

482



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PATOLOGIA LINGUAL
SIGNOS, SINTOMAS Y TRATAMIENTO**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

OLIMPIA HERNANDEZ HERNANDEZ



México, 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.

T E M A R I O.

CAPITULO I: GENERALIDADES.

- 1.1 Histología y Embriología
- 1.2 Anatomía y Fisiología
- 1.3 Irrigación e Inervación
- 1.4 Músculos principales
- 1.5 Observación clínica de la lengua normal

CAPITULO II: TIPOS DE GLOSITIS

- II.1 Glositis Agudas
 - a) Absceso de la lengua
 - b) Abscesos profundos intralinguales
 - c) Absceso de la amígdala lingual
 - d) Hemiglositis y edemas agudos de la lengua
- II.2 Glositis Superficiales
 - a) De Moller
 - b) De Hunter
 - c) Papulosa aguda de Michelson
 - d) Triangular posterior de Chevallier
 - e) De Hamin
 - f) Lengua negra pilosa
 - g) Acantosis de Nigricas
 - h) Estomatitis epidémica de los Senegales
 - i) Enfermedad de Riga

CAPITULO III: TRASTORNOS NERVIOSOS

- III.1 Glosodina
- III.2 Hemiatrofia lingual
- III.3 Disquinesias de la lengua

CAPITULO IV: ANOMALIAS DE DESARROLLO

- IV.1 Lengua hendida
- IV.2 Fisurada
- IV.3 Escrotal
- IV.4 Romboidal media
- IV.5 Geográfica
- IV.6 Aglosia
- IV.7 Microglosia
- IV.8 Macroglosia
- IV.9 Anquiloglosia

CAPITULO V: LESIONES LINGUALES EN LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

- V.1 Liquen plano
- V.2 Pénfigo
- V.3 Leucoplasia
- V.4 Eritema multiforme

CAPITULO VI: MANIFESTACIONES DE LA LENGUA CAUSADAS POR VIRUS Y FIEBRES ERUPTIVAS

- VI.1 Herpes simple
- VI.2 Varicela
- VI.3 Escarlatina
- VI.4 Vacuna
- VI.5 Viruela

CAPITULO VII: ENFERMEDADES INFECCIOSAS (no odontogénicas) Y SUS MANIFESTACIONES EN LA LENGUA

- VII.1 Sífilis
- VII.2 Histoplasmosis
- VII.3 Actinomicosis
- VII.4 Moniliasis

VII.5 Tuberculosis

CAPITULO VIII: ULCERACIONES DE LA LENGUA

VIII.1 Lesiones de Origen Traumático

CAPITULO IX: ALERGIAS A FARMACOS Y SU REPERCUSION EN LA LENGUA

IX.1 Estomatitis medicamentosa

- a) Penicilina
- b) Tetraciclina
- c) Estreptomina

IX.2 Glositis venenata

CAPITULO X: VARICOSIDADES DE LA LENGUA

CAPITULO XI: TUMORES BENIGNOS

XI.1 Quiste congénito de la base de la lengua

XI.2 Quiste mucoide de la cara

XI.3 Quiste inferior de punta de lengua

XI.4 Quiste dermoides

XI.5 Lipomas

XI.6 Linfangioma

XI.7 Papiloma

XI.8 Hemangioma

CAPITULO XII: CANCER DE LA LENGUA

XII.1 Etiología

XII.2 Diagnóstico

XII.3 Tratamiento

CAPITULO XIII: MANIFESTACIONES LINGUALES PRODUCIDAS POR DEFICIENCIAS VITAMINICAS

P R E F A C I O

Tomando en consideración que la Odontología es una rama de la medicina, presenta una serie de dificultades en cuanto a selección de tema por el amplio campo que tiene dicha ciencia; así me evocué a la búsqueda de un tema que resultase interesante y la vez importante, para el ejercicio de nuestra profesión odontológica; optando por el estudio de la Patología Lingual.

Además, por experiencia vividas recientemente, tuve la oportunidad de comprobar que los conocimientos adquiridos en mis años de estudio acerca de la lengua, harán escasos en comparación con los requeridos para una adecuada practica. Cabe citar que la practica presenta casos tan específicos que la teoría no puede cubrirla en su totalidad.

Es por ello que el objeto primordial de la presente tesis, consiste en ampliar y profundizar mis conocimientos; pero a la vez brindar la oportunidad a las generaciones que me preceden una fuente de conocimientos recopilados, que, en mi, heren deficientes.

La crítica benévola de los Honorables miembros del Jurado, de mi director de tesis y compañeros será la que lleve a efecto la valoración del presente trabajo.

OLIMPIA HERNANDEZ HERNANDEZ.

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

Los alcances y logros de la Odontología, como los de la medicina en general, se haya en etapa dinámica de descubrimientos y ampliaciones. En la actualidad el odontólogo se debe preocupar de todos los acontecimientos en la cavidad oral, realizar en su práctica diaria y ante sus pacientes una verdadera clínica, observar y aliviar los padecimientos y estados patológicos, de los tejidos de sosten de los dientes, mucosa bucal, lengua, y en general de toda la patología bucal. Ya que todas las enfermedades que se padecen en la boca - - ejercen un efecto pronunciado sobre el organismo - en conjunto.

La lengua que por su volumen es el primer órgano que se presenta a nuestra vista, cuando iniciamos cualquier actividad. Es propensa a enfermedades al igual que otro órgano de nuestra economía de padecimientos médicos o quirúrgicos, que ameritan su cuidadoso examen.

Los mayores conocimientos que tengamos de anomalías de desarrollo, anatomía, funcionamiento y patología sobre lengua, nos proporciona la acción de resolver satisfactoriamente todos los problemas que se nos presenten en este aspecto y nos permitan servir a los pacientes que se acogen a la experiencia del Cirujano Dentista.

Espero que al poner esta obra en manos del lector, vea satisfecha sus necesidades y le proporcione una rápida referencia, que aún carente de detalles, expone los factores relacionados a una enfermedad.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA

El ondulante piso endodérmico de la cavidad bucal primitiva y del mesodermo asociado deriva la lengua. La cual se desarrolla de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales.

En vista del papel de los arcos branquiales en la formación de la lengua, se debe comprender - el desarrollo de estos. Los arcos branquiales se forman como cuatro partes de estructuras curvas en el cuello fetal. Estan separadas por surcos branquiales poco profundos en la parte externa y por - bolsas faringeadas más profundas en la parte interna.

Aproximadamente en el segundo mes de vida - intrauterino, aparecen las áreas que daran origen - a la envoltura mucosa del epitelio lingual. Esto - se ha comprobado en embriones de cinco semanas, - preparando estos en corte transversal, en donde se aprecian engrosamientos laterales apareados en la - cara interna del arco mandibular; tales engrosa- - mientos que comprenden tanto el mesénquima, se de- - nominan protuberancias linguales laterales y entre ellas se encuentra una elevación conocida con el - nombre de tubérculo impar.

La lengua está representada por: Una por- - ción anterior que se origina del tubérculo impar y de las regiones adyacentes de ambos arcos mandibu- - lares; una porción posterior par, que se forma en - los extremos ventromediales del segundo arco (hio- - deo); posteriormente estas porciones pares se unen

por delante de la eminencia hipobranquial y forman un abultamiento medio, conocido como cópula, al -- que luego contribuye el mesodermo del tercer arco.

La parte anterior de la lengua aparece como un tubérculo impar pero pronto se origina a cada -- lado de este tubérculo elevaciones de las porcio-- nes ventromediales del primer arco (mandibular) y -- por crecimiento se unen con él entre sí. Como re-- sultado se origina una eminencia única que repre-- senta los dos tercios anteriores de la lengua.

El segundo y tercer arco se unen hacia la -- línea medioventral y originan ahí la parte poste-- rior de la lengua.

Para diferenciar las partes que entran en -- la formación de la lengua, aunque con cierta exac-- titud contamos con un punto de orientación inequí-- voco llamado agujero ciego que se encuentra en el -- vértice de la V lingual (surco terminal) inmediata-- mente después de las papilas calciformes. Dicho -- agujero es un resto de la invaginación del piso de -- la faringe que da origen a la glándula tiroides.

Tomandose como límite el agujero ciego, en-- tre las dos partes de la lengua, podemos conside-- rar que la mucosa que cubre el cuerpo lingual tie-- ne su origen en el tejido, del primer arco bran-- quial, y es así como se explica la inervación sen-- sorial por la rama mandibular del quinto par y por -- la cuerda del tímpano rama del séptimo par (gusta-- tivo), de acuerdo con las relaciones primitivas de -- los nervios del primer arco.

Utilizando nuevamente el agujero ciego como base, podemos decir que la raíz de la lengua está-revestida por el endodermo que anteriormente cubría las áreas medioventrales del segundo, tercero y cuarto arco visceral (en menor grado). Es por esto de que el noveno par (glosofaríngeo) sea el principal nervio sensorial de la base de la lengua.

HISTOLOGIA

La lengua es un saco de músculos estriados y glandulas cubiertas por epitelio.

MUCOSA LINGUAL.- La que reviste la superficie dorsal de la lengua se divide en dos partes: - La que cubre a los dos tercios anteriores (cuerpo de la misma), y la que cubre el tercio posterior (raíz de la lengua).

En los dos tercios anteriores la mucosa está cubierta por pequeñas proyecciones llamadas papilas que son las que le dan el aspecto rugoso a la lengua. Estas son de tres tipos: Las papilas filiformes, son numerosas, de forma cónica; tiene cada una su papila primaria recubierta de epitelio no queratinizado, a partir de estas se extienden hacia la superficie papilas secundarias.

Las Fungiformes que son en forma de hongo, - cada una tiene su nucleo central de lamina propia que recibe el nombre de papila: primaria de la cual se proyectan papilas secundarias sobre las que el epitelio es muy delgado, por este motivo el plexo vascular abundante en el interior de la lamina propia le da un color rojizo a la papila y pod

mos distinguirlas con facilidad de las demas papilas.

Las papilas calciformes son circunvaladas - cada una de ellas se encuentra rodeada por un surco pequeño circular lleno de liquido secretado por las glándulas situadas más profundamente que las papilas.

Cada una tiene su papila primaria y secundaria con lamina propia.

La mucosa que subre el tercio posterior de la lengua no contiene papilas verdaderas, pero nos presenta una superficie nodular cubierta por epitelio blando que contiene la amigdalina lingual la cual se encuentra constituida por un conjunto de fosas epiteliales rodeadas por tejido linfoide. A este nivel la superficie de la lengua tiene una textura muy diferente con respecto a la parte anterior.

CORPUSCULOS GUSTATIVOS.- Los encontramos en el epitelio lingual de las papilas calciformes, fungiformes, y también algunas en paladar y epiglotis.

De ellos depende el sentido del gusto; tienen aspecto laminar con un pequeño orificio externo, el poro gustativo externo y una pequeña depresión en la base, el poro gustativo interno.

