

*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDADES
DE
LA LENGUA

TESIS PROFESIONAL

que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

REYNA VENTURA VARGAS

México D F

1983



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.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.

- 1) Generalidades.
- 2) Composición histológica.
- 3) Anatomía.

CAPITULO II.

- 1) Exámen de la lengua.
- 2) Lesiones linguales.
- 3) Anomalías del desarrollo.

CAPITULO III.

- 1) *Glositis migratoria benigna.*
- 2) *Lengua negra vellosa.*
- 3) *Lengua dolorosa y ardorosa.*
- 4) *Alteraciones de la capa superficial de la lengua.*
- 5) *Impresiones dentales sobre la lengua.*
- 6) *Lesiones traumáticas del órgano.*
- 7) *Glositis de Hoeller.*
- 8) *Dolor en papilas foliadas y calciformes.*

INTRODUCCION

La Odontología es una de las ciencias médicas más especializadas y al mismo tiempo es un arte en el cual se revela la habilidad manual de quien la ejerce.

Fundamentalmente está orientada hacia la conservación de las piezas dentales.

El punto central de la lucha del hombre, ha sido lograr un equilibrio físico, mental y social. Dentro de esta lucha se encuentra el interés por mejorar y superar el conocimiento y sobre todo el tratamiento de las enfermedades que aquejan a la humanidad.

También dentro de la Odontología se siente esta necesidad, por lograr cada vez mejores resultados principalmente preventivos, paliativos y curativos de las enfermedades que afectan la cavidad oral, que como sabemos son el inicio de grandes trastornos que afectan al organismo en general.

Es por ello que elegí este tema sobre enfermedades de la lengua. No pretendiendo aportar con este trabajo ninguna innovación, solamente me ha impulsado a escribir sobre este tema el deseo de colaborar a su difusión y conocimiento.

CAPITULO I.

GENERALIDADES.

A mitad del siglo XIX los médicos tomaban mucho interés en la lengua como un elemento de diagnóstico para todas las enfermedades en general.

Se intentaron una y otra vez relacionar los diferentes cambios de ciertas partes específicas de la lengua con enfermedades de determinadas vísceras; los clínicos intentaron sin éxito desarrollar una "frenología lingual" otros quisieron relacionar los cambios linguales con trastornos funcionales del estómago y los intestinos.

A partir de esos estudios nació el concepto general de que la lengua constituye la "ventana al sistema digestivo" o que es el "espejo del estado del estómago" .

En este periodo del siglo XIX el interés estaba en las enfermedades generales que producían capas anormales sobre la lengua.

COMPOSICION HISTOLOGICA.

La lengua está compuesta principalmente de músculo estriado, con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en tres planos.

En un corte longitudinal de la lengua, perpendicular a su superficie dorsal (corte sagital), encontramos fibras verticales y horizontales. Tal disposición de fibras musculares estriadas es única en el cuerpo; Dentro de los haces, cada fibra muscular está rodeada de endomisio, - que tiende a ser algo más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados.

El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico situado entre los haces musculares se le considera como perimisio, el cual contiene los vasos mayores, los nervios y en algunas partes tejido adiposo.

Mucosas.-El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso.

La lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares.

La mucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua se divide en dos partes:

1.- La que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua (cuerpo de la lengua).

2.- La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua). El límite entre estas dos partes lo señala una línea en forma de "V" invertida que son las papilas caliciformes, estas papilas son ricas en vasos, y contienen muchos botones gustativos.

En orden de frecuencia vienen las papilas fungiformes (en forma de hongos), que ocupan toda la superficie superior de la lengua. Son más numerosas cerca de la punta y los bordes. También tienen vasos y pueden intervenir en los cambios inflamatorios y atróficos que acompañan a diversos trastornos generales.

La mayor parte de los botones gustativos se encuentran en las papilas fungiformes y caliciformes.

Las papilas fungiformes pueden estar pigmentadas a consecuencia de depósito local de melanina. Este trastorno se observa con más frecuencia en los pacientes de raza negra.

La enfermedad de Addison no produce pigmentación de las papilas.

Las papilas filiformes (en forma de pelo) son las más numerosas, y ocupan toda la superficie superior de la lengua, no hay vasos, centrales provienen de células epiteliales muy especializadas.

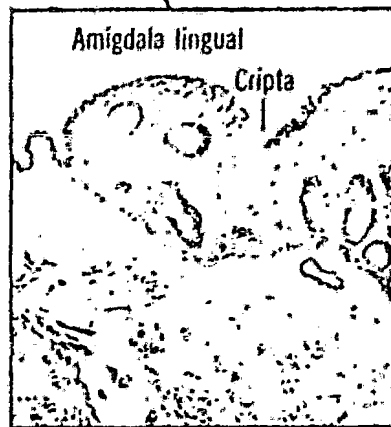
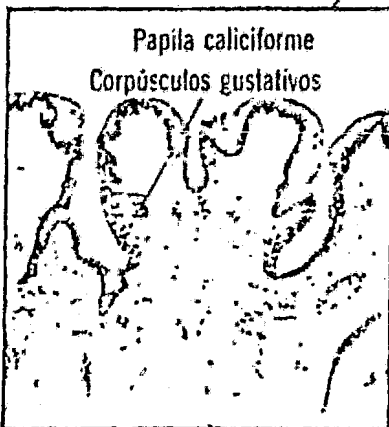
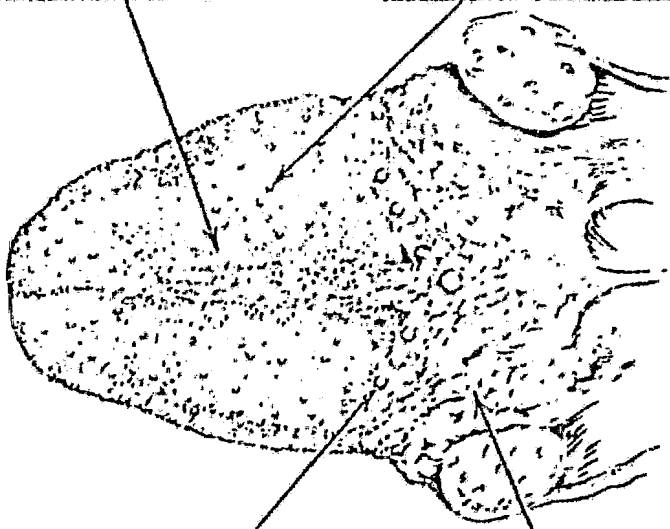
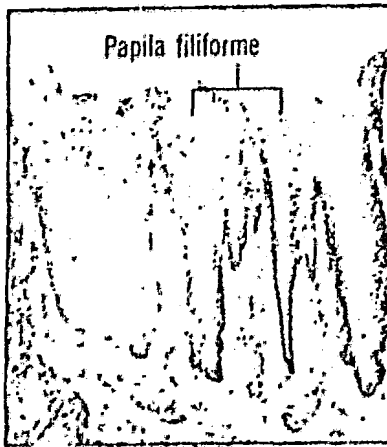
Amígdala lingual. - La mucosa que recubre la raíz de la lengua no contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias que se observan en esta parte de la lengua dependen de acúmulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio. Un acúmulo de nódulos linfáticos en estrecha relación con epitelio plano estratificado, suele recibir el nombre de tejido amigdalario. El que se halla en el techo de la lengua constituye la amígdala lingual.

