos sanguíneos atípicos con capas no orientadas de músculo liso estos leiomiomas son vasculares, y derivan del músculo liso de los vasos sanguíneos.

Se cree que pueda haber progresión de las lesiones, como hemangioma, angioma con músculo no estriado, leiomioma vascular, leiomioma con muchos vasos y leiomioma sólido.

El leiomioma vascular constituye una malformación vascular y no una verdadera neoplasia.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento más adecuado para este tumor es la excisión quirúrgica conservadora-

ya que no tiende a recidivar ni a convertirse en maligno.

Cuando exista en la cavidad oral una pigmentación melánica, deberá ser estudiada profundamente, puesto que podría ser la clásica pigmentación focal que precede al melanoma maligno, y que por lo general aparece con años o meses antes de la manifestación de los síntomas clínicos.

El tratamiento más empleado es por radio terapia, debido a que estos tumores son altamente sensibles a los rayos X. Esto se aplica también a los ganglios linfáticos que han sido afectados y así se obtendrán resultados positivos.

La cirugía resulta difícil de efectuar debido a la inaccesibilidad de la generalidad de estas neoplasias.

CAPITULO IV

Lesiones Blancas

Leucoplasia.- Un cambio en el color de la mucosa -- oral, normalmente rojiza o un color blanquecino, constituye - una de las anormalidades más frecuentemente encontradas. La - falla para reconocer e identificar la etiología de estas alte- raciones puede ser una serie omisión, ya que el carcinoma de- células escamosas en fases tempranas puede tener un color - - blanquecino.

El término leucoplasia ha sido usado con diferentes significados. Y en la actualidad sólo quiere decir "una le- - sión blanquecina", lo cual se encuentra aparentemente delimitada.

Hiperqueratosis.- Un aumento de retención y de producción de queratina por el epitelio escamoso estratificado - de la mucosa, es la causa más común de estas lesiones blanque- cinas en la cavidad oral y el término correcto es hiperquera- tosis, el cual puede estar asociado con la irritación mecáni- ca crónica y con otros factores. Las biopsias de estas lesio- nes blanquecinas pueden demostrar alteraciones citológicas de cierto grado y algunas consideradas como premalignas.

Alteraciones específicas de carácter displástico o premaligno, incluyen a las disqueratosis en las que hay célu- las con núcleo anormal, anormalidades en el tamaño y donde se observa un aumento del número de las mitosis. Algunos patólo-

gos alteran la terminología en estas circunstancias al nombre de displasia epitelias u otros términos similares. Cualquiera lesión blanquecina que no se resuelve con manejo conservativo en un lapso de corto tiempo (una o dos semanas) está indicado el exámen microscópico.

Leucoedema.- Es un emblanquecimiento ligero de la mucosa, sin displasia o anomalías de la queratinización.-

Granuloma.- La caja de rapé, es un término empleado por los patólogos americanos para determinar a las lesiones -- blanquecinas aterciopeladas que se observan en los pacientes que usan el rapé con polvo de tabaco y en fumadores. Los pacientes que usan rapé tienen una alta incidencia de carcinoma oral.

Otras lesiones blanquecinas:

Liquen Plano.- El liquen plano generalmente se observa como un emblanquecimiento irregular en forma de lazo en la mucosa bucal, y en algunas ocasiones el aspecto es buloso o erosivo. Aproximadamente un tercio de los pacientes afectados presentan solo lesiones orales, los otros dos tercios, presentan manifestaciones cutáneas y orales simultáneamente.

Las superficies de otras mucosas del cuerpo se afectan en mucha menor proporción. El diagnóstico puede sospecharse cuando se observa un emblanquecimiento en forma de lazo en la superficie de la mucosa bucal (estría de Wickham). La biopsia demuestra emblanquecimientos no ulcerados y esto confirma el diagnóstico.

La causas del liquen plano no se conocen, es más frecuente entre los 40 y 60 años de edad, las lesiones no son pruriginosas.

La sintomatología puede no encontrarse presente pero se observa dolor, hay malestar especialmente en las formas bulosas y atrófica de esta enfermedad.

Aproximadamente la mitad de los pacientes manifiestan stress nerviosos y expresan ansiedad y miedo de tener cancer oral.

Hay diversas alteraciones hereditarias que característicamente presentan emblanquecimientos en la cavidad oral como son la idisqueratosis intraepitelial hereditaria benigna.

Nevo blanco esponjado (leucoqueratosis hereditaria), paquioniquio congénita, enfermedad de Dadier, y la disqueratosis congénita o síndrome de Zinsser-Engman- Cole, estos son algunos ejemplos.

Las quemaduras con aspirinas como resultado del uso indebido de tabletas como anestésico tópico dental comunmente se observan.

b).- Candidiasis.

En la candidiasis las lesiones son blanquecinas suaves focales que se deshacen dejando una grieta y una superficie sangrante.