Con el microscopio se distinguen dos tipos de células las de sosten y las neuroepiteliales del gusto.

Las sensaciones gustativas proceden de los dos tercios anteriores de la lengua que se transmiten por la cuerda del tímpano, rama del facial.

Toda sustancia que ha de despertar sabor -- sea cual sea tiene que disolverse en la saliva y -- penetrar por el poro hasta el extremo superficial -- de un corpúsculo gustativo.

LAMINA PROPIA. -- De la membrana mucosa de la lengua es una capa de tejido conectivo laxo que -- contiene grasa. En la punta de lengua y sobre el -- dorso de la submucosa es gruesa y firme. En esta -- submucosa se ramifican tres clases de glándulas: -- Las de Ebner o serosas que se encuentran en la ve-- cindad de las papilas foliadas y calciformes; las -- glándulas mucosas o de Weber que se localizan en -- la raíz de la lengua por delante de las papilas -- calciformes centrales; las glándulas anteriores -- mixtas cada una de estas desemboca mediante seis -- conductos cerca de la punta de la lengua.

MUSCULATURA. -- La capa muscular está formada por haces de fibras estriadas entrelazadas y dis-- puestas en tres planos.

Al hacer un corte sagital de la lengua ob-- servamos fibras musculares longitudinales como ver-- ticales cortadas longitudinalmente y fibras hórri-- zontales en corte trasversal, por esta disposición de las fibras musculares que són únicas en el cuer-- po humano es por lo que permite identificar a la -- lengua.

El endomicio que rodea a cada fibra muscu--

lar que se encuentran dentro de los haces, lleva capilares hasta cerca de estas fibras. El tejido fibroelástico (o perimicio) situado entre los haces musculares, contiene los vasos mayores, nervios y en diversos puntos tejido adiposo.

ANATOMIA

La lengua masa carnosa densa, sobre todo en su parte media.

Es un órgano muscular situado en el suelo de la boca, insertada por medio de distintos músculos, en el hueso hioides, maxilar inferior, apofisis estiloides y faringe.

Para su estudio la dividimos en:

- a) Vértice o punta de la lengua que se relaciona con los incisivos. El borde de la misma que se comunica con las encías y con los dientes.
- b) El dorso, encontramos parte en la cavidad bucal y parte en la orofaringe. Su forma es convexa y se relaciona con el paladar, presenta un surco en forma de V el cual se dirige hacia afuera y adelante, a partir del agujero ciego, este surco es el que delimita la parte anterior de la posterior.

En el dorso se localizan numerosas eminencias llamadas papilas que, por su forma, reciben diferentes nombres, y existen cuatro tipos y son:

1. Filiformes son las mas numerosas y estrechas, se encuentran en la parte anterior en donde la lengua percibe las impresiones táctiles; estan contenidas de corpúsculos de Krause,

2. Fungiformes; se encuentran en el vértice y borde de la lengua, tienen una cabeza rojiza, redondeada y una base estrecha.
3. Circunvaladas existen de 7 a 14 dependiendo a veces de factores hereditarios, se encuentran a lo largo de la línea en forma de V o surco terminal, cada una de estas papilas parece torrede un castillo rodeada de un surco profundo limitado por una pared o vallum; los botones gustativos se encuentran en la papila y en su vallum, pero estos botones de dichas papilas se atrofian en la ancianidad, pero la sensación gustativa decrece poco.
4. Foliadas que son una serie de surcos y reborde, localizados próximos a la parte posterior del borde lingual.

El dorso de la porción faríngea de la lengua mira hacia atrás. La base de la lengua forma la pared anterior de la orofaringe, y la mucosa de esta base se encuentra desprovista de papilas, pero en cambio presenta numerosas glándulas serosas y se caracteriza por la presencia de folículos linfáticos en la submucosa, llamados en conjunto amígdala lingual.

- c) La cara inferior de la lengua se encuentra solamente en la cavidad bucal, la encontramos delgada, lisa, desprovista de papila, y sonrosada. Se continua con el suelo, de boca por un pliegue de mucosa que recibe el nombre de frenillo lingual, el cual es corto y determina la fijación lingual, no dificultando los movimientos; puede verse a través de la mucosa la vena lin-

gual, a cada lado del frenillo. En la musculatura de la lengua se hallan situadas glándulas --linguales de tipo seroso, mucoso y mixto cuyos diminutos conductos se habren en la cara inferior de la lengua.

- d) Rafz.- Es la parte de la lengua que descansa en el suelo de la boca, esta parte se inserta mediante músculos en la mandíbula y en el hioides, la rafz no esta cubierta por mucosa y es por -- donde los nervios, vasos y músculos extrínsecos penetran o abandonan la lengua.

FISIOLOGIA

La lengua interviene en actos de suma importancia para la vida y comunicación de las personas; tales actos son: succión, masticación, deglución, fonación y por último el gusto.

En el recién nacido, la lengua interviene en la succión en conjunto con los labios, en donde al adosarse contra la mucosa permite al niño extraer la leche con la cual se alimenta.

En la masticación la lengua empuja el alimento contra la bóveda del paladar. Las moléculas de la comida se disuelven en la saliva, y llegan a las llamadas papilas gustativas en la mucosa de la lengua. Las papilas de la parte anterior y media de la lengua envían sus señales al cerebro por el nervio lingual; las de la parte posterior, por el nervio glosófaringeo.

El niño nace con papilas gustativas en toda la boca; cuando llega a la edad adulta, la mayoría

ha desaparecido, y casi todas las que quedan están concentradas en la lengua. Como un ejercito de exploradores, a menudo el cerebro necesita la corroboración del olfato, vista, y el tacto para saber-que tiene en la boca.

GUSTO.- Es el menos informativo de los sentidos; para el fisiólogo es algo más simple. Es el efecto producido por las sustancias químicas sobre la lengua.

Las sensaciones del gusto son: el dulce, el agrio, o ácido el amargo y el salado. Cada uno de estos tiene alguna parte de la lengua donde es más activo.

Lo dulce lo perciben las papilas de la punta de la lengua por donde los niños chupan sus helados y caramelos; lo salado también se percibe en la punta; los lados son sensibles a la acides; la parte posterior, percibe lo amargo. Por este motivo al ingerir una pildora amarga, la cual no nos gusta, lo solucionamos poniendo el desagradable me dicamento en la punta de la lengua, y tragarlo lue go con agua.

Los botones gustativos, que son los órganos del gusto, son cuerpos ovoides que miden de 50 a 70 micras, con células de sostén y ciliares, que son los receptores gustativos. Las células recepto ras tienen, cierto numeros de cilios que se proyec tan en el poro gustativo.

VIAS GUSTATIVAS.- Las fibras nerviosas sen-

sitivas de los botones gustativos localizados en los dos tercios anteriores de la lengua viajan por la cuerda del tímpano. A través del glosofaringeo- las fibras del tercio posterior de la lengua alcanzan al tallo cerebral. Las fibras del gungto que es tan mielinizadas y son de conducción relativamente lenta, se juntan en el bulbo raquídeo junto con -- las del nervio vago y forman el fascículo solita-- rio.

Estimulación del gusto cuyos receptores son quimiorreceptores los cuales responden a las sustan cias disueltas en los líquidos de la boca que los bañan. Estas sustancias evocan potenciales genera- res, pero se desconoce cómo las moléculas en solu- ción, actúan sobre las células receptoras para pro ducir dichos potenciales.

Los ácidos saben agrios y es el H^+ , más que el anión asociado, el que estimula a los recepto- res, el salado es producido por el anión de sales- inorgánicas, pero también existen algunos compues- tos orgánicos de sabor salado, el sabor dulce es - un compuesto orgánico como la sacarosa, maltosa, - glucosa. Las sales de plomo también tienen un sa- bor dulce, por este motivo cuando se pinta con pin- turas que contienen plomo se siente un sabor dulce empalagoso.

La casi infinita variedad de sabores que -- existen son sintetizados primordialmente a partir- de los 4 componentes básicos del gusto.

Existen variaciones en la distribución de - los cuatro botones gustativos básicos, en las di--

versas especies de animales y de una misma especie, de individuo a individuo.

Así tenemos que el gusto muestra reacciones tardias y fenómenos de contraste que son semejantes, en algunos aspectos, a las imagenes tardias y contrastes visuales. Algunos pueden ser trucos químicos, pero otros pueden ser unos verdaderos fenómenos centrales.

IRRIGACION

La principal irrigación de la lengua proviene de la arteria lingual, y accesoriamente de la palatina inferior y faríngea inferior.

La arteria lingual se distribuye por la lengua y el piso de la base. Nace en la cara ventral de la carótida externa a nivel del hueso hioides. El recorrido que hace se divide en tres partes: -- Posterior, profunda y anterior al músculo hioglosó.

La primera porción de la arteria se sitúa en el triangulo carotídeo y describe una curva sobre el constrictor medio de la farínge y es cruzada por el hipoglosó.

La segunda porción de la arteria es profunda al hioglosó y corre a lo largo del borde superior del hioides.

La tercera es profunda, sube entre el genio glosó, el músculo longitudinal inferior de la lengua.

Sus ramas colaterales son tres:

- 1.- La suprahiodea, que sigue a lo largo del borde superior del hioides y se anastomosa con la del lado opuesto; irriga los músculos suprahiodeos.
- 2.- La dorsal de la lengua se origina debajo del hiogloso y suben hacia el dorso de la lengua.
- 3.- La sublingual que sigue el conducto de Wharton y pasa por el músculo milohiideo, alcanza la glándula sublingual. Vasculariza el suelo de la boca y las encías del maxilar inferior.

La rama terminal de la arteria lingual en la ranina, situada por delante de la V lingual, se dirige a la parte anterior de la lengua y se anastomosa con la del lado opuesto.

La sangre venosa de la lengua retorna por venas linguales que rodean a la arteria lingual y la acompañan durante su recorrido; la vena lingual profunda o ranina que se dirige hacia atrás cubierta por la mucosa, al lado del frenillo (donde podemos verla en el individuo), después cruza la cara externa del hiogloso, se une con la vena sublingual para formar la vena satélite del nervio hipogloso (este nervio en su origen cruza a la arteria lingual a la altura del triángulo de Farabeuf). Todas estas venas terminan directa o indirectamente en la yugular interna.

En relación con la anatomía quirúrgica, el vientre posterior del digástrico la divide a la arteria lingual en dos regiones: Región retrodigástrica, aquí la arteria se investiga por dentro del hipogloso. En este nivel aún no ha emitido ninguna colateral la arteria, por lo que es un sitio de --

elección para su ligadura.

La región predigástrica, está oculta en parte por la glándula submandibular, se descubre el triángulo de Pirogoff (formado por el borde anterior del vientre posterior del digástrico, por el asa del nervio hipogloso mayor y por el borde libre del músculo milioideo). Aquí también la arteria lingual discurre por dentro del músculo hipogloso, que debe incidirse para ponerla al descubierto.