La capa que cubre la cara superior de la lengua corresponde a papilas filiformes y fungiformes con restos de alimentos, células epiteliales descamadas, bacterias y saliva.

La lengua del hombre muestra una flora microbiana bastante constante, semejante a la del surco gingival y de la placa dental.

La elevada proporción de cocos que se encuentra sobre la lengua explica una reducción proporcional de los bacilos gram-positivos esta capa lingual superficial muestra una fluorescencia anaranjada rojiza bajo luz ultravioleta (de Wood). Esto se debe probablemente a la producción de porfirinas por los microorganismos de la boca.

Esta característica se observa en individuos sanos.



Dibujo de la superficie dorsal de la lengua y microfotografías de cortes obtenidas de su mucosa en cuatro zonas diferentes.

GENERALIDADES DE ANATOMIA.

La lengua como se sabe proviene de la faringe y se resume como una bolsa de mucosa llena de músculo estriado. La lengua se forma a partir de dos extensiones laterales de los primeros arcos mandibulares.

La mitad anterior del órgano (porción bucal) posee papilas, y la mitad posterior (porción faríngea) está infiltrada de tejido linfóide. Esta región de la lengua se llama muchas veces amígdala lingual.

Los músculos de la lengua se dividen en dos grupos: Intrínseco y extrínsecos.

Los intrínsecos son el el lingual superior e inferior, el transverso y el vertical.

Los extrínsecos, son el geniogloso, hiogloso, condrogloso, estilogloso y glosos estafilino..

La lengua está irrigada por la arteria lingual los dos tercios anteriores están inervados por el nervio lingual y el tercio posterior está inervado por el glosos faríngeo.

C A P I T U L O II.

EXAMEN DE LA LENGUA.

En todo paciente, es preciso examinar la lengua con detenimiento. Para ello se requiere:

- 1) Estudiar su forma y color.
- 2) Observar el número relativo y la distribución de las diferentes papilas.
- 3) Probar el tono muscular.
- 4) Anotar cualquier lesión existente sobre la superficie, o palpable en las regiones profundas.

Para juzgar el color de la lengua es necesario que el órgano descansa pasivamente en su posición normal. También es necesario que haya una buena iluminación, de preferencia con luz de día. Si se saca la lengua con fuerza de la boca no se aprecia bien el color de la lengua. Pues durante este movimiento, las venas linguales quedan comprimidas contra los incisivos inferiores, lo que da lugar a una congestión venosa variable con el cambio de color correspondiente.

El paciente con tendencia hipocondriaca suele tener una lengua demasiado grande (esto se debe probablemente a que se hace un autoexamen frecuente de la lengua). Estos exámenes frecuentes significan una movilidad y una regulación muscular del órgano mayor que las normales. Algunos pacientes son capaces de llevar su lengua detrás del paladar blando, y en la nasofaringe, a voluntad o hacer girar la lengua en forma complicada.

Al estudiar la capa superficial de la lengua estando ésta fuera de la boca debemos observar si se encuentra atrófica, es importante anotar qué tipo de papilas han disminuido en número, o se han acortado y observar si hay datos de inflamación en las papilas restantes.

Dí Palma sugiere una clasificación para los cambios linguales de tipo atrófico:

- 1) Papilas normales en cuanto a número y estructura.
- 2) Descamación con gran disminución del número de papilas filiformes pero con papilas fungiformes normales.
- 3) Atrofia, con falta completa de papilas filiformes y disminución importante (hasta falta completa) de las papilas fungiformes. Las papilas caliciformes y foliadas no intervienen en estos cambios atróficos.

Los cambios de color de la lengua también pueden deberse a variaciones del lecho capilar subyacente, opacidad de la capa superficial (en general, ligada con la longitud de las papilas filiformes), tinción de las papilas por sustancias exógenas, o una combinación de estos factores.

Para estudiar el tono muscular de la lengua. Recurrimos a la palpación bidigital o bimanual. El tono disminuye en las anemias secundarias y en ciertos trastornos neurológicos o de tipo de distrofia muscular. Una consistencia fibrosa difusa debe hacernos a la mente la glositis esclerosa intersticial de la sífilis.

Las cicatrices locales son comunes en la epilepsia. También debemos examinar la lengua por observación directa y pal-

-pación bídigital en busca de lesiones superficiales o intramusculares. La palpación debe ser cuidadosa, para reconocer lesiones ocultas o silenciosas en la profundidad de la lengua.

Los tumores malignos suelen ocupar los bordes o la superficie inferior de la lengua, aunque más tarde pueden invadir la cara superior.

Debemos pedirle al paciente que lleve la punta de la lengua hacia el paladar para examinar mejor la superficie inferior de la lengua y del espacio sublingual; luego que la saque al máximo por el lado derecho de la boca, para observar su borde izquierdo y viceversa.

Los cambios linguales más importantes suelen relacionarse con problemas generales, como deficiencia nutricional, trastornos circulatorios, alteraciones de glándulas, erupciones medicamentosas, sífilis, tuberculosis, infecciones por hongos y actinomicosis.

Los cambios de la lengua son muy importantes para el diagnóstico precoz de las anemias. En las anemias secundarias frecuentes (deficiencia de hierro), hay atrofia de la capa de recubrimiento y el órgano es pálido y flojo. El dolor y ardor de la lengua acompañados de un color rojo intenso en la punta y en los bordes, pueden ser los primeros síntomas y signos de la anemia perniciosa.

Las manifestaciones bucales de gran número de erupciones dermatológicas pueden presentarse en la lengua inclusive limitarse a ella.

LAS LESIONES LINGUALES se dividen en:

- 1.-Anomalías del desarrollo.
- 2.-Glositis migratoria benigna.
- 3.-Lengua negra vellosa.
- 4.-Lengua dolorosa y ardorosa (Glosodinia y Glosoporosis).
- 5.-Alteraciones de la capa superficial.
- 6.-Impresiones dentales sobre la lengua.
- 7.-Lesiones traumáticas del órgano.
- 8.-Otras lesiones.

ANOMALIAS DEL DESARROLLO.

Las anomalías del desarrollo más importantes de la lengua incluyen:

- a) Anquiloglosia (frenillo corto).
- b) Lengua bifida.
- c) Surcos o fisuras linguales.
- d) Glositis romboides media.
- e) Macroglosia.
- f) Quistes tiroglosos.
- g) Tiroides lingual.

La anquiloglosia y la lengua bifida son consideradas como anomalías menores del desarrollo.