CAPITULO V

A.- INFECCIONES BACTERIANAS.

1.- Escarlatina.

La escarlatina, es una infección producida por el estreptococo hemolítico del grupo A, se ve representado por nasofaringitis y amigdalitis aguda, acompañadas de exantema y enantema eritematoso difuso. Se presenta en niños de 3 a 15 años en meses invernales generalmente. Se transmite por medio de portadores o en varios casos de manera indirecta, por el ambiente.

La patogenia del exantema no está aún bien definido. Se cree que puede ser producido por acción tóxica directa del antígeno eritrógeno o también por un fenómeno alérgico potenciado por el contacto previo con la toxina.

El exantema difuso se presenta uno o tres días después y es en ese momento cuando se establece el diagnóstico.

Manifestaciones bucales.- Se les ha denominado "estomatitis escarlatínica". La escarlatina produce nasofaringitis y amigdalitis y estas producen en la mucosa faríngea un color rojo vivo y con frecuencia pequeños abscesos. La mucosa palatina, puede presentarse congestionada. Las alteraciones linguales suelen ser las más importantes. Desde que comienza la enfermedad, la lengua tiene una capa blanca, presentándose

edematosas e hiperémicas las papilas fungiformes que se proyectan sobre la superficie, como pequeñas protuberancias rojas y a este cuadro se le ha denominado desde el punto de vista clínico como "lengua de fresa".

Pronto desaparece la capa blanca de la lengua tornándose de un rojo intenso, liso y brillante, con excepción de papilas hinchadas e hiperémicas y es aquí donde se le denomina "lengua aframbuesada".

A los 7 ó 10 días se presenta la descamación de la piel que es la señal de terminación de la enfermedad, y la lengua y el resto de la mucosa se vuelve a su estado normal.

Desde el punto de vista clínico, la escarlatina tiene un período de incubación de 2 a 5 días y se presenta primeramente con cefaleas, vómitos, náuseas, fiebre, escalofríos.

Cuando el exantema se presenta con su fase máxima, la aplicación de un torniquete en el brazo durante 5 minutos, origina muchas petequias distales, que es la llamada prueba de Rumpel - Leede.

Complicaciones.- En ocasiones surgen complicaciones relacionadas con la disminución bacteriana local o generalizada o con reacciones de hipersensibilidad a las toxinas bacterianas. También pueden ocasionar sinusitis, otitis media y mastoiditis, meningitis, fiebre reumática.

Prevención y tratamiento.- Aún no se encuentran medios de prevención para la escarlatina y la infección puede dominarse con antibióticos adecuados.

B.- TUBERCULOSIS.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa aguda o crónica causada por el bacilo ácido; resistente *Mycobacterium Tuberculosis*, ataca a los pulmones más frecuentemente y a cualquier órgano.

Agente etiológico.- Forma parte de un grupo numeroso de bacilos grampositivos, ácido-resistentes que incluye -- gérmenes patógenos y saprófitos. Generalmente las enfermedades humanas son producidas por cepas humanas y bovinas. El -- *mycobacterium tuberculosis* es un bastón delgado y encorvado -- que mide 4 micras de longitud y menos de una micra de diámetro. Es un bacilo aerobio que se multiplica con rapidez, sólo entre 35 grados C y 41 grados C. Se ha comprobado que estos -- microorganismos son susceptibles a muchos materiales orgánicos e inorgánicos de la índole de jabones, metales pesados y fenol.

Mecanismo de diseminación.- Suele contagiarse por -- inhalación de microorganismos transportados por el aire al to ser o estornudar, por los llamados casos abiertos, también -- por las heces en pacientes de lesiones gastrointestinales, y -- por la arean en sujetos que tienen infección del aparato urinario. La transmisión puede ser directa o indirecta.

En relación con la cepa bovina, se ha tornado poco -- frecuente por la pasteurización de la leche.

Las vías de entrada al cuerpo son 4:

- 1.- Aparato respiratorio
- 2.- Tejido linfoide de bucofaringe.
- 3.- Intestino.
- 4.- Piel, (es poco frecuente por contaminación de una herida)

Patogenia.- Cuando los bacilos de la tuberculosis se implantan en el cuerpo, suscitan un granuloma característico, llamado tubérculo, éstas son llamadas también células epiteliales, ya que se parecen a las células epiteliales. El tubérculo consiste en un conglomerado microscópico de histiocitos esféricos con algunos colorantes histiológicos, estas células tienen citoplasma abundante de color rosa y gránulos finos y a veces poseen bacilos ingeridos intactos o fragmentados. En los bordes de este acúmulo de células epiteliales y a veces en el centro puede haber células gigantes multinucleadas características. Alrededor del granuloma, presenta fibroblastos entremezclados con linfocitos. En varios días la región central de células epiteliales, experimenta una forma característica de necrosis gaseosa granular. La caseificación central y la producción de tubérculo blando son los factores que producen el dato característico de tuberculosis. Cuando no hay caseificación se pierde el diagnóstico del tubérculo.