El conocimiento del drenaje linfático es importante por la difusión precóz del carcinoma lingual. Este drenaje se efectúa en los ganglios submentonianos, submaxilares y cervicales profundos.

INERVACION

Los dos tercios anteriores de la lengua están inervados por el nervio lingual y por la cuerda del tímpano. Que proporciona sensibilidad gustativa.

El tercio posterior de la lengua y las papilas circunvaladas son inervadas por el glosofaríngeo, y el hipogloso mayor que inerva los músculos de la lengua.

El nervio lingual rama del tronco posterior terminal procedente del maxilar inferior (rama del trigémino). Camina por delante del dentario del -- que se separa para dirigirse a la punta de la lengua, recibe diversas ramas anastomóticas, una del dentario y otra del facial llamada nervio de la --

cuerda del tímpano.

Da ramos colaterales destinados al velo del paladar anterior, a las amígdalas, a la mucosa de la encía y al piso de la boca.

Cuando alcanza el nervio lingual al borde anterior del músculo hiogloso se divide en ramas terminales destinadas a la cara inferior, y del dorso de la lengua a la porción que está por delante de la V lingual.

El nervio de la cuerda del tímpano es una rama del facial (VII par craneal). Penetra en la cavidad tímpanica, se dirige por dentro de la membrana tímpanica y mango del martillo penetrando en el temporal. Por dentro del músculo pterigoideo externo se une al nervio lingual, con el cual se distribuye por los dos tercios anteriores del borde y dorso de la lengua.

La cuerda del tímpano contiene fibras relacionadas con el gusto y sensibilidad general (dolor incluido), de los dos tercios anteriores de la lengua y del paladar duro; y otras fibras preganglionares secretoras y vasodilatadoras.

Glosofaríngeo es un nervio mixto, por sus fibras motoras contribuye a la inervación de los músculos de la faringe y algunos de la lengua.

Pasa entre la yugular interna y la arteria carótida interna; se encurva hacia delante, alrededor del estilofaríngeo, sigue profundamente al borde posterior del hiogloso.

Sus fibras sensitivas inervan la mucosa de la farínge y el tercio posterior de la mucosa. A este nervio se le agregan fibras vegetativas destinadas a la parótida.

El glossofaríngeo da 7 ramas

- 1.- Nervio tímpanico
- 2.- Rama auricular
- 3.- Rama del seno carotídeo
- 4.- Ramas faríngeas
- 5.- Rama motora del estilofaríngeo
- 6.- Ramas tonsilares
- 7.- Ramas linguales, gustativas y fibras de sensibilidad general para el tercio de la lengua y las papilas calciformes.

Anatomía funcional. Es el nervio del sentido del gusto y percibe los diversos tipos del sabor. Particularmente el dulce y el amargo; lleva también la sensibilidad de la mucosa nasofaríngea, de la trompa de la caja de tímpano y faringe bucal.

Esto explica que sea el origen tanto de los reflejos de la deglución como de los nauseosos. Es el agente esencial de la deglución siendo el constrictor superior por él inervado.

Finalmente el glossofaríngeo es un baro-regulador, ya que, regulariza en efecto la presión arterial cuyas variaciones son percibidas a nivel del seno carotídeo por sus terminaciones baro-receptoras.

Nervio Hipogloso. Es motor y destinado a inervar los músculos de la lengua. Nace en las células de la columna gris bulbar que se extiende casi a toda la altura del bulbo.

Desciende entre la arteria carótida interna y la vena yugular interna. Rodea a la arteria occipital y su rama inferior esternocleidomastoidea y recibe una ramificación del plexo faríngeo. Cruza la carótida interna, externa y lingual. Sobre el hiogloso se sitúa bajo el conducto submaxilar y el nervio lingual. Se divide en ramas terminales y continúa hacia adelante entre el milohioideo y geniogloso, se anastomosa con el lingual.

Da cuatro ramas que son:

- 1.- Ramas meníngeas
- 2.- La raíz superior del asa cervical o rama descendente del nervio hipogloso
- 3.- Rama tirohioidea
- 4.- Ramas terminales linguales inervan los músculos extrínsecos (estilogloso, hiogloso, geniiohioideo y geniogloso) e intrínsecos de la lengua.

El nervio hipogloso es ante todo el nervio motor de la lengua por lo que desempeña un importante papel en la masticación.

Al movilizar y comprimir el contenido de la boca contra el paladar entre las arcadas dentarias. Interviene en el primer mecanismo de la deglución impulsando el bolo alimenticio en la cavidad faríngea. Es uno de los nervios que interviene en el lenguaje articulado; es el responsable de la formación de la mayoría de las vocales y de algunas consonantes.

Para la exploración de este nervio se le indica al paciente que saque la lengua. Porque toda lesión de un nervio hipogloso provoca una desviación de la lengua hacia el lado afectado.

MUSCULOS PRINCIPALES

La lengua comprende 17 músculos, de los cuales 8 són pares; uno es impar, el lingual superior. Todos estos músculos toman el nombre del órgano sobre cual se insertan seguido de la terminación glosa. Tres vienen de partes oseas (geniogloso, estilogloso, hiogloso); otros nacen de órganos vecinos palatogloso, faringogloso y amigdalogloso); los demás vienen de órganos y huesos, el lingual inferior y el lingual superior (que es impar).

Todos estos músculos son extrínsecos, existiendo sólo un intrínseco, el transverso de la lengua.

GENIOGLOSO. Se inserta por una parte en las apófisis geni superiores situadas en la cara posterior del cuerpo de la mandíbula y por otra parte - en la posición posterior de la lengua. Acción, hace que la lengua se contraiga sobre si misma, aplicandola sobre el piso de la boca y contra la cara posterior de la mandíbula.

HIOGLOSO. Se inserta por abajo, en el cuerpo y asta mayor del hioides, de ahí se dirige hacia arriba para alcanzar la base de la lengua y entonces se dirige de atrás a delante hasta la vecindad de la punta.

Acción es abatidor de la lengua al mismo tiempo que la comprime transversalmente.

ESTILOGLOSO. Nace en la apófisis estiloides, se dirige hacia la base de la lengua en donde termina.

Acción es dirigir la lengua hacia arriba y atrás, aplicandola contra el velo del paladar.

PALATOGLOSO. Está comprendido, en el pilar anterior del velo del paladar. Se inserta por arriba en la cara inferior de la aponeurosis palatina, hacia abajo, termina en la base de la lengua.

Acción dirige la lengua hacia arriba y -- atrás.

FARINGOGLOSO. Es un fascículo del constrictor superior de la faringe, que se continúa hacia delante con los bordes laterales de la lengua.

AMIGDALOGLOSO. Es un pequeño músculo delgado y aplanado situado en la parte externa de la -- amigdala palatina. Nace por fuera de esta glándula, en la aponeurosis faríngea y desciende hacia la base de la lengua.

En este punto, cambiando de dirección para hacerse transversal gana la línea media (pasando -- debajo del lingual superior) y se entrecruza con -- el del lado opuesto. Unidos entre sí los músculos, forman una especie de cincha que dirige hacia arriba la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

LINGUAL INFERIOR. Músculo impar, nace por -- atrás del asta menor del hioides y en la cara anterior de la epiglotis; sus fibras se dirigen de -- atrás hacia delante, bajo la mucosa de la cara superior de la lengua, donde termina.

Acción es elevador y retractor del vértice de la lengua.

TRANSVERSO DE LA LENGUA. Está formado por fibras transversales que van de la mucosa de los bordes de la lengua al séptum lingual.

OBSERVACION CLINICA DE LA LENGUA NORMAL

Para llevarla a cabo debemos seguir los métodos ordinarios de exploración los cuales son inspección general interrogatorio. Una vez realizado el exámen general del paciente, se procede a explorar el órgano por tratar, en este caso, la lengua, en donde se emplea la inspección, palpación.

Para realizar el exámen se envuelve la parte posterior de la lengua con una gasa. Esto permite sujetarla y tirar hacia delante para explorar sus superficies laterales dorso y base; el espacio sublingual se explora, haciendo que el paciente toque con la punta de la lengua el paladar.

El exámen de la lengua debe incluir: Forma y volumen, estado de la superficie, color tono múscular, cantidad y disposición de papilas, búsqueda de lesiones superficiales o internas.

La forma normal de la lengua es cónica con su vértice hacia delante, en reposo ocupa la cavidad oral que llena casi por completo. Debemos tomar en cuenta las diferentes formas que puede presentar este órgano en los estadios de alteraciones que pueden ser: Alteraciones de tamaño, alteraciones congénitas, alteraciones inflamatorias, trauma-

ticas.

La presencia de cicatrices localizadas pueden indicar antecedentes epilépticos. Las lesiones linguales deben tenerse en cuenta siempre presentes, así por ejemplo en los trastornos ocasionados por deficiencia gonadal, manifestaciones medicamentosas, sífilis, tuberculosis.

El color de la lengua es blanco rosado y es producido por la transparencia de los capilares a través del epitelio; tiene además un aspecto húmedo debido a la saliva que la moja.

El tono muscular se explora mediante palpación bidigital o bimanual. El tono disminuye en las anemias secundarias y ciertos trastornos dis-tróficos y neurológicos.

El número y distribución de las papilas se investiga con la lengua fuera de la boca utilizando una lupa, para determinar cuál o cuales faltan y si hay evidencia de inflamación en las papilas que se observan.

Los cambios atróficos de la lengua pueden clasificarse:

- a) Lengua que ostenta papilas normales en cuanto a número y estructura.
- b) Lengua descamada, disminución en el número de papilas filiformes pero las fungiformes se conservan normales.
- c) Lengua atrófica con ausencia completa de papilas filiformes en ocasiones ausencia total de papilas fungiformes.

Las papilas calciformes y foliadas no participan de estos cambios atroficos.

CAPITULO II

TIPOS DE GLOSITIS

ABSCESO DE LA LENGUA

En el hombre se encuentra con más frecuencia, se han atribuido diversas causas originarias: Traumatismo (herida, mordedura, pinchazo por una espina de pescado o una raíz dental), picadura venenosa, infección dental, quemadura, diátesis (gota diabetes, etc.). Pero en realidad lo que sucede es que existe siempre una infección bucal o faríngea, como consecuencia de una infección general o local intercurrente.

Para tener una mayor comprensión de la formación de estos abscesos, debemos recordar que la lengua es un órgano esencialmente muscular, cuyas fibras se insertan sobre un armazón fibroaponeurótico: Membrana hioglosa tabique lingual, fascia lingual. El tejido celular está dispuesto en trabéculas muy tenues, pero, sin embargo existen cinco especies celulares intermusculares: uno medio; extendido de una extremidad a otra de la lengua, entre los dos genioglosos. Dos laterales profundos, entre el geniogloso por dentro y el hiogloso por fuera. En este compartimiento existen también linfáticos; dos laterales superficial, ángulos diedros colocados entre la parte superior del hiogloso y los músculos longitudinales del borde de la lengua.