LA ANQUILOGLOSTIA es la consecuencia de un frenillo lingual demasiado corto. Esta anomalía es relativamente rara. La anquiloglosia parcial no tiene ningún significado clínico. Es raro que este trastorno llegue a dificultar el habla. Solo en cuatro de cada 1000 pacientes con anomalías de lenguaje se pudo atribuir el trastorno

a un frenillo demasiado corto (fig. 1). Cuando la anomalía es grave es posible corregir quirúrgicamente el frenillo lingual.

LA LENGUA BIFIDA con dimensión simétrica de la punta de la lengua a consecuencia de fusión incompleta de las mitades laterales del órgano, constituye una rarísima anomalía del desarrollo y no pasó de ser una curiosidad clínica.

FISURAS LINGUALES ANORMALES. (Lengua acanalada o escrotal)

Las fisuras anormales de la lengua constituyen una de las anomalías de desarrollo más comunes de este órgano; se observan hasta un 10 por 100 de la población general.

La anomalía se encuentra en niños, incluso a veces en lactantes; pero es más frecuente en el adulto. Se sabe que las fisuras anormales de la lengua constituyen una característica familiar.

Se ignora por qué razón exacta la lengua de un individuo dado presenta un aspecto fisurado anormal. En general se trata de una anomalía del desarrollo. El hecho de que la profundidad de los surcos o fisuras aumente con la edad en ciertos individuos podría hacer dudar de que la lesión tenga siempre su origen en el desarrollo embrionario.

Generalmente es de tipo falaceo y las fisuras se observan en el dorso de la lengua, hay macroglosia (aumento en el tamaño de la lengua) indentaciones en los bordes de la lengua, puede ser congénita y adquirida; como en el caso del mongolismo y en casos de enfermedades como; la escarlatina, sífilis y tifoidea.

En animales de experimentación con alimentación deficiente en complejo "B", se demostró división de la red de Malpighi, formandose

fisuras. Stein demostró que los pacientes que recibían pocas protelinas y poco complejo "B" durante noventa días presentaban fisuras clínicas de la lengua.

Pueden variar la longitud, el número y la profundidad de los surcos, así como su disposición en la cara superior del órgano; pero en general son simétricos. Las fisuras pueden disponerse longitudinalmente distribuyéndose en forma ramificada como una red venosa, o formar a veces ángulos rectos con los bordes de la lengua. No es raro encontrar una distribución similar en miembros de una misma familia.

Con frecuencia el paciente ignora que presenta surcos o fisuras anormales de la lengua, pues dichos surcos se ven difícilmente, salvo si los bordes del órgano se doblan hacia abajo.

Por esta razón el paciente puede afirmar que las zonas fisuradas aparecieron después de una quemadura química o térmica de la lengua o de alguna otra lesión como la glositis migratoria benigna; en la mayoría de las ocasiones es muy difícil de convencer al paciente que estas lesiones suelen originarse durante el desarrollo. A veces se presenta una leve inflamación en las fisuras, debido a desdoblamiento microbiano de restos de alimentos; este trastorno se acompaña de molestias variables, aunque no exista verdadero dolor. Si hay dolor los pacientes muchas veces empiezan a temer una lesión precancerosa o maligna. De hecho, la lengua con fisuras -- anormales no tiene ningún significado patológico.

Algunos clínicos opinan que este estado predispone a la glositis migratoria benigna simultánea, y contribuye a la localización lingual del liquen plano. Se ha establecido clínicamente una asocia-

ción frecuente de fisuras anormales de la lengua y glositis migratoria benigna.

Cuando aparecen síntomas dolorosos en las zonas de fisura, los bordes de la lengua deben desplazarse hacia abajo estando la lengua ligeramente fuera de la boca. Se pueden limpiar las fisuras con una solución de peróxido de hidrógeno al 3 por 100 para eliminar los restos de alimentos, etc. Se puede aplicar también a las zonas inflamadas un antibacteriano leve (R núm 3 ó R núm.2). También resulta calmante un enjuague tibio (R núm.6) o una aplicación de leche de magnesia sobre la lengua de cuando en cuando.

GLOSITIS ROMBOIDE MEDIA.

La glositis romboide media es una anomalía del desarrollo de la lengua que puede plantear problemas de diagnóstico diferencial. Este nombre proviene de la existencia en la línea media un poco por delante de la V invertida formada por las papilas caliciformes, de una zona romboide, o en forma de diamante, desprovista de papilas. Esta zona es lisa, generalmente un poco elevada, a veces con lóbulos o pelotones, y suele mostrar un color rojo más intenso que destaca claramente sobre el rosa pálido de los tejidos linguales normales que la rodean.

La glositis romboide media se encuentra principalmente en el hombre de 78 a 80 por 100 de los casos en ciertas series y suele diagnosticarse entre los 30 y 40 años. Su frecuencia va de 1.14 por 100, y la mayor parte de autores aceptan una cifra media de 2.4 por 100 en la población joven de Estados Unidos de Norteamérica.

La anomalía se debe a una parte del tubérculo impar que nace del piso de la faringe, entre los arcos branquiales primero y segundo. Este resto del tubérculo medio puede considerarse como base o raíz de la lengua, desprovista de papilas, la glositis romboide media tiene la misma consistencia muscular que el resto de la lengua. La lesión suele ser indolora, salvo en casos de inflamación secundaria de las zonas fisuradas.

En general, la glositis romboide media se descubre accidentalmente durante un examen de la boca, Si la lesión es de gran tamaño, y en especial cuando presenta un contorno fisurado o sobresaliente, existen cambios inflamatorios leves, con el dolor correspondiente y en ocasiones hemorragia submucosa; esto puede hacer pensar en neoplasia. Si la lesión es dolorosa, el paciente suele acudir al consultorio para que se estudie la naturaleza y el significado de la lesión resultando a veces que el dentista o médico desconozcan esta anomalía del desarrollo lo que hace que se aumente el temor del paciente a que sea un tumor maligno,

Estas lesiones tienen mucha importancia sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, Habitualmente es posible establecer el diagnóstico por la localización y las características generales (incluyendo el color), y la consistencia muscular de la masa carente de papilas que ocupa la porción posterior en la línea media de la lengua, Es preciso descartar un quiste del conducto tirogloso o una glándula tiroideas aberrante,

La glositis romboide media no requiere ningún tratamiento, salvo en caso de alteraciones inflamatorias leves en las fisuras. Pudiendo tomarse las mismas medidas descritas para las -

fisuras anómalas de la lengua. El aspecto de ciertas lesiones de glositis rombóide puede hacer sospechar un tumor maligno.

MACROGLOSTIA,

La macroglosia verdadera es común en el cretinismo y en el mongolismo.

Una lengua de gran tamaño en un individuo de habla lenta y difícil y de voz baja debe hacer pensar en cretinismo o mixedema.

La macroglosia puede provenir también de alteraciones de tipo linfangioma o hemangioma. Se observó macroglosia adquirida en casi el 40 por 100 de los pacientes con amiloidosis generalizada, la biopsia de la lengua demostró depósitos de sustancia amiloide en este órgano. Una lengua crecida puede afectar importantemente el desarrollo de la mandíbula y la oclusión.