La patogenicidad del bacilo de la tuberculosis no resulta de toxicidad inherente, sino de su capacidad para suscitar hipersensibilidad al huésped. Después de varias semanas el carácter de la reacción del huésped se modifica repentinamente conforme aparece. Hipersensibilidad tardía mediada por células al bacilo de la tuberculosis.

No se sabe cuál es el antígeno exacto que produce esta hipersensibilidad, pero parece corresponder a tubérculo-proteínas que provienen del bacilo. Cuando se inyectan tubérculo-rpoteínas en la piel de un paciente que ha sido sensibilizado por el contacto previo con el bacilo, desencadenan una reacción característica de hipersensibilidad en el sitio inyectado, pero los tubérculo-proteínas y algún coadyuvante. -- Con la tubérculo-sensibilidad los centros de los tubérculos-duros experimentan necrosis caseosa y se produce el característico tubérculo "blando".

Para asegurarse alguna vez un individuo ha adquirido infección tuberculosa, Mantoux usa la prueba de la tubérculo-sensibilidad, el resultado positivo consiste en una zona de endurecimientos y enrojecimientos 48 a 72 horas después de la inyección introcutánica de una dosis media de tubérculo-proteína, derivada, proteínico purificada. En general cuanto mayor sea la zona de endurecimiento, tanto más reciente será la infección y también será la probabilidad de tuberculosis activa. La hipersensibilidad a la tuberculosis, que se aparece inicialmente varias semanas después que el microorganismo se implanta en el huésped, suele persistir toda la vida del paciente.

La prueba con tuberculina no permite diferenciar entre infección y enfermedad activa. El resultado de la prueba con tuberculina no siempre significa que no haya infección.

Con la aparición de hipersensibilidad tardía, el huésped adquiere mayor resistencia a la enfermedad. La resis-

tencia o inmunidad parcial patentemente no son completas, --- pues la enfermedad activa puede exarcerbarse años después de adquirir la infección inicial.

Características clínicas.- No se aprecian mucho. Hay pérdida gradual de peso y tos persistente, puede presentar es calofríos o fiebre, los primeros signos de la enfermedad son: cansancio y malestar general.

Los microorganismos pueden diseminarse por 2 vías:- la linfática y por la corriente sanguínea. Esta da lugar a le siones de muchos órganos, como riñón e hígado. Esta es la tuberculosis miliar. Cuando la dispersión de bacilos es por la vía linfática suele ser menos extensa y se localiza más en -- los ganglios linfáticos.

La infección tuberculosa de ganglios linfáticos sub maxilares o cerrucallos o escrófulas, linfadenitis tuberculosa, evoluciona para formar un absceso o permanece como una lesión granulematosa típica. En los dos casos hay una hinchazón clínica obvia de los ganglios. Cuando existe un verdadero absceso es típica la perforación y descarga de pus, son sensibles con la piel inflamada que los cubre. Esta forma específica de tuberculosis puede aparecer como consecuencia de la extensión linfática de los organismos desde un foco de infección en la cavidad bucal, como las amígdalas.

La casi completa eliminación de leche infectada ha reducido la frecuencia de la escrófula en años recientes.

La tuberculosis primaria de la piel también llamada lupus vulvar, se presenta en niños o en adultos, y es una en-

fermedad muy persistente. Aparecen como nódulos papilares que con frecuencia se ulceran.

En particular son frecuentes en cara, pero pueden darse en cualquier parte.

Manifestaciones bucales.- Las lesiones tuberculosas en boca son raras, pero existen. Los estudios de Farber y Col dicen que menos del 0.1% de los pacientes tuberculosos que -- examinaron presentaban lesiones bucales. Katz, halló que alrededor del 20% de una serie de 141 pacientes examinados por autopsia tenían tales lesiones la mayor parte de las cuales seencontraban en la base de la lengua y no habían sido descubiertas clínicamente.

Las lesiones de la mucosa bucal raramente son primarias, más bien son secundarias a la enfermedad pulmonar. Es -- posible que los organismos sean transportados a los tejidos -- bucales por vía hematógena para ser deportados en la submucosa y por tanto proliferan y ulceran la mucosa que los cubre.

Es un problema de gran importancia clínica que el -- odontólogo contraiga la infección por contacto de bacilos tuberculosos vivos en las bocas de los pacientes que sufren de -- esta enfermedad. Se pudo comprobar en muchas ocasiones que -- era factible obtener microorganismos ácido resistentes isopos o enjuages de las cavidades bucales de pacientes tuberculosos.

Pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal, las lesiones tuberculosas, pero son más comunes en lengua, seguida por paladar, labios, mucosa vestibular, encía y

frenillos. La lesión corriente, es una úlcera irregular superficial o profunda y dolorosa que tiende a aumentar en forma lenta de tamaño.