Esta disposición del tejido celular nos explica: La rareza de los abscesos; su fisonomía particular, que nos puede inducir a la confusión con un tumor sólido; la dificultad del pus para colecció

narse, lo que explicaría la intensidad de los dolores.

Estudio clínico.

ABSCESO DE LA PUNTA

La lengua se encuentra algo edematosa, se exterioriza fácilmente, lo que permite ver, sobre uno de los bordes una tumefacción roja, fluctuante de volumen en forma de una avellana. Si no se incide, el absceso tiende a abrirse y después a curar espontáneamente.

ABSCEOS PROFUNDOS INTRALINGUALES

Su desarrollo es más dramático.

- a) Flemon subamigdalino, es la variedad más común, localizado en el tejido celular del compartimiento de la arteria lingual.

Después de una infección bucofaringea, de escalofríos y temperatura, la lengua aumenta de volumen. Sus movimientos están modificados, lo que provoca trastornos de la palabra, y dolores a la deglución; al interrogar al paciente este nos explica que los dolores los siente en la base de la lengua, con irradiación a la oreja. En ausencia de trismus, la lengua se halla fácilmente edematosa, dura, sobre un suelo blando, a veces con un abombamiento por detrás de la V lingual, y se encuentra inmovilizada por lo tanto no puede sacarse fuera de los arcos dentales; al comienzo es roja, pero no tarda en recubrirse de una capa grisacéa. Al tacto se aprecia de una consistencia dura, uniforme; el suelo de la boca permanece blando como el -

cuello (pero no existe adenopatía).

El diagnóstico, en general es fácil, tomando como base:

Las hemiglositis o edemas agudos; los otros abscesos de la lengua aún en los quistes, las micosis infectadas secundariamente; el absceso centrolingual; el flemón del compartimiento tiroglosoepiglótico (el cual presenta una sintomatología respiratoria muy acentuada, dejando la lengua poco tumefacta y móvil; el cual se reconoce con el espejo laringoscópico).

Ciertos abscesos pueden enquistarse alrededor de un cuerpo extraño.

TRATAMIENTO.- La intervención se hace bajo anestesia general ligera. Se hace una insición en la mucosa sobre el borde de la lengua, se punciona el absceso a través de las fibras musculares; con una pinza de Kocher cerrada, la separación de los bocados permite la evacuación completa de la cavidad la pinza se retira con los bocados abiertos - (después que se colocó un drenaje).

b) Cuando el absceso es lateral, la mitad sana se desplaza y queda cubierta por el aumento de volumen de otra mitad.

Una vez formado el absceso, la localización hemiglósica aparece mas evidente. Una mitad de la lengua queda blanda relativamente mientras que la otra mitad, mas dolorosa, muestra en un punto bien limitado, una zona reblandecida.

c) **Flemón Centrolingual.**- En el conducto tirogloso, a nivel de su segmento superior va existir una exaltación de la virulencia de los gérmenes infecciosos, retenidos, en espacio cerrado por influencia de una alteración del estado general.

El absceso es centrolingual con infiltración edematosa de los tejidos subyacentes. Puede descender, a lo largo de los fascículos verticales del hiogloso.

En el examen bacteriológico muestra estreptococos anaerobios.

SINTOMATOLOGIA.- Comienza de una manera brusca, por la región sublingual después se extiende a la región submilohioidea, existiendo un engrosamiento en la parte sublingual, la lengua se encuentra aumentada de volumen desplazada hacia el paladar. Por lo tanto estos signos nos explican porque el paciente tiene impedimento de la fonación, masticación, deglución, y a menudo existe cierto trismus para su diagnóstico se basa particularmente con la celulitis difusa del suelo de la boca.

TRATAMIENTO.- Principalmente es quirúrgico; Bajo anestesia local se hace una incisión media desde el mentón al hueso hioides, la travesía se hace e tejido infiltrado sin pus; búsqueda profunda y en dirección de la base de la lengua; en la región de la V lingual se va, a encontrar la colección fétida. No se hace debridamiento. Drenaje.

La curación se consigue con bastante rapidez.

ABSCESO DE LA AMIGDALA LINGUAL

Puede comenzar con una hipertrofia de la amígdala, consecutiva con los estados inflamatorios de las mucosas vecinas. Y va a provocar una sensación de cuerpo extraño en la región hioidea, un garraspeo glosofaríngeo, tos seca. Mediante el examen laringoscópico se observa, y en algunos días todo se ve normal, sin signos generales; ahora que e caso de absceso hay dificultad a la deglución y de sacar la lengua.

SINTOMATOLOGIA.- Es escasa, estos se debe a que la infección queda localizada en una cripta de la amígdala lingual, y evoluciona hacia la superficie.

En el examen laringoscópico se ve una tumefacción en la amígdala.

TRATAMIENTO

El absceso se puede abrir espontáneamente y por lo tanto la curación va a ser rápida, Pero si las molestias son demasiado insostenibles e incontrolables, se evacua la colección quirúrgicamente.

HEMIGLOSITIS Y EDEMAS AGUDOS DE LA LENGUA

Tienen el aspecto de los abscesos de la lengua, y se distinguen por la aparición brusca con que aparecen; pueden extenderse a toda la lengua, como también limitarse a una mitad, por la irrigación general con que cuentan hace que la curación sea espontánea.

Su causa se cree que son las mismas lesiones que dan comienzo a los abscesos.

GLOSITIS DE MOELLER

Por su aspecto y evolución esta patología se asemeja, a la lengua geográfica; difiere de ella por la coloración roja intensa de toda la zona, del ribete blanco y la inflamación.

Según Moeller la describió como un desorden inflamatorio crónico, de la lengua caracterizado por la formación de excoriaciones irregulares.

Su etiología es variada, debido a que para unos autores era un primer síntoma de anemia perniciosa, para otros estaba asociada con factores hormonales, con el principio de la menopausia y algunos opinaban que durante los períodos menstruales empeoraba.

Puede aparecer en lenguas lisas, en mujeres hipocondríacas, sin causa conocida, o como complicación de una infección apical.

SINTOMATOLOGIA

Suelen presentarse las lesiones como placas irregulares de forma redondeada u ovalada. Estas placas no están infiltradas, al tacto se sienten blandas, no están elevadas sino ligeramente deprimidas. Las papilas dentro de las placas pueden ser hiperémicas, hinchadas y elevadas, y muy dolorosas al tacto, que los pacientes renuncian a comer por temor al dolor.

No se ven úlceras, fisuras y escamas. Las lesiones no dejan ninguna cicatriz.

TRATAMIENTO

En algunos casos los síntomas persisten a pesar de varios tipos terapéuticos, incluyendo los que se emplean para la anemia perniciosa. El tratamiento aconsejado para los síntomas climaterios pueden dar alivio.

GLOSITIS DE HUNTER (anemia perniciosa)

En sus primeras fases la lengua tiene aspecto rojizo que contrasta con el color amarillo pálido del resto de la mucosa bucal. Mas tarde la atrofia de las papilas fungiformes y filiformes le dan un aspecto ceroso liso. Tiene una apariencia limpia debido a que nunca esta cubierta por una capa de saburra.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas son muy molestos, que consisten en una sensación insoportable de quemadura, asociada a endormecimiento, y al comer alimentos salados, calientes o bien frios, la sensación de quemadura aumenta.

Histopatológicamente se vera la lengua inflamada, con papilas hipertrofiadas, la dermis no tiene red epitelial y existe descamación la cual deja solo una capa delgada escamosa que cubre los extremos nerviosos. Todo esto nos viene a explicar la hipersensibilidad que existe en la lengua en esta enfermedad.

TRATAMIENTO

Es a base de ácido fólico y vitamina B12, - la dosis (según Hall y Campell) es de un microgramo por inyección diaria para la mayor parte de las personas. En pocos días desaparece el dolor de boca y lengua, y generalmente la regeneración de las papilas linguales, se completa en término de 4 a 6 semanas siempre y cuando el paciente recibe vitamina B12.

PAPULOSA AGUDA DE MICHELSON

Esta enfermedad también recibe el nombre, - de glositis papulo ulcerosa benigna.

La etiología de esta enfermedad es por un - virus desconocido y no contagioso; dicha patología comienza con fiebre, y el paciente advierte sus lesiones a causa de una sensación de quemazón y la - existencia de pequeños tumores sobre la lengua.

Esta afección se asienta sobre el dorso de la lengua, pero hay ocasiones en que también pueden aparecer algunos elementos sobre el labio inferior o en el paladar.

El elemento característico es una pápula permanente bastante grande (6 a 8 milímetros de - diámetro, dicha erupción se realiza en varios brotes, durante algunos días, y destaca por su coloración blancusca sobre el resto de la mucosa lingual. Su centro se necrosa, se vuelve amarillento, se ulcera ligeramente.

En el examen histológico se verán unas le--

siones, que se extienden del epitelio hasta la dermis.

La evolución en si es rápida ya que en un -plazo no mayor de 15 días, dicha erupción pasa por sus diferentes fases: aumento, necrosis central su superficial, ulceración, disminución, y terminación.

La curación va a ser espontánea, y no se conocen recidivas.

TRATAMIENTO: Es sintomático.

TRIANGULAR POSTERIOR DE CHEVALLIER

En esta glositis, se va a formar una placa en forma de un triángulo cuya base esta formada - por la parte central de la V lingual, y el vértice se adelanta algunos centímetros sobre la línea media. La superficie de esta placa va a ser mamelona da o lisa, roja y barnizada o jaspeada. Cuando es como este último caso va a estar formada por peque ñas placas aisladas, de bordes netos, con contor -- nos poligonales o bien dibujando segmentos de cir -- cunferencia. Es recidiva con frecuencia.

Esta enfermedad se dirige a las vías respi -- ratorias produciendo una inflamación, como también puede coincidir a menudo, con una gastritis pultá -- cea.

DE JAMIN

Esta enfermedad se observa con frecuencia - dentro del mundo indígena y va a existir una depa -- pilación en el dorso de la lengua, que evoluciona --

en un período de dos o tres meses.

Su etiología es desconocida.

Según Montpellerse trata verosíblemente de un proceso infeccioso local y de superficie.

LENGUA NEGRA PILOSA

Consiste en una queratosis de la lengua debida a una hipertrofia y elongación de las papilas filiformes del dorso de la lengua por delante de las calciformes, rara vez afecta los bordes laterales o punta de la lengua.

Las papilas filiformes al hipertrofiarse y alargarse aprisionan elementos extraños como, células epiteliales descamadas, restos de alimentos, microorganismos, hematies, y de todo esto resulta una formación como de pelo.

Esta afección también se considera como una reacción tóxica; no debe confundirse con la lengua negra pigmentada (causada frecuentemente por la mancha del tabaco). Se observa en adultos y ancianos.

La evolución de dicha patología se realiza por brotes, con descamaciones parciales; se prolonga durante meses y años, y no es contagiosa.