OTRAS ANOMALIAS DEL DESARROLLO,

Pueden persistir en la lengua, un poco por delante de la V invertida formada por las papilas caliciformes, porciones aberrantes de glándula tiroidea.

En raras ocasiones se desarrolla un quiste en la porción lingual del conducto tirogloso, lo que produce una masa compresible en la parte media de la lengua, un poco antes de las papilas caliciformes. Si el quiste muestra infección secundaria, el paciente se aqueja de intensos dolores. Estas lesiones deben distinguirse de la glositis rombóide medía.

C A P I T U L O I I I .

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.

(GMB)

(lengua geográfica, erupción migratoria)

Es mejor hablar en estos casos de glositis migratoria benigna que de lengua geográfica o de erupción migratoria. Además el adjetivo benigno tiene un valor terapéutico considerable. Se ignora la etiología del trastorno, aunque se ha pensado en una posible disminución de la enzima queratinasa .

Se presenta de preferencia en niños y adultos jóvenes, y algunos la consideran dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre. En ocasiones la anomalía se presenta solo durante las reglas. Los individuos con problemas alérgicos parecen más expuestos a la enfermedad.

En opinión de Redman y Col., quienes llevaron a cabo amplios estudios al respecto, la tensión emocional o la ansiedad prolongada podrían desempeñar un papel en la etiología de la glositis migratoria benigna. Otros dicen que podría ser hereditario, lo que si se puede asegurar es que la glositis migratoria benigna no obedece a ninguna infección por bacterias o por hongos.

Rara vez identifica el paciente las lesiones de la glositis migratoria benigna, salvo en casos de prurito o ardor acompañantes de las zonas afectadas. Las lesiones suelen ser múltiples, y su aspecto varía enormemente de un paciente a otro, y de un día a otro en el mismo paciente.

Las lesiones se inician como manchas blandas rosas o

rojas, de contornos irregulares, que carecen de papilas filiformes y fungiformes. Las lesiones mayores pueden alcanzar dos o tres centímetros de diámetro. Los bordes son netos y se presentan como halos inflamatorios más allá de los cuales las papilas sanas son un poco más altas que normalmente, y de color amarillento.

Como características todavía sin explicación de esta enfermedad, deben citarse los contornos irregulares y las zonas desprovistas de papilas que crecen y cambian de lugar. Los bordes de la lesión típica de glositis migratoria benigna pueden variar hasta 6 mm en 24 horas. La duración de una lesión sobre una zona dada de la superficie lingual va de 3 a 7 días. Al unirse varias de estas lesiones cambiantes y crecientes de glositis migratoria benigna, se observa en el dorso de la lengua un aspecto de mapa que dio lugar al nombre de "lengua geográfica".

El dolor o ardor constituye un síntoma variable. Es más frecuente cuando las lesiones presentan un componente inflamatorio importante. La molestia aumenta al ingerir alimentos condimentados, ensaladas, bebidas gaseosas o alcohólicas, y al fumar. Si los agentes causales se eliminan de momento, no se requiere tratamiento específico del dolor y de la molestia. La persistencia de estas lesiones dolorosas y que cambian de lugar en el dorso de la lengua constituye un gran problema para el paciente. En muchos casos aparece una cancerofobia difícil de vencer.

El diagnóstico de glositis migratoria benigna es bastante fácil. Estas lesiones deben distinguirse de las posibles zonas fijas desprovistas de papilas que pueden llegar a obser---

varse en lenguas normales en otros aspectos. También deben distinguirse del trastorno persistente del mismo tipo que presenta el anciano, parece ser debido a una insuficiencia vascular localizada.

En algunos casos, el líquen plano o las primeras etapas de una leucoplasia de la lengua pueden constituir un problema de diagnóstico diferencial en el adulto. Observando todos los días la distribución de las lesiones sobre la superficie lingual es posible descartar el líquen plano si la distribución cambia con frecuencia.

En general es posible eliminar clínicamente la leucoplasia inicial, pues en este caso las zonas amarillentas carecen totalmente de papilas.

Mientras que las zonas amarillentas periféricas de la glositis migratoria benigna corresponden a papilas y restos diversos.

Las lesiones que acompañan a las erupciones medicamentosas pueden parecerse a las de la glositis migratoria benigna, pero suelen ser . . . dolorosas, y frecuentemente presentan cambios hemorrágicos. En muchos casos pueden descartarse las erupciones medicamentosas sobre la base del interrogatorio.

La glositis migratoria benigna no requiere ningún tratamiento específico. El trastorno cede espontáneamente, y al ir creciendo o envejeciendo el sujeto, la enfermedad se hace menor desapareciendo muchas veces por completo.

No se conocen secuelas graves. En un paciente muy temeroso, debe rá repetirse una y otra vez que el trastorno no es precanceroso.



Anguilliglossa



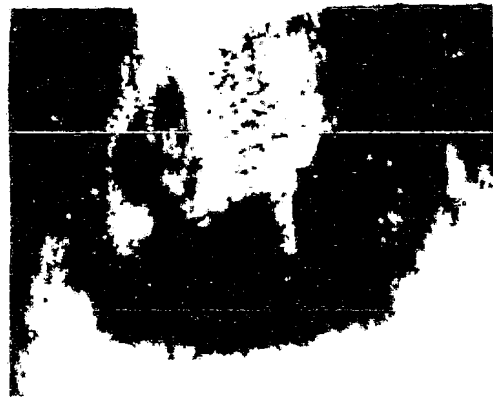
Glandula metatérica
benigna, nótese las
zonas de contorno
irregular patente de
papilas.



Glandula metatérica.



Lesiones típicas de la glandula metatérica benigna
(zonas sin papilas)





Lesión pequeña de glositis romboidal media.



*Lesión elevada y profunda de glositis
romboidal media.*

LENGUA NEGRA VELLOSA
(LINGUA NIGRA)

La lengua negra verdadera es un trastorno caracterizado por alargamiento de las papila filiformes, y desarrollo de un hongo que produce un pigmento negro. Cuando las papilas filiformes alcanzan 3 mm de longitud, o más, se habla de lengua vellosa anormal.

Se debe distinguir de la pseudolengua negra, que es un cambio de color de la capa superficial debido a frutas, dulces, medicamentos o fármacos, o de la pigmentación superficial debida a descomposición de la sangre.

El color anormal de la lengua suele depender de substancia extraña. Casper opina que si no se aíslan de la lengua bacterias u hongos productores de pigmento negro, el trastorno debe considerarse una pseudolengua negra. Se observó que al bajar el pH de la lengua ofrecía más resistencia el órgano al desarrollo de lengua negra.

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

Weidman aisló de un paciente con lengua negra un *Streptothrix*.

Kennedy y Howles observaron dos pacientes con lengua negra vellosa que desarrollaron esta enfermedad poco tiempo después de haber dejado cigarrillos sobre una superficie mohosa; se aisló *Monilia albicans* de las lesiones linguales y también de los lugares donde se habían colocado los cigarrillos.