Se suelen encontrar en zonas de traumatismo y pueden ser tomadas a simple vista por una úlcera traumática simple o hasta con el carcinoma.

La gingivitis tuberculosa es una forma rara de tuberculosis que aparece como una proliferación difusa hipelémica modular o papilar de los tejidos gingivales.

También puede atacar maxilar o mandíbula. Un modo común de entrada de microorganismos es en zonas de inflamación periapical por vía sanguínea, efecto anacorético observado en las cavidades bucales, en ciertas circunstancias, también pueden entrar por tejidos periapicales por pase directo a través de la cámara pulpar y conducto radicular de un diente con caries expuesta. La lesión que se produce es un granuloma periapical tuberculoso o tuberculoma que son generalmente dolorosos y pueden afectar hueso por medio de la extensión relativamente rápida.

En la fase tardía se puede presentar osteomielitis-tuberculosa que tiene un pronóstico desfavorable.

Características histológicas.- Las lesiones tuberculosas de otros órganos del cuerpo son iguales microscópicamente a las de la boca. Presentan focos de necrosis caseoso rodeados de células epiteliales, linfocitos y células gigantes multinucleadas.

Tratamiento.- Se debe tratar como cualquier otra le

sión en otro órgano del cuerpo.

C.- LEPROA.

La lepra o enfermedad de Hansen es una infección -- indolente, poco activa, producida por el *Mycobacterium Leprae*. No se conocen plenamente el mecanismo de diseminación, la patogenicia, ni los mecanismos de difusión.

Características clínicas.- Se conocen diferentes -- formas de lepra. Las dos principales son la lepromatosa y la tuberculosa. La lesión lepromatosa suele caracterizarse por -- la formación de nódulos cutáneos que se desarrollan en prolon gados períodos, estos nódulos contienen abundantes fagocitos, macrófagos y células gigantes, llenas de lípidos a veces ocupados por bacilos o granulomas microscópicos semejantes a tubérculos duros. Suelen estar precedidos en las fases inicia-- les de la enfermedad por una erupción cutánea macular y papular. Aparecen los nódulos en grandes cantidades en cualquier zona cutánea y suelen ser muy desfigurantes.

La forma tuberculoide de la lepra se caracteriza -- por erupciones maculares y pérdida del sentido del tacto y -- sensaciones dolorosas como también por parálisis muscular.

El *Mycobacterium Leprae*, es un bacilo acidoresistente, pleomórfico, que adopta una disposición en los tejidos -- de plaquetas de cerillos en fardos pequeños o en masas esféricas o en masas redondeadas llamadas glóbulos. Tienen localiza

ción intracelular y extracelular los microorganismos. En los métodos de tinción para ácido alcohol resistentes, se decoloran más fácilmente que el mycobacterium tuberculosis y en colorantes de anilina se tiñe con mucha mayor facilidad.

Posee el Microorganismos Leprae escasa virulencia - y poca capacidad de invasión y se necesitan bastantes años en contacto íntimo entre un hombre y otro para contagiarle.

La lepra no se transmite en utero, y los niños que estén separados de sus padres enfermos no contraen la enfermedad. El período de incubación puede ser muy largo de 5 a 10 años. Son infectantes las secreciones de la cavidad bucal y nariz en pacientes que padecen lesiones bucofaríngeas.

Puede ser que los microorganismos entre por erosiones en la piel o mucosa y que la diseminación por los linfáticos y la sangre provoque manifestaciones generales.

Su localización no es únicamente en piel y nervios, en ocasiones participan en otros órganos como hígado, bazo y otras vísceras.

La lepra es dos veces más frecuente en varones.

El diagnóstico de lepra se hace fácilmente por los datos clínicos. Cuando han dado la biopsia o el estudio de material raspado de los tejidos casi siempre permite descubrir el nódulo tuberculoide de características histológicas definidas o bacilos ácidosresistentes. En la lepra tuberculoide hay pocos microorganismos. Existe una prueba cutánea con lepromina, consiste en inyectar un extracto de bacilos de lepra, que producen reacción inflamatoria en sujetos normales y los que-

padecen lepra tuberculoide y da resultados negativos en casos lepromatosos. La mortalidad no es alta.

El pronóstico es mejor en la forma tuberculoide, y en el caso medio, no acorta la longevidad. La lepra lepromatosa puede conducir a la muerte por enfermedades intercurrentes, como tuberculosis, neumonía y otras infecciones.

La lepra lepromatosa no tratada es progresiva y mortal en un período de 10 a 20 años. En el tipo tuberculoide la recuperación espontánea habitualmente se puede presentar en 1 a 3 años, sin embargo, puede producir deformidades con invalidez. Con tratamientos, el tipo lepromatoso regresa lentamente en un lapso de 3 a 8 años, y la recuperación, en el tipo-tuberculoide es más rápida. Casi siempre son posibles las recaídas y se puede estar seguro de que los bacilos nunca son erradicados. A pesar de todo las deformidades persisten aún--después de completa recuperación, pudiendo interferir enormemente con la función y el aspecto del enfermo.