Etiología.- Existen muchas teorías en relación con la causa de dicha enfermedad.

Algunos investigadores creen que sea una al

teración trofoneurótica (por lo cual se hipertro--
fian las papilas). Otros insisten que el factor --
fundamental es, una irritación química como gastri
tis con hiperacidez.

También es preciso tener en cuenta: El esta
do hipointestinal, la tuberculosis, las extraccio--
nes dentarias, el uso habitual de enjuagues que --
contienen peróxido de hidrógeno o perborato sódico,
el empleo prolongado local o general de antibióti--
cos como la penicilina y las tetraciclinas.

Refiriendonos a la alteración de color pue--
de ser causada por medicamentos ingeridos vía oral,
por microorganismos, otro autor (Prins) atribuí--
a dicha coloración a una reacción del hierro absorbi--
do por la lengua.

SINTOMATOLOGIA.- Esta lesión esta desprovis--
ta de síntomas subjetivos ya que es una alteración
inofensiva la cual se reconoce fácilmente (no cón--
fundirla con el estado saburral simple).

Los filamentos pueden ser finos, cortos, lan
gos y asperos; no siempre son negros, por lo cual--
el color de la lengua pilosa es variable puede ser
gris, color canela, pardo, amarillo. El aspecto es
el de una capa de piel con pelo el cual es movible
de un lado a otro.

Cuando son muy largos, las papilas filifor--
mes producen cosquilleo y en pacientes sensibles --
náuseas.

En algunos casos las partículas aprisiona--

das ocasionan el mal olor en la boca. La persistencia de los síntomas pueden provocar una perturbación emocional, produciendo dolor o ardor en la lengua.

TRATAMIENTO.- Cuando se conoce el agente causal como en el caso de los medicamentos deben ser eliminados. Se adaptan medidas de higiene; esencialmente cepillado enérgico o con el reborde de un depresor lingual de madera, colutorios alcalinos y enjuagues con una solución alcohólica de ácido salicílico al 5 ó 10%. Pueden emplearse escaróticos para producir descamación, pero no de una manera enérgica por que produciría una necrosis que favorecería la infección.

La duración de la evolución puede ser corta si se conoce la causa de lo contrario será a menudo muy prolongada.

El pronóstico es benigno.

ACANTOSIS NIGRICANS

Es una dermatosis rara que se clasifica en tres tipos principales: Benigna, maligna, pseudo-acantosis nigricans.

Es una enfermedad característica y desafiante de las mucosas y como ya lo mencionamos de la piel, que tiene interés por su asociación, en la mitad de los casos, con un cáncer visceral (abdominal) o del útero. Se tiene poco conocimiento de su asociación concreta como de su desarrollo.

El síntoma inicial puede ser una lesión de la lengua (que nos recuerda la glositis media romboidal) que una vez constituida, presenta una sintomatología y localización muy evocadoras: Tienen un aspecto de proliferaciones extensa y difusas papilomatosas, muy agrupadas, dando la imagen de una placa homogénea, pálida o gris parduzca a una piedra, con un brillo aterciopelado.

Las mucosas pueden estar invadidas por el proceso papilomatoso pero raramente se presentan pigmentadas.

En particular la lengua es a menudo, balsa, en una zona más o menos circunscrita.

La etiología de esta afección es imprecisa.

Dicha enfermedad se parece y puede confundirse con formaciones papilomatosas múltiples que aparecen en la axila, cuello, genitales.

ESTOMATITIS EPIDÉMICA DE LOS SENEGALESES

Se trata de una glositis descamativa que se caracteriza por el asiento electivo de las lesiones sobre el dorso de la lengua, sin embargo cuando se trata de una forma grave puede invadir esta afección, la cara interna de las mejillas y acompañarse de parotiditis.

Dicha enfermedad es muy dolorosa, epidémica y evoluciona espontáneamente hacia la curación en 10 ó 15 días. No produce ninguna alteración del estado general y no deja ninguna huella de su paso.

No tiene predilección, ya que puede atacar a niños, adultos, negros, blancos.

ENFERMEDAD DE RIGA

Se observa frecuentemente al sur de Italia, ataca a los lactantes de clase pobre, a partir del séptimo mes, después que erupcionaron los incisivos temporales inferiores.

Etiología.- Se trata de una causa traumática (pero no es suficiente).

Se debe al continuo traumatismo ligero que sufre el frenillo lingual por los incisivos superiores (ocasionado por la tos, succión, etc.).

Clinicamente observaremos un signo local, - en forma de un pequeño tumor ulcerado, localizado en el frenillo de la lengua, va a estar redondeado, de consistencia dura y recubierto de una falsa membrana blanca.

Según Franco se trata de una hiperplasia local epitelial debida a una irritación prolongada - por la posición de los dientes en dirección a la lengua o a la cortedad del frenillo y recomienda - la extracción de los incisivos inferiores.

TRATAMIENTO.- Aunque se trata de una producción lingual espontánea a la curación, puede combatirse por medio de aplicaciones causticas o bien - por la excisión.

CAPITULO III
TRASTORNOS NERVIOSOS

GLOSODINIA

Afección rara. Es una queja frecuente que se observa en mujeres mayores de 50 años; siendo uno de los síndromes más típicos de la psiquiatría, ya que casi siempre se trata de pacientes emotivas, psiconeurópatas.

Está con frecuencia asociada con sensación de quemadura que afecta no solamente la punta de la lengua, sino a menudo toda la boca; de dolor es pontáneo, de intensidad variable, que es el signo principal de la afección.

Etiología.- Las causas de esta enfermedad son de orden local y general.

En cuanto a las de tipo local (las que observamos extralingualmente): Lesiones alveolodentarias, caries, parodontosis, aparatos de prótesis dentarias, trastornos gasgointestinales.

Los de localización lingual como amigdalitis.

Causas generales.- Se ha atribuido a la sífilis, los estados diatésicos (gota), las intoxicaciones por mercurio, té, café.

Clinicamente al realizar un examen minucioso no muestra ningún indicio de tumor, a pesar de que la paciente saca fuertemente la lengua y mues

tra la región de las papilas foliadas que pueden estar hipertrofiadas, inflamadas, son dolorosas, lo que hace creer al paciente en el cáncer y como resultado de esto se produce una glosodinia de origen fóbico.

La glosodinia puede ser:

Esencial la cual tiene tres formas clínicas:

- a) La protésica en la cual el dolor se produce en el nervio lingual.
- b) La reumática en donde el dolor se localiza en toda la masa muscular del órgano.
- c) La neurálgica en donde el dolor se presenta en una rama única, o bien en dos ramas pares simétricas.

La refleja es en la que el dolor o la sensación de quemadura se siente en todo el nervio lingual.

Debemos de diferenciar y no confundir estos casos con la neuralgia del glosofaríngeo.

TRATAMIENTO.- Es sintomático.

Consiste en tranquilizar primero al paciente, dominar el dolor puede usarse la codefna, y como complemento al tratamiento administrar vitamina (tiamina B 12) por inyección diaria durante una semana y después a intervalos más elevados.

Para Waldeman y Pelner esta afección tiene relación a menudo con la sequedad de la boca y len

gua cuando las glándulas salivales no secretan más que saliva espesa y viscosa por lo que administran al paciente 3 veces al día después de las comidas, un comprimido de bromuro de prostigmina de 0,0025.

HEMIATROFIA LINGUAL

Se trata de una parálisis del hipogloso, - que puede ser de origen central o periférico.

Etiología.- La causa de esta afección se - puede deber a: Una compresión en la fosa posterior de la base del cráneo, a una lesión del núcleo del hipogloso, a una parálisis tóxica (alcohol, nicotina, infección consecutiva a lesiones inflamatorias de la boca o faringe).

Según Lavergne y Arnould han señalado, en - el curso de la difteria, parálisis de la lengua, - unilateral, sin signos funcionales. Cuando el paciente saca la lengua, esta se desvia hacia el lado sano y en reposo sucede lo contrario.

Estas parálisis del hipogloso aparecen en - el curso de las parálisis tardías y evolucionan como ellas.

DISQUENESIAS DE LA LENGUA

En la lengua existen movimientos anormales - de intensidad variable, que puede ser desde la protrusión mínima de la lengua entre los labios separados, hasta las formas acentuadas lo que viene a - provocar una invalidez que alterará la fonación y la alimentación.

En el síndrome Parkisiano se ha aceptado, la disquenesia, la cual puede permanecer aislada durante cierto tiempo, por lo que puede ser difícil de identificar.

El tratamiento sintomático antiparkisiano resulta por lo regular eficaz sobre dichos movimientos.

CAPITULO IV

ANOMALIAS DE DESARROLLO.

LENGUA HENDIDA O BIFIDA

Malformación rara que se debe a la falta de fusión de las dos mitades laterales de la lengua - durante el desarrollo embrionario. Y consiste en - que la línea media de la parte anterior del dorso - de la lengua se manifiesta un surco profundo.

La lengua hendida también puede ir asociada a una fisura o malformación en la línea media del maxilar inferior.

Esta anomalía tiene poca importancia clínica a excepción cuando existe inflamación en la base del surco, debido a la acumulación y retención de residuos y microorganismos que producen irritación.

TRATAMIENTO.- Un buen cepillado en la lengua para evitar acumulación alimenticia.

LENGUA FISURADA

Se trata de una malformación congénita que afecta a la cara dorsal de la lengua, y se encuentra caracterizada por un surco central que se extiende en dirección anteroposterior, y otros surcos que salen de este en dirección lateral sobre toda la superficie anterior en número variable simétricamente.

Según Halperin y colaboradores comprobaron-

mediante un estudio que la incidencia de esta afección aumenta con la edad y es probable que no se trate de una malformación sino que este asociada con algún factor extrínseco como el trauma crónico o bien deficiencias vitamínicas.

Dicha anomalía es indolora, excepto cuando los restos alimenticios se acumulan en los surcos y producen irritación.

TRATAMIENTO.- No lo hay

Solo para quitar los residuos alimenticios; los cuales se eliminan mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie con un cepillo dental o una gasa.

LENGUA ESCROTAL

Viene siendo una variante de la lengua fisurada; a diferencia que en ésta los surcos son mas numerosos y menos profundos, dándole a la lengua un aspecto arrugado.

Este tipo de lengua al igual que la fisurada tienen poca importancia excepto en los casos en que los surcos lleguen a irritarse.

LENGUA ROMBOIDAL MEDIA

Es una anomalía congénita no peligrosa, que suele confundirse con el carcinoma del dorso de la lengua. Se debe al aprisionamiento del tubérculo impar (que suele retraerse hacia abajo) entre las dos mitades laterales de la lengua cuando estas crecen y se fusionan de manera que entre ellas

queda interpuesta una estructura carente de papilas filiformes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se ve clínicamente una placa ovalada en el dorso de la lengua que mide aproximadamente 1.0 por 1.5 cm. y está situada por delante de las papilas calciformes. Las placas suelen ser aplanadas o elevadas ligeramente, a veces amelonadas que carece de papilas filiformes de color rosado o rojo rosado. A veces se desprenden pequeñas protuberancias de ésta área, a causa de hipertrofia inflamatoria, y con frecuencia se forma un abultamiento nodular de 4 ó 5 cm, de elevación sobre el dorso de la lengua; la superficie es lisa y brillante.