Bedfor señaló aparición de lengua negra durante la aplicación local de trociscos a base de penicilina. Ellinger y -

Stattock observaron también esta anomalía durante la terapéutica con penicilina por vía bucal; las lesiones aparecieron al aplicar un segundo tratamiento con penicilina. Se tiene conocimiento de cambios similares con tetraciclina, y con griseofulvina.

La aparición de lengua negra en caso de terapéutica con antibióticos podría obedecer a disminución de los productos de la flora bucal simbiótica normal, que inhibe el desarrollo de hongos y la formación de esporas. Además ciertos antibióticos como la aureomicina estimulan el desarrollo de las levaduras. Si aparece lengua negra vellosa durante un tratamiento, suele volverse a presentar al emplear de nuevo este antibiótico.

La lengua negra afecta en general a adultos jóvenes de sexo masculino. El paciente no suele mostrar síntomas subjetivos. En ocasiones, las papilas filiformes larguísima^s tocan el paladar o el techo de la boca, y producen hormigueo o nduseas. A veces se desprenden las papilas hiperplásicas, hiperqueratinizadas y coloreadas.

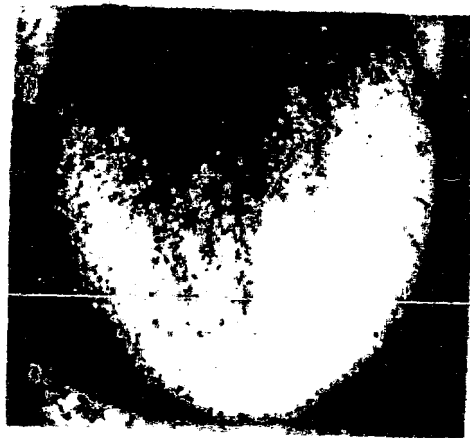
En general esta condición es descubierta accidentalmente por el paciente, o sus amigos o su dentista le hace notar lo que le pasa.

La lengua negra ~~no~~ es inofensiva y suele curarse espontáneamente. No es necesario suspender el antibiótico causal. A menudo, el trastorno resiste al tratamiento. El paciente debe someterse a un tratamiento activo aunque solo sea por razones psicológicas.

Prinz sugiere eliminar las papilas alargadas frotando la lengua con una solución de ácido salicílico al 10 a 15 po 100 en alcohol.

La solución frecuente de una solución acuosa de 20 por 100 de ca
prilato de sodio como fungicida es muy eficaz. También se puede
probar una suspensión de nistatina.

Se debe de indicar al paciente que cepille el dorso
de la lengua durante cinco minutos dos o tres veces a día.



Lengua negra verdadera.

GLOSOPIROSIS-GLOSODINIA
(lengua dolorosa y ardorosa)

El dolor o ardor de la lengua es un complejo sintomático que puede resultar muy molesto para el paciente, el médico y el dentista.

La lengua dolorosa o ardorosa puede constituir una manifestación temprana, en general inespecífica, de un trastorno general; puede ser también de origen local, o incluso psicógeno. La glosodinia se acompaña frecuentemente de sequedad de la boca. Pueden existir agentes etiológicos múltiples, y el reconocerlos todos pone a dura prueba la paciencia y la imaginación del clínico.

Cuando el paciente empieza a relatar sus males, se descubre pronto que padece en general de todas las enfermedades reales o imaginarias, también con complicaciones reales o imaginarias. Se trata de pacientes nerviosos y tensos en quienes los factores irritativos locales desempeñan un primer plano; muchas veces la glosodinia es de origen psicósomático. En mujeres menopáusicas, puede relacionarse con cancerofobia. En la parálisis agitante, alcoholismo crónico, neurosis de ansiedad y esclerosis múltiple, puede encontrarse glosodinia acompañada de temblor de la lengua.

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

- 1) En un primer grupo, el dolor o ardor de la lengua corresponde a cambios clínicos observables de este órgano.
- 2) En el otro grupo, estos síntomas no se acompañan de cambios

clínicos reconocibles.

DOLOR O ARDOR DE LENGUA CON CAMBIOS CLÍNICOS OBSERVABLES.

Los síntomas pueden corresponder a varias enfermedades generales, como deficiencia nutricional de complejo "B", anemia perniciosa, anemia por carencia de hierro, diabetes no diagnósticada o deficiencia gonadal.

Los factores irritantes locales pueden corresponder a costumbres particulares, disposición irregular de los dientes inferiores, a veces con grandes depósitos calcáreos, prótesis o dispositivos ortodónticos, medicamentos, pastas dentífricas, y en algunas mujeres alergia a los productos de belleza, la situación y extensión de la lesión irritativa y a veces los cambios atróficos que la acompañan, son factores importantes para establecer -- una posible causa local de irritación de la lengua.

Los síntomas de lengua ardorosa y dolorosa que se acompañan de cambios generales de color, a veces con atrofia papilar, deben hacer pensar en un trastorno general. En ocasiones pueden ser útiles la distribución y el color de las lesiones para reconocer la etiología.

En la anemia perniciosa, la punta de la lengua y los bordes presentan un color rojo intenso, y el dolor muestra episodios espontáneos de remisión y exacerbación muy típicos.

Las deficiencias nutricionales de complejo B se acompañan de atrofia más amplia y generalizada de las papilas linguales, mostrando además la lengua, como regla, un color rojo o púrpara. En los lugares donde existe un contacto con los dientes, pueden encontrarse pequeñas erosiones o úlceras sobre los bordes

del órgano.

Las alteraciones lingüales relacionadas con deficiencia gonadal se parecen a las que se observan en la carencia leve de complejo "B".

Los enfermos con diabetes no diagnosticada pueden sufrir sensación de ardor en lengua y mucosa bucal. Estos tejidos pueden mostrar un color rojo intenso.

Las anemias por deficiencia de hierro se acompañan también de sensación ardorosa en la lengua, con atrofia general de las papilas superficiales, disminución del tono muscular y palidez del órgano.

En primer lugar, deben buscarse cuidadosamente factores irritativos locales, como posición defectuosa de dientes anteriores en la mandíbula, o cálculos sobre sus superficies lingüales; deben buscarse también posibles "hábitos lingüales", o dispositivos protéticos u ortodónticos o restauraciones mal hechas. Con frecuencia, los pacientes frotan inconscientemente la punta de la lengua contra las superficies lingüales de los dientes cuando se sienten nerviosos, están tensos o cuando "se concentran".

Esta costumbre da lugar a síntomas y signos semejantes a los que acompañan a la anemia perniciosa.

Muchas veces la identificación y corrección de estos factores locales permite suprimir los síntomas.

Entre otras causas de síntomas lingüales se cuentan el exceso de tabaco en ocasiones (de ciertas marcas en particular) y el empleo excesivo de bebidas alcohólicas o alimentos muy condimentados. Con frecuencia se encuentran en la lengua "erupciones -

medicamentosas fijas". Cabe observar lengua dolorosa y ardorosa en caso de alergia por contacto con lápiz labial, cremas dentífricas, bases de dentaduras o enjuagues bucales.