Manifestaciones bucales.- Las lesiones leprosas en la boca, consisten en lo general en pequeñas masas de aspecto tumoral, denominadas lepromas, que aparecen en lengua, labios o paladar duro. Estos nódulos se pueden romper y también ulcerarse; también se ha descrito aflojamiento de dientes o hiperplasia gingival.

Tratamiento.- En general la rifampicina constituye el medicamento de mayor utilidad para el tratamiento inicial--el cual es conveniente asociar con una sulfa, ejemplo: La Dop

sana (D.D.S.) Antiguamente también se utilizó la talidomida - como adjunto a los anteriores para el tratamiento del entomacodioso que se presenta en la lepra lepromatosa. Los corticoides son menos eficaces.

D.- SIFILIS.

La sífilis es una enfermedad infecciosa secular con características clínicas variables. Es causada por una espiroqueta, el *Treponema Palidum*. Es un microorganismo delgado, espiral, móvil que mide más o menos 20 micras de largo y alrededor de 0.2 de grueso. La sífilis pueden ser clasificada en adquirida y congénita, aunque la forma congénita se adquiere de una madre infectada.

Sífilis adquirida.- Se contrae en forma primaria como enfermedad venérea, después de una relación sexual con una persona infectada, aunque se han dado casos de que se contraiga por accidente causado por los odontólogos que trabajan en pacientes infectados en fases contagiosas.

Al ser dejada sin tratar presenta 3 períodos de la enfermedad, que son: primario, secundario y terciario de la sífilis adquirida.

Periodo Primario.- El chancro primario puede comenzar como una pápula dura, solitaria, algo elevada, cuyo diámetro puede alcanzar varios centímetros y que se presenta en -- el pene en el hombre y en la vulva o cuello del útero en la -- mujer. Alrededor del 95% de estas lesiones se hallan en geni_

tales, pero también se pueden presentar en otras zonas. Son sumamente importantes para el Cirujano Dentista las de lengua, labios, paladar, encía y amígdalas. Se han comunicado la formación de chancros hasta en el sitio de una herida de extracción fresca.

La lesión origina erosión superficial y produce una úlcera poco profunda de base limpia en la superficie de la pápula poco elevada. El endurecimiento contiguo forma una masa semejante a un botón directamente debajo de la piel o la mucosa erosionada. La infección bacteriana agregada puede producir exudación supurada. En el labio esta lesión puede tener un aspecto parduzco y costroso.

El chancro intrabucal es una lesión ulcerada cubierta de una membrana blanca, grisácea, que puede causar dolor por la infección secundaria.

El chancro es abundante en espiroquetas y es sumamente contagioso.

Generalmente se encuentra un ganglio agrandado a lo largo de los linfáticos que drenan la zona del chancro.

En los cortes histológicos que se han realizado, el chancro se caracteriza por infiltración intensa de leucocitos mononucleares, principalmente de células plasmáticas con macrófagos y linfocitos esparcidos. El infiltrado inflamatorio aparece dentro de una reacción vasofibroblástica proliferativa que es lo que forma los bordes de la úlcera. En las superficies inmediatas al chancro puede haber infiltración de neutrófilos.

El período primario de la sífilis y la espiroquetemia temprana son importantes porque no se acompañan de signos ni síntomas generales. El paciente no presenta fiebre y sólo puede presentar un ligero dolor local en la región de la erosión superficial.

El período primario de la sífilis y la espiroquetemia temprano son importantes porque no se acompañan de signos ni síntomas generales. El paciente no presenta fiebre y sólo puede presentar un ligero dolor local en la región de la erosión superficial.

El diagnóstico suele hacerse al identificar a las espiroquetas en el exudado del chancro o en el líquido obtenido por aspiración de los ganglios linfáticos aumentados de volumen. En esta etapa de la enfermedad generalmente son negativas las pruebas serológicas de vagina y de inmovilización de treponemas. El chancro cura espontáneamente entre 3 semanas y dos meses.

Períodos secundarios o metastático.- De uno a tres meses después del período primario suelen manifestarse lesiones mucocutáneas diseminadas. Es así como se manifiesta la espiroquetemia generalizada. En el caso medio, el exantema es maculopapuloso y varía desde lesiones esparcidas que pueden presentarse en una sola lesión cutánea, hasta ataque difuso de toda la piel, incluyendo palma de las manos y planta de los pies y de la mucosa bucal. La mácula tiene color pardo-rojizo y rara vez excede de 5 mm. de diámetro.