En cuanto al término que se le da de glositis induce a confusión ya que la lesión no es inflamatoria.

Según estudios de Halperin y sus colaboradores, la lengua romboidal media es tres veces más frecuente en varones que en mujeres.

TRATAMIENTO.- Para esta anomalía no se necesita ya que es indoloro y no se sabe que resulten complicaciones.

LENGUA GEOGRAFICA

También denominada glositis migratoria benigna, eritema migratoria de la lengua.

ETIOLOGIA.- No se sabe en absoluto y claramente la causa de la lengua geográfica. Pero se -

han emitido diferentes teorías, como factores psicogénicos, irritantes locales, deficiencias vitamínicas. Aunque no se poseen pruebas demostrativas se considera en general la lengua geográfica como una anomalía congénita.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La enfermedad se ve en el dorso de la lengua, y consiste en múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes que aparecen en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplanadas de color rojo brillante. Los bordes de las lesiones a veces las rodea una queratosis ligeramente elevada, de color blanco amarillento. Las zonas de descamación permanecen por poco tiempo en un sitio y luego cicatrizan y aparecen en otro sitio pudiendo adquirir una forma irregular que a menudo presenta una disposición parecida a un mapa de ahí el nombre de lengua geográfica.

Este tipo de lengua se puede observar en personas de cualquier edad pero es más frecuente en niños, adultos jóvenes que en personas de edad avanzada y en cuanto al sexo no hay predilección por ninguno (esto último fue investigado y comprobado por dos estudios clínicos que hizo Mc Carthy, Halperin y colaboradores).

TRATAMIENTO.- No conociéndose la etiología, el tratamiento no puede dirigirse hacia la eliminación de la causa; pero se pueden recomendarse enjuagatorios alcalinos o dosis elevadas de vitaminas, pero por lo general todos los tratamientos son infructuosos.

Puesto que la lesión es benigna, no hay más que tranquilizar al paciente, y con el paso de los años las lesiones tienden a disminuir de importancia y desaparecer.

AGLOSIA

Ausencia completa de la lengua. Se trata de una anomalía que solo se ha registrado por lo menos un caso en el nacimiento de un niño.

Dicho trastorno de desarrollo también suele asociarse a defectos bucales como la micrognacia, paladar hendido, labio inferior hendido, hipertrofia de las glándulas sublinguales.

MICROGLOSIA

Anomalía congénita rara, que presenta una lengua pequeña, por lo que el paciente tiene dificultades para comer y hablar.

MACROGLOSIA

Es una anomalía más frecuente que las anteriores; presenta una lengua grande.

Se divide en dos tipos:

MACROGLOSIA CONGENITA (primaria).- Que se debe a un excesivo desarrollo de la musculatura lingual, la cual puede estar vinculada a una hipertrofia o hemiatrofia muscular general que afecte a todo el cuerpo.

Esta anomalía se ve en el cretinismo y en el mixedema infantil; la lengua puede ser tan gran

de que cuelgue fuera de la boca y por lo tanto puede llegar a deformar el arco dental y una oclusión irregular debido a la presión constante que ejerce está sobre los dientes. Pero cuando el sobredesarrollo de la lengua ocurre en la vida intrauterina, esta macroglosia puede impedir la unión de los mamezones faciales.

MACROGLOSIA ADQUIRIDA (secundaria). Se debe a la relajación de la musculatura lingual, o también ser el resultado de un tumor de la lengua, como el hemangioma difuso, neurofibromatosis o bien por el bloqueo de los vasos linfáticos en el caso de neoplasias malignas de la lengua.

En los trastornos endocrinos como la acromegalia por hiperpituitarismo debido al crecimiento de la mandíbula origina un relajamiento muscular - que ocasiona el aumento de la lengua. También se observa en dicho órgano debido a su aumento un festoneamiento de los bordes laterales y las puntas - de dichos festones adaptados a los espacios interproximales de los dientes.

La macroglosia también es un signo característico en el síndrome hipoglucémico de Beckwith, - además de la hipoglosemia neonatal y hernia umbilical.

TRATAMIENTO.- En sí no hay un tratamiento particular; pero en algunos casos para reducir el volumen de la lengua se utiliza el medio quirúrgico.

ANQUILOGLOSIA

Anomalia que fué estudiada por Matherwson y colaboradores. Y esta puede ser:

Anquilòglòsia completa en la cual la lengua esta fusionada al piso de la boca.

La más común es la Anquiloglosia parcial o también se le llama lengua atada, y es debida a - que el frenillo lingual es corto y llega demasiado cerca a la punta de la lengua por lo que no se puede sacar sobre los insicivos dicho órgano, y esto modifica los movimientos de la lengua en la pronunciación; habrá dificultad al hablar principalmente a la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos; a la alimentación generalmente no habrá mucha dificultad.

TRATAMIENTO.- En algunos casos de anquiloglosia parcial, la anomalia se corrige por si sola, pero la mayoría son tratadas mediante la cirugía - haciendo una insición del frenillo y colocando en un punto en que este más alejado de la punta de la lengua y así tenga mayor libertad de movimiento.

CAPITULO V

LESIONES LINGUALES EN LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

LIQUEN PLANO

Se trata de una enfermedad dermatológica común que afecta tanto piel como cavidad bucal de ahí el interés particular para nosotros los odontólogos y en especial porque es posible establecer el diagnóstico sin biopsia.

ETIOLOGIA.- La causa real es en sí desconocida, Pero es probable que el liquen plano sea una enfermedad psicosomática, por que casi siempre hay un estado emocional específico relacionado con el comienzo a la exacerbación de las lesiones.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Las lesiones cutáneas del liquen plano son pápulas pequeñas, angulares de superficie plana, y al comienzo de la enfermedad las lesiones son rojas, pero pronto adquieren un tono violáceo y pasando al de canela a oscuro.

Y en cambio en la cavidad bucal. Las lesiones consisten en abundantes y minúsculas pápulas blancas o grises aterciopeladas y dispuestas en forma característica que forman placas con aspecto de encaje. Otra de las formas de estas lesiones es la anular que en la lengua se asemeja a la lengua geográfica.

Cuando el aspecto clínico no es característico se asemeja al de la leucoplasia; la biopsia es de gran utilidad ya que el cuadro histológico.-

del liquen plano es específico.

Las lesiones bucales suelen ser asintomáticas. Sin embargo hay una forma erosiva de liquen plano que si produce molestias.

Las manifestaciones bucales (mucosa, labios, lengua) aparecen semanas antes que las cutáneas, pero según experiencias de muchos investigadores existen pacientes, que no tienen lesiones cutáneas cuando se originan las bucales.

TRATAMIENTO.- No lo hay específico.

Las lesiones duran varias semanas, meses y aún años y terminan por desaparecer sin medicación. Se ha recurrido al tratamiento con corticoesteroides en casos avanzados para aliviar la inflamación.

Al principio se penso que esta enfermedad era inofensiva, que se trataba de una lesión benigna, pero se han registrado más de 65 casos con carcinoma epidermoide originando en lesiones bucales del liquen plano.

PENFIGO

Enfermedad ampollar grave mortal si no se trata.

En la boca (mucosa, labios, lengua) se forman grandes o pequeñas vesículas o ampollas; que son simulares a las cutáneas. El epitelio necrótico es blanco y da este color a la lesión que se destaca sobre el fondo rojo. La biopsia es impor--

tante, ya que el cuadro del pénfigo es específico.

No hay zona intrabucal inmune a las lesiones que sangran con facilidad y son dolorosas, ya que pueden atacar piso de boca, encía, lengua, pueden extenderse a labios y el dolor llega a ser tan intenso que el paciente no puede comer.

El pénfigo es debilitante y mortal porque las lesiones cutáneas se ulceran y al hacerlo exponen una gran superficie, ello produce pérdida de líquido.

TRATAMIENTO.- Mediante quimioterapia o corticoesteroides, en forma de pasta, polvos, pomadas o pastillas. También se pueden emplear colutorios-antisépticos.

LEUCOPLASIA

Término clínico que describe la presencia de una placa blanca, anormal firmemente adherida a la mucosa. Pero algunos médicos lo usan como definición para los problemas precancerosos, esto es un error ya que no todas las lesiones blancas hiperqueratósicas, son anunciadoras de neoplasias.

ETIOLOGIA.- La causa de esta enfermedad a sido atribuida a varios factores generales y locales.

Generales, entre estos se consideran: Factores nutricionales (carencia de vitamina A, complejo B); Factores endocrinos (trastornos gonadales); Posibles relaciones con enfermedad general (sifi-

lis); y también con posibles características constitucionales.

Locales, estas se deben a irritaciones crónicas de varios tipos: Traumatismos (por prótesis mal adaptadas, mordedura habitual de mejillas, bordes agudos de raíces dentarias); Químicos y térmicos (aplicaciones repetidas de farmacos causticos - a lesiones irritativas de mucosa bucal, agentes utilizados para la preparación del tabaco, en sus diferentes formas); Bacterianos (la mala higiene bucal, enfermedad parodontal).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Las lesiones clínicas de la leucoplasias pueden ir desde pequeñas manchas blancas bien localizadas hasta una zona difusa que afecte la mucosa oral.

Con respecto a su color, textura de las lesiones existen variaciones. Ya que algunas zonas son como placas lisas, planas o ligeramente elevadas y de color blanco translúcido hasta un blanco amarillento, o grisáceo, en los grandes fumadores la coloración es blanco amarronada. Otras en cambio son gruesas fisuras papilomatosas y duras a la palpación.

La principal característica de la leucoplasia es la falta de dolor, la lesión puede seguir indolora a pesar de presentar signos de degeneración maligna, cuando la lesión se abre o se fisura se vuelve dolorosa, las probabilidades de alteración maligna son elevadas. Con frecuencia el primer síntoma que refiere el paciente, y muchas veces el único es la falta de flexibilidad de una zona blan

ca amarillenta, y así ocurre en particular cuando esta afectada la lengua, hay que desconfiar de las leucoplasias de la superficie lingual inferior, piso de boca y borde alveolar del maxilar inferior, - porque en estas zonas las lesiones hiperqueratotoxicas sufren con mas frecuencia cambios malignos, a diferencia de otras regiones.

La leucoplasias es dos veces mas frecuente en el hombre que en la mujer, y su incidencia se sitúa entre los 50 y 70 años, en cuanto a raza no parece haber predilección.

TRATAMIENTO.- Lo primero que hay que hacer es contar con la cooperación del paciente, porque - la mayor parte de estos no suelen atender mucho a su salud.