Los enfermos con lengua dolorosa y ardorosa ameritan una historia clínica completa y una evaluación clínica de su alimentación para poner de manifiesto otros síntomas y signos de enfermedad general que pudiesen explicar los síntomas linguales. Están indicadas una biometría completa y las pruebas apropiadas para glucosa en orina, para reconocer una anemia leve y una posible diabetes.

La causa de las lesiones linguales pueden plantear un problema diagnóstico muy difícil, pero hay que ser prudentes al adelantar una explicación psicógena de las lesiones cuando se observen lesiones en la lengua.

El tratamiento busca eliminar los factores irritantes locales. Debe darse atención especial a la identificación y corrección de ciertos hábitos que puedan producir irritación lingual. Es posible emplear un antimicrobiano no irritante, fundamentalmente por su efecto psicológico.

Los pacientes con lesiones irritativas linguales consiguen muchas veces un alivio sintomático mascando parafina ordinaria y cubriendo con la parafina resblandecida las zonas irregulares de los dientes. De esta manera la lengua puede descansar sobre una superficie lisa, y podrá suministrarse una cubierta caliente al órgano.

No debe emplearse para ello goma de mascar ordinaria, ni goma de mascar que contenga aspirina, por la posible acción irritante de

los agentes que contienen de los medicamentos, o de la base ligeramente abrasiva de las gomas de mascar del comercio.

Tanto el paciente como el médico deben pasar en revista varias enfermedades generales si el paciente aqueja lengua dolorosa y ardorosa, y si se observan lesiones linguales durante el examen clínico. Los trastornos más comunes son la deficiencia de complejo vitamínico B, una neuropatía por diabetes no diagnóstica, la anemia perniciosa y las anemias por deficiencia de hierro y con menor frecuencia el síndrome de Sjogren, la deficiencia gonadal es una causa poco frecuente de este cuadro.

En ocasiones el médico puede prescribir un ensayo terapéutico con algún agente que libere HCl, como el clorhidrato de ácido glutámico. Caso de que el paciente presente aclorhidia. En estos casos el pronóstico depende de la capacidad del clínico para diagnosticar y tratar eficazmente una enfermedad general y para reconocer y eliminar cualquier factor irritante local superpuesto.

En general, el pronóstico es mejor en pacientes con lesiones linguales observables que cuando faltan tales lesiones, pues suele tratarse de una enfermedad orgánica o de un hábito especial, lo que abre la posibilidad de reconocer y corregir el defecto. La cancerofobia no parece constituir un problema importante en estos pacientes.

LENGUA ARDOROSA O DOLOROSA SIN CAMBIOS CLINICOS OBSERVABLES.

Este grupo es mayor que el anterior. El cuadro es más frecuente entre los 40 y 70 años, y los pacientes son principalmente mujeres menopáusicas. El dolor puede constituir una manifes

-tación de algo que se encuentre reprimido en la conciencia del paciente, no es raro que exista también insomnio. Se dijo que algunos de estos sujetos sufrían de una vida marital y sexual mal ajustada. Son individuos preocupados y ansiosos, generalmente con temor al cáncer.

Constituye un verdadero problema terapéutico para el médico y el dentista. En muchos casos el ardor de boca es un síntoma de depresión. Otras veces parece debido a tensión psicológica es más común en la mujer que en el hombre. El inicio del problema puede coincidir con la muerte o enfermedad grave de un ser querido o con la jubilación, el miedo al cáncer o la ansiedad general.

La observación central en estos pacientes es que faltan lesiones clínicamente visibles que expliquen los síntomas. Aunque no se encuentren lesiones, los pacientes "sienten" dolor. A menudo, la punta de la lengua es lisa por frotamiento contra los dientes. Una característica común es que el dolor sufrido no interfiere con la alimentación, ni con el sueño en general; solo existe durante el día, en especial cuando el paciente está cansado o la mente no está ocupada, y la distribución del dolor no corresponde a ningún esquema anatómico clásico.

Estos pacientes son muy sensibles a la sugestión, y en general mencionan síntomas que resultan anatómicamente imposíbles. Es típico de estos casos una larga lista de consultas médicas y odontológicas previas, y una enumeración detallada de cada uno de los tratamientos (sin ningún éxito). Si se obtiene información de este tipo durante el interrogatorio, el dentista debe esperar un problema terapéutico muy difícil.

Las anomalías del gusto suelen ser la regla, más que la excepción, y el paciente se queja de un sabor agrio, o a veces un sabor salado metálico. Es muy difícil corregir estos síntomas cuando no corresponden a la administración de metales pesados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

No es imposible que los pacientes que presentan estos síntomas sufran una diabetes no diagnosticada, una anemia secundaria, o una anemia perniciosa en sus principios, no habiendo aparecido todavía los cambios linguales típicos. Por esta razón, y por su importante efecto psicológico, deben hacerse una biometría completa, un examen de orina, y deben investigarse con cuidado los antecedentes nutricionales.

En raros casos, el ardor y las neuralgias linguales, y de superficies internas de los maxilares, pueden corresponder a disminución del espacio intermaxilar. La falta de prótesis, o la falta de un mantenimiento periódico de las prótesis, existentes, pueden explicar este síndrome. Se trata de una causa rarísima de lengua ardorosa y dolorosa. Las lesiones que afectan el tejido linfóide en la base de la lengua pueden producir un dolor reflejo que irradia a la parte anterior del órgano. Este dolor más constante debe distinguirse de la neuralgia glossofaríngea, que se caracteriza por crisis dolorosas intensas inmediatamente después de la estimulación de ciertas zonas de la región posterior de la lengua, en general por deglución de alimentos.

TRATAMIENTO.

En primer lugar, debe explicarse al paciente el resultado de los primeros estudios diagnósticos. Es importante in-

-sistir en que el exámen de la lengua no reveló ninguna causa posible de los síntomas dolorosos.

El médico o el dentista no deben decir al paciente que los síntomas que presentan son imaginarios; ni tampoco menospreciar la opinión del paciente sobre la causa del dolor. Esto solo lograría exasperar al enfermo, para quién el dolor es muy real. Pero el dentista debe dar alguna interpretación sobre la presencia de síntomas en ausencia de cambios observables. Puede explicar que a veces se siente "dolor en la lengua sin cambios superficiales del órgano, así como en la "ciática" hay dolores de las piernas sin ningún cambio de la superficie del miembro. Esto debería convencer al paciente de que la aplicación externa de fármacos o enjuagues diversos no podrá aliviar el "dolor". Debe eliminarse cualquier factor irritante local, insistiendo en que el paciente habrá de respetar una buena higiene bucal. Aún sin pruebas clínicas de irritación, puede ser útil que el enfermo deje de fumar por un tiempo.

El empleo de cera de parafina a veces logra cierto alivio sintomático, pero no suele ser definitivo.

Muchos de estos enfermos son ejemplos de dolor de origen psicógeno, o los síntomas pueden considerarse de naturaleza histérica o ligados con ciertas situaciones. En estos casos, la psicoterapia realizada por un neuropsiquiatra experimentado puede obtener una mejoría. En general el paciente no acepta fácilmente visitar al psiquiatra, y muchas veces se molesta; en cambio acepta más fácilmente acudir a un "neurólogo".