En otros casos predominan las lesiones foliculares-pustulosas, anulares y exfoliativas. Desde el punto de vista histológico, la reacción inflamatoria de los focos mucocutáneos nos recuerda la observada en el chancro. Sin embargo, la infiltración de leucocitos mononucleares es menos intensa y a veces se suscribe a una disposición perivascular. El exantema enteramente papuloso de ordinario se acompaña de engrasamiento del epitelio y alargamiento de los clavos interpapilares.- La ulceración modifica el aspecto macro y microscópico cuando se presenta exudado supurado.

Las lesiones bucales son llamadas "placas mucosas", suelen ser placas múltiples, indoloras, y blancas grisáceas - que cubren una superficie ulcerada.

Son más frecuentes en lengua, encía o mucosa vestibular. Son de forma oval o irregular y estan rodeadas por una zona eritematosa. Las placas mucosas son también muy infecciosas, ya que contienen grandes cantidades de microorganismos.- En la fase secundaria, la reacción serológica es siempre positiva. Las lesiones de la fase secundaria ceden espontáneamente en algunas semanas, pero las exacerbaciones pueden seguir-ocurriendo durante meses o varios años.

Periodo Terciario.- Consiste en un proceso inflamatorio granulomatoso focal con necrosis central. El sistema cardiovascular es el más atacado por las lesiones terciarias, aproximadamente de 80 a 85%.

Las lesiones del sistema nervioso central son del -

5 al 10%, el resto está constituido por gomas de hígado y --- otros órganos. La lesión puede variar entre 1 milímetro o menos y varios centímetros de diámetro.

El goma intrabucal ataca con mayor frecuencia, lengua y paladar. En cualquiera de los casos la lesión es una masa modular firme dentro del tejido que puede ulcerarse y, en el caso de lesiones del paladar causar una perforación por el desprendimiento de la masa necrótica de tejido. Esto ocurre con frecuencia después de un intenso tratamiento con antibióticos y se denomina reacción de Maxheimer.

Meyer y Shklar comunicaron las manifestaciones bucales en 8 casos de sífilis adquirida y aseguran que las lesiones terciarias son mucho más comunes que las lesiones de sífilis primaria o secundaria. Dicen también que la glositis atrófica o intersticial es la lesión más característica e importante de la sífilis.

SIFILIS CONGENITA.

La sífilis congénita, no es hereditaria y sólo es transmitida al hijo por la madre sifilítica.

Es una enfermedad rara. En los casos en que la mujer embarazada ha estado en tratamiento de antibióticos antes del 4to. mes pueden nacer niños normales.

Presenta una gran variedad de lesiones la sífilis congénita que son comunmente protuberancia frontal, maxilar corto, arco palatino alto.

La destrucción del vómer causa hundimiento del puente de la nariz y la característica deformidad en silla de montar, otras características son los molares aframbuesados, signo de Higoumenakis o engrosamiento irregular de la porción esternoclavicular de la clavícula protuberancia relativa de la mandíbula. Es típico de la sífilis congénita la presencia de la tríada de Hutchinson: hipoplasia de incisivos, molares, sordera y queratitis intersticial.

Generalmente las personas con sífilis congénita, tienen uno o más de la tríada de Hutchinson, es raro que todos los componentes de esta tríada estén en forma simultánea en una misma persona.

A).- ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA.

En 1939 Dadd y colaboradores hicieron saber que era posible aislar el virus del herpes simple en pacientes que -- padecían de una gingivestomatitis de configuración clínica -- particular. Bernat y Williams observaron hallazgos similares y, además, comprobaron que niños con esta enfermedad creaban anticuerpos neutralizantes durante el período de la convalecencia.

Características clínica.- La estomatitis herpética primaria es una enfermedad bucal que ataca a niños y adultos-jóvenes. Es sumamente raro que se produzca antes de los 6 -- meses de edad, pues la presencia de anticuerpos circulantes -- en el niño derivados de la madre no lo permiten.

El ataque primario se caracteriza por fiebre, cefalea, irritabilidad, dolor al deglutir y linfadenopatía regional, que se presenta en niños, a los pocos días la encía se -- inflama tremendamente y la boca se torna dolorosa. También -- pueden estar afectados, lengua, labios, faringe y amígdalas, -- mucosa vestibular y paladar.

Al transcurrir el tiempo se forman pequeñas vesículas de color amarillo claro, llenas de líquido que a la postre se rompen y dejan úlceras muy dolorosas y poco profundas, que están cubiertas de una membrana gris y rodeadas de un halo eritematoso. Estas úlceras varían de tamaño y van de lesiones pequeñas a lesiones que miden hasta un centímetro de diámetro. Curan de repente y no dejan cicatriz. Es de importan--

cia recordar al Cirujano Dentista que la inflamación gingival precede a la formación de las úlceras por varios días.