Hay que tratar de hallar la fuente de irritaciones, traumáticas, microbianas u otras, y no olvidar la importancia de mantener una boca limpia.

Como medida general puede prescribirse una terapéutica a base de vitamina C y complejo B, si hay cambios inflamatorios de la mucosa bucal, y la biopsia no muestra alteraciones por disqueratosis, se prescribe vitamina A durante 4 a 6 meses en forma local (trociscos de Vit. A) dos o tres veces al día Mulay y Urbach demostraron que la vitamina A - en forma local impedia la queratinización patológica.

ERITEMA MULTIFORME

Enfermedad eruptiva e inflamatoria. Que se-

caracteriza por varios tipos de lesión, que incluyen ampollas, vesículas, pápulas, máculas y habones. Estas lesiones pueden afectar en sus formas más graves las articulaciones, las mucosas (orales, oculares, vulvovaginales) existen algunos pacientes en que las lesiones quedan limitadas a las mucosas.

Esta enfermedad se puede presentar a cualquier edad, así tenemos lactantes, niños, jóvenes, adultos (siendo más frecuentes en estos dos últimos), y se presenta más en hombres que en mujeres.

ETIOLOGIA.- El eritema multiforme puede ser de etiología conocida o desconocida. Las causas varían desde hipersensibilidad a los alimentos, cosméticos, tónicos, laxantes, y fármacos; hasta una alergia secundaria a infecciones víricas, parasitarias, estreptocócicas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Las lesiones bucales consisten en máculas rojo púrpura, vesícula o ampollas, que pueden romperse rápidamente para formar ulceraciones superficiales que sangran fácilmente. Estas lesiones están rodeadas por zonas de inflamación, y no dejan cicatriz, a excepción si hubo una gran infección secundaria.

Cuando las lesiones están limitadas a la boca no se presentan malestares como fiebre, fatiga.

El eritema multiforme ataca en cavidad oral, labios, mucosa, de las mejillas, paladar, en la lengua (en esta la afección es severa y se presenta con erosión de las ampollas seguidas de ulceración).

TRATAMIENTO.- En sí nohay un específico.

Existiendo dolor y molestias insoportables a la masticación se pueden prescribir terapéuticas paliativas y de sostenimiento, en cuanto a las primeras se recomiendan colutorios como cepacol, peróxido de hidrogeno. En cuanto al de sosten se prescribe complejo B, vitamina C, y una buena dieta nutritiva que será líquida principalmente ó semisolidad. Son recomendables para que el paciente pueda comer los anestésicos locales o en trociscos, ya que estos alivian el dolor momentaneamente.

Pueden utilizar esteroides corticosuprarrenales por vfa general (pero ésto bajo vigilancia médica) cuando se trata de lesiones muy intensas, -- pero nó todos los pacientes responden a dicho tratamiento favorablemente.

CAPITULO VI

MANIFESTACIONES DE LA LENGUA CAUSADAS POR VIRUS Y FIEBRES ERUPTIVAS

HERPES SIMPLE

Es una erupción de vesículas bastante voluminosas agrupadas unas a un lado de otras para formar una especie de racimo.

ETIOLOGIA: El agente causal del herpes es un virus específico que origina dos tipos de infección:

Una infección primaria llamada gingivostomatitis herpética aguda; y otra secundaria llamada herpes labial recurrente.

Estomatitis Herpética Primaria. Se origina esta infección cuando el virus del herpes simple afecta la mucosa bucal y en menor grado la orofaringe. Es una enfermedad bastante común, que dura de 10 a 12 días, se observa por lo general en niños de 2 a 6 años de edad; siendo peligrosa y en casos graves puede ser fatal. También puede manifestarse dicha infección en adolescentes o en adultos jóvenes.

Esta infección es altamente contagiosa para personas susceptibles, ya que el contagio puede efectuarse por contacto directo con lesiones herpéticas o con saliva, heces fecales, orina.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El período de incubación es de una semana aproximadamente, la en-

fermedad se caracteriza por la súbita aparición de fiebre que se puede elevar hasta 40 grados C. sobreviniendo la deshidratación (esto en cuanto a lactantes), malestar general, linfadenopatía regional, cefalea, palidez, disfagia, sialorrea, náuseas. Dichos síntomas permanecen 1 ó 2 días y proceden a la aparición de las lesiones bucales.

Va a existir una irritación generalizada en la cavidad oral que va a ocasionar dificultad para comer, hablar y tragar. En un principio la encía está en un color rojo encendido y tumefacta, con tendencia a la hemorragia.

Después que aparecen las vesículas bucales - suele disminuir la fiebre.

Las vesículas están diseminadas por toda la boca y orofaringe. No existe ninguna porción del epitelio bucal que sea resistente, en cuanto a orden de frecuencia están afectados, los labios, las vesículas esféricas, grises, circunscritas que van precedidas de prurito y marcada sensación de dolor, aproximadamente estas vesículas se rompen a las 24 horas dando origen a úlceras las cuales van a ser poco profundas, dolorosas, rodeadas de un halo rojo, su porción central hundida de color amarillento o bien grisáceo, en cuanto a su tamaño este varía de 2 a 6 mm. A los pocos días dichas úlceras se profundizan dando lugar a una infección secundaria. Del octavo al noveno día forman costras, la curación es completa sin dejar cicatriz del décimo cuarto al décimo quinto día.

TRATAMIENTO.- Como la infección termina por si sola y no existiendo a la fecha ningún agente - quimioterápico que sea capaz de detener o bien eliminar el curso de la estomatitis herpética primaria. El tratamiento de elección consistirá en medidas paliativas (violeta de genciana, alcanfor), y sintomáticas.

Al paciente se le recomienda reposo en cama, dieta blanda, lavados bucales, para evitar la deshidratación se le prescriben antipiréticos y que tome bastante líquido. Para que pueda comer se le puede mandar un anestésico como el Dyclone, el cual puede diluirse en agua en partes iguales. Se mantiene en la boca durante 1 ó 2 minutos haciendo colutorios esto para poder producir un efecto anestésico, que aliviara el dolor solo durante 30 ó 40 min. En caso de que el paciente padezca alguna enfermedad como, disfunciones renales, diabetes, cardiopatías reumáticas etc. en los cuales dicha infección pueda constituir un peligro para su vida, se le podrá prescribir antibióticos, para evitar una infección secundaria.

HERPES SECUNDARIO (herpes labial)

Esta infección se manifiesta en personas que han padecido la enfermedad herpética primaria.

Después del establecimiento de una gingivoestomatitis primaria aguda, se establece en el huésped humano una inmunidad para toda la vida. Pero sin embargo persiste una susceptibilidad ulterior para toda la vida, a pesar de la presencia de anticuerpos circulantes para el virus del herpes -

simple; esto se debe a que el virus herpético residual queda en estado latente dentro de las células epiteliales de los sitios que fueron infectados anteriormente durante la infección primaria. Los virus del herpes se activan por diferentes estímulos reactivadores como son: menstruación, embarazo, - - trastornos gastrointestinales, deficiencia vitamínicas, traumatismos cutáneos, tensión, fatiga, trastornos febriles, exposición al sol.

Estas erupciones herpéticas recidivantes no son una "reinfeción".

VARICELA

Principia por un exantema, después aparecen los signos bucales junto con los cutáneos.

Es una estomatitis eritematosa generalizada sobre cuyo fondo se desarrollan vesículas que se rompen rápidamente formando erociones rojas, rodeadas de una tumefacción y zona violacéa, o bien - - erociones de color blanco amarillento rodeadas de un halo rojizo, parecidas a las aftas, se produce una hipersalivación y dolores.

Si la erupción es intensa, se observan las vesículas sobre los bordes y punta de la lengua, - las mejillas, faringe y velo del paladar.

Si la erupción es confluyente, las lesiones se vuelven ulcerosas.

ESCARLATINA

Fiebre eruptiva, comienza con una erupción-

bucofaríngea, por lo que el paciente refiere una sensación de quemazón, se encuentran tumefactos úvula, velo del paladar enrojecidos y tumefactos.

La lengua recubierta al comienzo por una capa blancuzca, después los bordes y punta adquieren un color rojo escarlata, la saliva es contagiosa.

Va ensanchandose progresivamente la lengua, en la zona grisacéa puede observarse el dibulo voluminoso, las papilas de color rojo intenso. Del segundo al cuarto día, la lengua presenta el aspecto de una V roja, circuncribiendo una V blanca, y a partir del sexto día la lengua es uniformemente roja, la superficie se presenta amamelonada a causa del aumento de volumen de las papilas denudadas por la descamación epitelial. Después se realiza la separación y las zonas interpapiladas se rellenan, lo cual hace desaparecer las papilas. Sin embargo persiste el enrojecimiento; lengua barnizada, lisa, plana y brillante. Del doceavo al quinceavo día la lengua recupera su aspecto normal.

VACUNA

Contaminación por objetos de depósito de un vacunado. Se han registrado casos de vacuna accidental, con localización exclusiva en la mucosa bucal, traducidas por una tumefacción dolorosa de la lengua, que se recubre de una capa amarillenta, gruesa, adherente, con algunas postylillas.

VIRUELA

Desde el período de incubación la lengua se vuelve pastosa, seca, roja sobre los bordes y la -

punta. Se recubre en su parte media de una capa -blancuzca más o menos espesa. La mucosa bucal aparece seca y dolorosa.

En el período de erupción, al propio tiempo que el exantema, aparece el enantema. Sobre la mucosa abollonada, se dibujan manchas rojas, prominentes, más visibles sobre la boveda y el vélo del paladar, enmascaradas sobre la lengua por la capa saburral.

El elemento eruptivo se rompe prematuramente, dejando una mancha grisácea rodeada de un collarite epitelial y circundada por un círculo rojo o una erosión, adherente circunscrito por una área eritematosa. Estas lesiones se acompañan de disfagia, adenopatía.

Habitualmente, la curación sobreviene sin curación.

CAPITULO VII

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (NO ODONTOGENICAS) Y SUS
MANIFESTACIONES EN LA LENGUASIFILIS

Enfermedad infecciosa y contagiosa causada por una espiroqueta llamada Treponema Pallidum. La cual puede ser adquirida o bien congénita (prenatal); afecta piel, órganos genitales, cavidad bucal, hígado, huesos, ojos, sistema cardiovascular, sistema nervioso.

La importancia para nosotros de esta enfermedad es que puede ser transmitida durante nuestra práctica profesional por un paciente que la padezca dicha infección.

La sífilis se divide en tres periodos:

PRIMARIO (chancro)

La inoculación se produce habitualmente por contacto inmediato o directo.

El chancro bucal es el más frecuente de los chancros extragenitales.

Se desarrolla el chancro en el punto de inoculación después de un lapso de 25 días. Existirá linfadenopatía regional o bilateral.