A juzgar por la respuesta terapéutica a la administra

-ción de complejo vitamínico B, algunos pacientes con ardor y dolor lingual idiopático presentan en realidad las primeras manifestaciones de una deficiencia nutricional latente. Si hay razones para sospechar una deficiencia nutricional, pueden ser eficaces dosis elevadas de complejo "B" (tres cápsulas diarias de algún preparado del comercio).

Esta terapéutica no debe emplearse sin indicación clara. Si no se encuentra ninguna base orgánica para el dolor, es prudente no recomendar ni prescribir tratamiento. El empleo continuo de un lavado bucal después de otro no logra ninguna curación, y puede dar lugar a irritación química de la lengua y la mucosa bucal.

El empleo constante de antibióticos o antimicrobianos tampoco es benéfico, y puede agravar el cuadro. De ser posible debe lograrse colaboración del psiquiatra sin que lo sepa el paciente.

El dentista debe volver a examinar al enfermo a intervalos fijos para calmar sus temores y asegurarse de que no aparecieron en la lengua lesiones que hagan pensar en una base orgánica de los síntomas,

ALTERACIONES DE LA CAPA SUPERFICIAL DE LA LENGUA.

El estudio de la capa superficial de la lengua es un ritual conu
cido y antiguo en cualquier exploración general o exámen de la
boca.

Ciertas enfermedades generales pueden acompañarse de
cambios de la lengua. En la glositis atrófica, la cubierta protec
tora de la lengua es inadecuada. Pueden aparecer lesiones de hi
perqueratosis por irritaciones menores. Los estudios estadísticos
no lograron descubrir una predisposición a las lesiones malignas
en las lenguas atróficas.

ATROFIA DE LA CUBIERTA SUPERFICIAL DE LA LENGUA.

La atrofia de las papilas filiformes y fungiformes tiene mayor
importancia clínica que una lengua con cubierta anormal.

En los últimos años de la vida, la cubierta de la lengua va dis
minuyendo, y también el tono muscular del órgano.

Los cambios atróficos que no guarden proporción con la
edad del paciente o las costumbres locales suelen tener un origen
y un significado generales. Ciertos factores fisiológicos pueden
afectar también la cubierta lingual, que siempre es más pronuncia
da en la mañana, después de una noche de sueño, cuando los tejidos
de la cavidad bucal se encuentran en relativo estado de reposo.

Cuando hay atrofia de la capa que recubre la lengua
desaparecen primero las papilas filiformes, y luego las fungifor
mes. Si el trastorno no es muy grave ni muy prolongado, las papi
las se regeneran apareciendo primero las fungiformes, y luego las

filiformes. Las papilas caliciformes y foliadas no participan de estos cambios.

Estos dos últimos tipos pueden considerarse como estructuras anatómicas más o menos constantes.

Los cambios atróficos de las papilas pueden deberse a una deficiencia de uno o varios sistemas enzimáticos de oxidasa.

La falta de hierro o la incapacidad de utilizar este elemento, - transforma la función de las enzimas de citocromos o de Warburg.

La deficiencia de ácido nicotínico o la falta de riboflavina impide la función de los sistemas enzimáticos a base de flavina y piridina. La experiencia clínica verificó estas hipótesis, que explican por qué se encuentran cambios linguales atróficos semejantes en diversas enfermedades generales.

No debe subestimarse la importancia de las anemias por falta de hierro, como causa de alteraciones atróficas de la lengua.

En las primeras fases de la anemia hipocrómica, los bordes de la lengua son rojos, pero más tarde la cara superior y los bordes del órgano se vuelven atróficos, de color pálido, perdiéndose el tono muscular normal. La anemia simple por falta de hierro suele responder bien a la administración de sulfato ferroso. También puede haber atrofia de la capa superficial de la lengua en pacientes con deficiencia circulatoria o menor reserva de oxígeno. El órgano suele mostrar atrofia intensa, y es de consistencia - blanda. La atrofia de las capas superficiales de la lengua debida a deficiencia nutricional suele mostrar cambios inflamatorios variables.

Una lengua atrófica de color magenta debe hacer pensar en deficiencia de riboflavina.

Una lengua lustrosa rojo brillante, es en ocasiones el primer indicio de pelagra o deficiencia de ácido nicotínico. Es común la atrofia de la capa superficial de la lengua, en la anemia perniciosa y en las anemias debidas a parásitos. La glositis atrófica forma parte del síndrome de Plummer-Vinson, también se observa en el alcoholismo crónico.

AUMENTO DE LA CAPA SUPERFICIAL DE LA LENGUA.

La capa superficial de la lengua consta de bacterias, pequeñas partículas de alimento y epitelio queratinizado descamado, sobre las papilas filiformes y entre ellas. El espesor de esta capa varía con los individuos, y en un individuo dado, en distintos momentos del día. Ehrlich y Ehert encontraron que la superficie superior de la lengua mostraba una cornificación normal a partir de la infancia, que aumentaba progresivamente hasta los 65 años disminuyendo rápidamente después. La región anterior del órgano muestra una mayor proporción de cambios inflamatorios porque queda expuesta a irritación traumática, y su queratinización es un poco menor.

Cualquier problema local o general que trastorne la fisiología bucal normal y altere los mecanismos habituales de limpieza puede dar lugar a un aumento anómalo de la capa superficial. Las enfermedades febriles comunes, una alimentación blanda o líquida, una mala higiene bucal, una menor producción de saliva por fiebre y deshidratación general, favorecen la producción de una capa lingual de mayor espesor. La fermentación y descomposición de

alimentos en caso de una lengua muy cargada puede dar lugar a halitosis. Asimismo, esta capa espesa puede adquirir varios colores por alimentos ingeridos, fármacos, tabaco, o microorganismos.

Si se expone la cara superior de la lengua a luz ultravioleta, se produce una fluorescencia anaranjada rojiza. Esta fluorescencia se encuentra en la mayor parte de individuos sanos la falta de fluorescencia es más común al aumentar la edad del paciente.

La fluorescencia parece deberse a producción de porfirina por microorganismos de la boca. La administración de antibióticos suprime la fluorescencia por su acción antimicrobiana. Por mucho tiempo, la presencia de una capa anormal sobre la lengua se consideró sinónimo de trastornos de vías digestivas.

Las sustancias que liberan oxígeno, como el peróxido de hidrógeno y el perborato de sodio, pueden estimular el desarrollo de las papilas filiformes en ciertos pacientes, produciéndose una cubierta lingual anormal que en ocasiones puede mostrar también una pigmentación negra.

Los vómitos que acompañan a la obstrucción pilórica o intestinal se acompañan siempre de lengua cargada, pero los vómitos del embarazo no suelen producir este estado. Los individuos que respiran por la boca o que duermen con la boca abierta muchas veces presentan una cubierta lingual excesiva.