Características histológicas.- Podríamos decir que la vesícula herpética es una pequeña ampolla intraepitelial - llena de líquido. El núcleo presenta estructuras eosinofílicas ovales y homogéneas que tienden a desplazar el nucleolo y la cromatina nuclear hacia la periferia. Cuando la cromatina se desplaza hacia la periferia generalmente se forma un halo de periinclusión. Por lo general el tejido conectivo subyacente tiene infiltrado celular inflamatorio. Al reventar las vesículas, la superficie del tejido se cubre de un exudado integrado por fibrina, leucocitos polimorfonucleares y células degeneradas. Por proliferación epitelial periférica las lesiones cicatrizan sin dejar huella.

Modo de transmisión.- Algunos autores piensan que es necesario el contacto directo para la transmisión del virus del herpes; otros dicen que por la infección por gotas, ya -- que es posible recuperar el virus del herpes en la saliva del paciente durante la enfermedad.

Se ha observado la asociación de las erupciones herpéticas con neumonía, meningitis y resfriado común.

Tratamiento.- No es satisfactorio el tratamiento de la infección herpética primaria. Es solo de sostén y sintomático, puesto que no se puede alterar el curso de esta enfermedad. Lo que no puede servir para la prevención de la infección secundaria es la antibioterapia.

B.- INFECCIONES VIRALES.

Los virus son organismos submicroscópicos que se reproducen dentro de células vivas específicas y pueden permitir la entrada a huéspedes al exterior.

No solo atacan a plantas y a animales, sino también al hombre, insectos y hasta bacterias. El tamaño de los virus se puede medir mediante diversas técnicas y va de 10 milimicrones o más o menos de 200 milimicras. Se ha comprobado que todos contienen una proteína y ácido ribonucleico (RNA) o desoxiribonucleico (DNA).

Jawetz y colaboradores dieron una clasificación reciente sobre las enfermedades virales y fue basada en las propiedades biológicas, químicas y físicas de los virus y los separaron en grupos según el tipo de ácido nucleico, tamaño y subestructura de la partícula.

C.- INFECCIONES MICOTICAS.

La micología es el estudio de las infecciones por hongos.

Hasta hace poco había mucha duda en este ramo de la microbiología, pero las investigaciones científicas de ahora, han estudiado los diversos aspectos de la micología, como epidemiología, patogenia, inmunología, diagnóstico y tratamiento para eliminar la confusión que se tenía.

Candidiasis.- Se le conoce también con el nombre de algodoncillo o maniliasis.

La candidiasis es una enfermedad causada por infección de un hongo levaduriforme, llamado el *Candida Albicans*. Este microorganismo es bastante frecuente en la cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas. Para que exista la enfermedad necesita el microorganismo invadir los tejidos, aunque a veces sea superficial tal invasión y ocurre en circunstancias determinadas.

El *Candida Albicans*, no solo ataca la cavidad bucal, sino también, vagina, piel, aparato gastrointestinal, vías urinarias y hasta pulmones. La candidiasis bucal o muguet, generalmente es una enfermedad localizada, pero en ocasiones se extiende a faringe o pulmones y puede ser entonces mortal.

Características clínicas.- La candidiasis se presenta generalmente en niños pequeños, en personas debilitadas y en ocasiones en pacientes con alguna enfermedad crónica, como diabétes o avitaminosis, y aunque nadie es inmune al desarrollo de esta enfermedad.

La *candida albicans*, como es un habitante más o menos común en la cavidad bucal, existe en relación simbiótica con muchos otros microorganismos con estos mismos debido a la competencia nutricional, limitan la proliferación de este hongo.

La enfermedad se ha hecho en los últimos años más común debido al exagerado uso de antibióticos por vía bucal, como la penicilina, aureomicina y coranfenicol, en forma de -

caramelos, aerosoles, tabletas y polvos, esteriliza parcialmente la cavidad bucal, eliminando o suprimiendo microorganismos susceptibles. Como este hongo es relativamente insensible a los antibióticos, puede responder a la supresión de otros microorganismos con una rápida proliferación y la consiguiente infección en los tejidos.

Woods y colaboradores presentaron un grupo de pacientes que sufría de candidiasis en los cuales la enfermedad era una secuela directa del tratamiento con antibióticos, esto no quiere decir que afecta directamente la velocidad de crecimiento del *Candida Albicans*, se pensó que la resistencia de los tejidos del huésped disminuye con alteración de la biosíntesis de vitaminas, sobre todo el complejo B.

Se ha comprobado una gran frecuencia de micosis secundarias, en particular candidiasis y aspergilosis, en pacientes con leucemia y es un factor importante en la muerte de estos pacientes.

Manifestaciones bucales.- La candidiasis en boca se caracteriza por lesiones blanquesinas, blandas y levemente elevadas que generalmente se encuentran en lengua y en mucosa vestibular, apareciendo también en paladar, encía y piso de boca. En casos severos se puede presentar en toda la cavidad bucal.