La aparición de la cubierta lingual se puede explicar fácilmente por cambios del ambiente y trastornos fisiológicos. Se trata de un fenómeno continuo. En general esta capa es eliminada por el flujo salival junto con la abrasión que acompaña al hablar

y al masticar.

La masticación de los alimentos es un factor importante para la eliminación de estas sustancias acumuladas, pues durante la formación del bolo alimenticio y su paso por la farínge se desgastan y acortan mucho las papilas.

Cuando se recobra el ambiente fisiológico característico de la cavidad bucal, suele desaparecer la cubierta lingual anómala. Ayuda mucho a eliminar esta cubierta excesiva una ligera limpieza de la cara superior de la lengua en el momento de cepillarse los dientes.



*cubierta lingual anormal de color
pardo debida a la terapéutica con
penicilina.*

IMPRESIONES DENTALES SOBRE LA LENGUA.

Pueden aparecer muescas o crenaciones sobre los bordes de la lengua, en los puntos donde el órgano toca las superficies linguales de los dientes. Estas señales pueden corresponder a varias enfermedades generales.

Cualquier fenómeno inflamatorio que produzca crecimiento de la lengua puede acompañarse de relieves de este tipo. Lo mismo ocurre en caso de hábitos anormales de manejo del órgano (presión). Es común este cuadro en la gingivostomatitis ulceronecrotica aguda, la estomatitis herpética y el eritema multiforme.

En la estomatitis grave por bismuto, es frecuente que las zonas estén pigmentadas.

Los pacientes con macroglosia muestran muchas veces muescas de este tipo. También son más frecuentes cuando los dientes del maxilar inferior faltan o son irregulares.

Estos relieves no guardan relación diagnóstica con ninguna enfermedad particular, pero se les puede encontrar en hiponutrición de complejo vitamínico B, en diabéticos sin diagnóstico o mal controlados, en el mixedema y en variedades leves de hipertiroidismo.

Cualquier enfermedad que se acompañe de disminución del tono muscular, como la hipotensión arterial o la anemia por deficiencia de hierro, puede acompañarse de muescas dentales sobre los bordes de la lengua.

GLOSITIS DE MOELLER.

En este síndrome, se encuentran en la cara superior de la lengua zonas dolorosas bien delimitadas que carecen de papilas.

Estas lesiones pueden ser desde rojo brillante hasta rosa pálido es raro encontrar úlceras y sangrado. Las lesiones linguales antes descritas suelen acompañar a varios trastornos generales, principalmente la anemia perniciosa.

El síntoma más característico es un dolor quemante intenso. El inicio es progresivo y el trastorno se localiza en la zona de la lesión que generalmente se encuentra en la punta de la lengua. El dolor aumenta al ingerir alimentos o líquidos calientes con frecuencia los pacientes se quejan de pérdida del sentido del gusto.

Es raro que estas lesiones se extiendan y se confundan con la glositis migratoria benigna, en la glositis de Moeller se descarta el eritema multiforme y las erupciones medicamentosas de tipo fijo.

La glositis de Moeller es secundario a una enfermedad general, que debe buscarse para aplicarle tratamiento específico.

LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA

La lengua se lesiona con frecuencia al interponerse entre los dientes durante caídas, peleas, ataques epilépticos, mordeduras accidentales o a veces lesiones infligidas en el consultorio del dentista. Los traumatismos linguales graves se caracterizan por una hemorragia intensa.

Son frecuentes durante los ataques epilépticos las laceraciones linguales que producen cicatrices importantes a veces con deformidad. El hallazgo de cicatrices linguales debe hacernos pensar en antecedentes epilépticos, lo que permite a veces evitar situaciones muy desagradables, en especial si es preciso administrar anestesia general. Estas cicatrices deben distinguirse de las que se observan en la sífilis crónica (terciaria).

En ocasiones se producen traumatismos linguales durante intervenciones quirúrgicas sobre la boca. Las pinzas o elevadores pueden resbalar y lesionar la lengua; también puede haber laceración al fracturarse un diente. En general estas heridas sanan pronto gracias a la rica circulación lingual. Las heridas de la lengua siempre deben suturarse, aunque la hemorragia se pueda controlar sin recurrir a la sutura.



Lesión traumática de la lengua.

DOLOR EN PAPILAS FOLIADAS Y CALICIFORMES.

En ocasiones los pacientes de mediana edad aquejan lesiones dolorosas en las caras laterales de la lengua, cerca de su base. Un estudio cuidadoso de esta zona puede mostrar tejidos linguales inflamados, una papila caliciforme crecida, o papilas foliadas grandes e inflamadas. En este último caso se observan tres o cuatro pliegues verticales de mucosa en la parte posterior de los bordes de la lengua. El hábito de morder la lengua o frotarla contra los dientes o la prótesis parcial, esto tiene por resultado hinchamiento y dolor de los tejidos.

La palpación digital revela un borde dental rugoso o agudo. Muchas veces los síntomas desaparecen después de alisar y suavizar los bordes del diente con esmerilas y discos de papel, y de aplicar un astringente (R Núm 4).

Puede obtenerse alivio sintomático mascando parafina ordinaria y aplicando la parafina resblandecida alrededor de los dientes que producen la irritación. Se logra así una superficie lisa sobre la cual descansan las papilas inflamadas y se ejerce una acción calmante sobre la lengua.

También es posible que se desarrolle un carcinoma si existe una lesión ulcerada, estas lesiones deben considerarse malignas hasta que se pruebe lo contrario. Están indicados estudios de citología exfoliativa y biopsia.

C O N C L U C I O N E S .

LA ODONTOLOGIA DEBE INTERESARSE UN POCO MAS EN LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES Y NO LIMITARSE UNICAMENTE A LA EXTRACCIÓN Y RESTAURACIÓN DE LAS PIEZAS DENTALES, DEJANDO CASI SIEMPRE EN MANOS DEL MEDICO GENERAL, CASOS QUE UNICA Y EXCLUSIVAMENTE DEBIAN SER DEL CIRUJANO DENTISTA, COMO SON EN ESTE CASO LAS ENFERMEDADES DE LA LENGUA; PERO PARA LOGRAR ESTO DEBEMOS TOMAR MAS CONCIENCIA Y PREPARARNOS MEJOR, PARA PODERLES OFRECER A NUESTROS PACIENTES UNA - MEJOR ATENCION Y SERVICIO.

LOGRANDO PREVENIR PADECIMIENTOS QUE PUDIERAN AVANZAR Y DE ESTA MANERA CONTRIBUIR A UNA BUENA SALUD DE NUESTRA POBLACION.

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

- 1.-HISTOLOGIA 5a.EDICION ARTHUR W.HAM
2. ANATOMIA HUMANA Dr.FERNANANDO QUIROZ
3. COMPENDIO DE ANATOMIA HUMANA "APUNTES"
6. PROSTODONCIA TOTAL JOSE Y.OSAWA DEGUCHI.
7. MEDICINA BUCAL 6a.EDICION. BURKET.
8. APUNTES DE PATOLOGIA BUCAL.