Para el Cirujano Dentista existe una buena característica para acertar en el diagnóstico, el que sea posible desprender la placa moniliásica blanca de la superficie del -

tejido, y que al efectuarla, quede una superficie viva sangrante.

Las otras lesiones blancas que aparecen en la cavidad bucal como son la leucoplasia, leucoedema y liquen plano, no pueden ser desprendidas.

Reed Petersen y colaboradores han registrado una gran frecuencia de *Candida* en lesiones de 226 pacientes con leucoplasia también encontraron una relación definida entre la presencia de microorganismos y de atipia epitelial citológica en biopsias de lesiones leucoplásticas hasta ahora no se sabe el significado de este hallazgo.

Las placas de *Candida* descritas anteriormente, se componen de masas enmarañadas de hifos. Para observar los hifos típicos se extienden los fragmentos del material de la placa sobre un porta objetos y se mezclan con hidróxido de potasio al 20%. Los microorganismos se reproducen en una variedad de medios, como, agar sangre, agar de harina de maíz y caldo de Sabouraud, como un complemento para establecer correctamente el diagnóstico.

Tratamiento.- La Nistatina que es un nuevo antimicótico ha dado buen resultado para el tratamiento de la candidiasis. Las suspensiones de nistatina mantenidas en pleno contacto con la lesión bucal, resultaron benéficas en casos crónicos y graves de la enfermedad. El medicamento debe entrar en estrecho contacto con los microorganismos para dar efecto.

Se ha observado que en algunos casos el tratamiento con nistatina no ha dado resultado, se trata que ha estado relacionado con una endocrinopatía.

CONCLUSIONES

En toda labor como Cirujano Dentista, será de -- gran importancia la elaboración de una completa y detallada historia clínica en la que se escriba con exactitud las características de la lengua, en cuanto a forma, color y tamaño, estado de las papilas, etc.

La lengua es un órgano de gran importancia ya -- que por su estructura muscular desempeña un importante papel en la masticación, en la deglución, en la succión, así como en la formación. Es también representativo del sentido del gusto, ya que en su superficie externa se localizan los elementos nerviosos de los sabores.

Es de vital importancia conocer la anatomía de la lengua, ya que en muchas enfermedades, por ejemplo, en el cáncer de lengua; la lesión aunque parezca limitada a una parte del órgano, los ganglios del lado opuestos generalmente están afectados y deben extirparse, aunque estos no parezcan afectados ni aumentados de volumen, y el Cirujano -- Dentista debe reconocer esta situación.

Se debe aconsejar a la futura madre de no exponer se a radiaciones, ni administrarse ningún tipo de droga o antibiótico sin un estricto control médico, ya que las probabilidades de anomalías congénitas aumentan cuando la madre está expuesta a dichos agentes teratógenos.

La lengua puede ser afectada por procesos patológicos comunes a otras áreas de la cavidad oral. Sin embargo

algunas entidades nasológicas son únicas de la lengua.

La frecuencia de las neoplasias malignas de la lengua es del 20%, con un grado de malignidad del 75%, por lo que su localización temprana y con tratamiento acertado será posible el restablecimiento parcial o total del paciente.

El Cirujano dentista debe estar capacitado para reconocer y diagnosticar todo padecimiento bucal para ofrecer al paciente un adecuado manejo médico e incluso quirúrgico cuando se requiera. Por otro lado, deberá con honestidad reconocer su limitación, tanto para el diagnóstico, -- así como para su manejo de estos padecimientos. Tiene urgencia de suma importancia el dogma hipocrático de:

" PRIMUM NON NOCERE "

BIBLIOGRAFIA

- 1.- R.D. Lockhart. G, S. Hamilton, F.W. Fyfe. Anatomía Humana Primera Edición, 1965. Editorial Interamericana, S.A.
- 2.- L. Testut, O. Jacob. Tratado de Anatomía Topográfica. Tomo 1. 4a. Edición. Editorial P. Salvat, Barcelona-España 1923.
- 3.- Ham, Arthur W. Tratado de Histología, Sexta edición, Editorial Interamericana.
- 4.- Frapozzanno, V.R., Revisión Completa de la Odontología, Segunda edición. Editorial Mundi S.R.L. Buenos Aires, Argentina 1955.
- 5.- Shafer, William G. Tratado de Patología Bucal. Tercera Edición. Editorial Interamericana.
- 6.- Thoma, Gerlin, Robert y Geldman, Henry M. Patología Oral. Editorial Salvat. Barcelona España. 1973.
- 7.- Robbins, Stanley L. Patología Estructural y Funcional. Primera Edición en Español, 1975. Editorial Interamericana.
- 8.- Krupp, Marcus. A. Chatton, Milton Y. Diagnóstico Clínico, Quinceava Edición. Editorial el Manual Moderno.

9.- Anderson, W.A.D. Pathology

Sexta Edición.

The C.V. Mosby Company

S. t. Louis, U.S.A. 1971.