Según Fournier distinguía 4 periodos de evolución del chancro (siendo de 4 a 6 semanas):

- 1.- De comienzo se observaba rara vez un enrojecimiento.
- 2.- De aumento, la lesión se endurecía en su base y se ensanchaba.
- 3.- De madurez cuando el chancro esta maduro (8 -- días) y la lesión esta bién circunscrita redondeada. La superficie erosiva de color carne -- muscular.
- 4.- De reparación, la cicatrización se realiza espontáneamente no deja marca solo una mancha -- pigmentada.

CHANCRO DE LA LENGUA.- Se presenta en el -- tercio anterior de la cara dorsal de la lengua, es sangrante, de color rojo ó gris, dolorosa. Es raro y existen dos formas comunes: erosiva ó úlcerosa; y dos formas raras: fisurada ó esclerosa.

En el erosivo se observa la lengua poco brillante, depapilada, pero existe una induración que levanta el chancro por encima del nivel normal de la lengua.

La forma fisuraria se localiza en los bordes, y la esclerosa transforma la punta de la lengua en un bloque indurado que puede confundirse con un -- epiteloma.

SECUNDARIO (placas mucosas).

Los síntomas de la sífilis secundaria aparece 45 días después del comienzo del chancro.

Las lesiones secundarias bucales se localizan con más frecuencia en la lengua paladar blanco,

encia y dichas lesiones se denominan placas mucos--
sas.

La mucosa del dorso y de los bordes de la -
lengua, presenta un aspecto indurado (espesamiento
con endurecimiento), las papilas estan hipertrofia
das.

Las placas son indoloras; blancas grisáceas,
de forma ovaladas y estan rodeadas por un halo eri
tematoso, son infecciosas.

Las placas mucosas de la lengua en princi--
pio son elevadas.

TERCIARIO (goma)

Las lesiones son polimorfas que consiste en
una masa nodular dentro del tejido que puede necro
sarse.

El goma es un proceso inflamatorio granulo-
matoso; en boca afecta lengua, paladar, maxilares-
y glándulas salivales.

GLOSITIS GOMOSA O LENGUA PELADA.- Gomas de
la lengua, se localizan por delante de la V lin-
gual en el tercio anterior de este órgano, pueden
ser superficiales o bién profundas. La lengua se -
observa roja, lisa, brillante, barnizada, de con-
sistencia dura.

superficiales; se localizan en la mucosa --
son del tamaño de una avellana de color rosada o -
granulosa.

Profundas o musculares, las gomas son menos numerosas pero más voluminosas que la anterior; se presentan como, un tumor levantado, con una mucosa roja barnizada, lisa, conducen al igual que las anteriores a una ulceración análoga pero más extensa.

En ambas formas la lengua esta poco augmenta da de volumen.

En este período no existe adenopatía, no presenta tendencia a curación espontánea.

Como las lesiones de la sífilis terciaria son destructoras dejan cicatriz, en la lengua el goma deja un tejido cicatrizal que le da a la lengua un aspecto lobulado.

En los pacientes con glositis sífilítica es frecuente observar el carcinoma de la lengua.

TRATAMIENTO

Para todos los períodos se administra anti-biótico por vía intramuscular y será la penicilina, o bien en caso de alergia a este medicamento, la eritromicina.

HISTOPLAMOCIS

Infección generalizada causada por el hongo *Histoplasma Capsulatum*; suele contraerse por la ingestión o inhalación de esporas.

Esta enfermedad se manifiesta con fiebre, pérdida de peso, anemia, leucopenia, linfadenop~~atía~~ tía.

Cuando la puerta de entrada a sido efectuada en los pulmones en estos se puede encontrar lesiones.

Casi un 45% de los enfermos se observa lesiones bucales.

Las lesiones se presentan con frecuencia en forma de granulomas nodulares o ulcerativas, localizadas generalmente en lengua, labios, mucosa y paladar, suelen ir acompañadas de linfadenopatía cervical.

Para un diagnóstico definitivo, nos basamos en la demostración, del histoplasma capsulatum en el interior de los tejidos afectados, o en los cultivos de materias inculadas a ratones.

Ya que las lesiones bucales no son características, porque pueden imitar al carcinoma, tuberculosis u otras lesiones.

ACTINOMICOSIS LINGUAL

Es rara en el hombre, siendo más frecuente en animales (lengua de palo infiltrada en su totalidad).

Según New y Figi el paciente viene a consultar por un nódulo en la mitad de la parte anterior de la lengua, cerca de la punta, de 1 a 1.5 cm. de diámetro. Raramente este nódulo se ha presentado con dolores y signos generales, como si se tratara de un absceso de la lengua.

Con mayor frecuencia, se desarrolla poco a poco, en varios meses o años, sin infección secundaria.

Cuando el tumor esta constituido, los signos funcionales son mínimos: sensación de pesadez, torpeza de la lengua, que se deja morder, dificultad a la masticación y elocución. El nódulo que se localiza en el dorso de la lengua, se encuentra recubierto por la mucosa que parece sana, pero a la palpación aparece duro, liso, y bien circunscrito.

Cuando esta reblandecido, la punción se extrae un líquido mucopurulento, en el que se halla el hongo. En este momento la mucosa subyacente está ligeramente elevada inmóvil.

Abandonado a su evolución espontánea el nódulo se ulcera: ulceración trivial, enfractuosa, -recubierta de un exudado purulento. Aparecen entonces, en relación con la infección secundaria, los dolores, la alteración funcional, la hipersalivación y la fetidez del aliento.

Krymoff describió 3 aspectos clínicos:

La forma nodular, el absceso frío limitado y la forma maligna invasora multifistulosa.

El pronóstico es habitualmente bueno; la ulceración tiende a la curación espontánea.

MONILIASIS

La variedad común de moniliasis de la mucosa bucal se llama muguete.

ETIOLOGIA.- El agente etiológico, *Candida Albicans*, esta presente generalmente dentro de la cavidad bucal.

Se caracteriza por una lesión blanca perlada o blanca azulosa que afecta tubo digestivo, mucosa lengua, vagina, piel y en ocasiones valvulas del corazón. Antiguamente solia encontrarse, mugete en niños prematuros, debilitados o desnutridos, hoy en día el padecimiento es mas frecuente en los adultos. En este caso, existen casi siempre antece dentes de administración de antibióticos de amplio espectro (como las tetraciclinas), xerostomia, enfermedades generales como diabetes leucemia. En el niño presenta un cuadro clínico bastante homogéneo, pero en el adulto, cabe encontrar una amplia gama de síntomas y signos. Las lesiones típicas del niño consisten en placas blancas o blanco azulosas - en la mucosa bucal, que a veces abarcan los tejidos circunbucuales, cuando esto sucede que se disemina crea problemas mas serios proque se acompaña de cuadros febriles hasta 40 grados. En el adulto la enfermedad se acompaña de inflamación eritema y zona erosionadas dolorosas; a veces hay pocas lesiones típicas en placas blancas perladas. Pueden estar afectadas cualquier zona de la mucosa bucal.

El diagnóstico de moniliasis depende de que el cirujano reconozca su aspecto clínico y obtenga una muestra para cultivo e identificación.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las infecciones moniliasis bucales comprende el uso de suspensión de nis-

tatina. Estas infecciones responden rápidamente a la administración de 100 000 a 300 000 unidades de nistatina mantenida en la boca durante 3 min. y - después deglutida; este régimen se repite 3 ó 4 veces al día.

TUBERCULOSIS

Aunque las lesiones bucales de tuberculosis son raras, estas ulceraciones granulomatosas pueden clasificarse fácilmente en forma errónea como infección por hongos, carcinoma, goma o chancro.

Estas lesiones son generalmente dolorosas, - con predilección por lengua, mejillas, paladar, la bios.

Mycobacterium tuberculosis (bacilo de Koch), el agente infeccioso es una bacteria en forma de - bacilo que se vuelve acidorresistente cuando se ti ñe con la técnica Ziel Neelsen. Otra característica de la lesión tuberculosa es el desarrollo de - granulomas crónicos con áreas centrales de necro-- sis. En el centro de esta lesión se encuentran células gigantes multinucleadas que contienen baci-- los tuberculosos.

Las lesiones bucales tuberculosas contie-- nen: úlceras, fisuras, lupus siendo las úlceras - las mas frecuentes y se localizan en la lengua que en ninguna otra parte de la cavidad bucal.

La úlcera en la lengua se localiza en los - bordes y dorso de ella. Por palpación es blanda e-- indolora, provocan dolor al contacto con los ali--

mentos y por los movimientos de la lengua, perturbando la masticación, la deglución y la fonación.- Su evolución es lenta (dura meses) sin tendencia a la cicatrización espontánea; existe tumefacción en los ganglios linfáticos.

A veces es difícil diagnosticar las lesiones de la mucosa bucal se debe recurrir a las radiografías del tórax y biopsia.

TRATAMIENTO

El de elección para estas lesiones tuberculosas es la administración de isoniacida, estreptomicina. Para que el paciente pueda alimentarse sin dolor se le prescribe una solución de xilocafna al 1%, también vitamina D, una alimentación rica y adecuada. Se recomienda absoluto reposo, que permanezca lo más posible al aire libre y sol.

CAPITULO VIII

ULCERACIONES DE LA LENGUA

Las úlceras por decúbito de la lengua no constituyen una rareza. A consecuencia de la acción de los bordes cortantes de los dientes caninos puede producirse una pequeña infiltración de las capas superficiales de la mucosa de la lengua; que a causa de la irritación y de la infección que se produce da lugar finalmente a una pérdida de sustancia que se recubre de un exudado purulento. El dolor que experimenta el enfermo al masticar y durante la deglución completa este cuadro. Generalmente estas úlceras curan cuando se ha extraído el diente cariado, procurando desde luego someter a la boca a una higiene apropiada.

Las úlceras de la dentición que se observan en la lengua, aparecen en los niños de pecho después de la erupción de los incisivos inferiores. Generalmente están localizadas en el frenillo de la lengua; y se producen durante la succión porque los bordes de los dientes rozan con el frenillo. Este proceso puede dar lugar a una infiltración inflamatoria de la lengua.

Las heridas debidas a traumatismo de la lengua frecuentemente son producidas por mordidas presentan una dirección transversal y se diferencian de las que se observan en los epilépticos en que estas se hallan situadas en las partes laterales de la lengua.

También pueden producirse heridas en la len-

gua por impericia del odontólogo durante el tratamiento o por accidentes del mismo.

Generalmente estas heridas se curan sin necesidad de someterlas a tratamiento; solamente - - cuando la hemorragia es bastante copiosa o los bordes de la herida están muy separados es preciso - - efectuar una sutura con catgut.

En algunos casos existen lesiones de la lengua producidas por la prominencia acerada de una - pieza de prótesis, o por determinadas profesiones - como ejemplo en los obreros que manipulan ácidos y en los curtidores estas lesiones se curan una vez - superada la causa.

LESIONES DE ORIGEN TRAUMATICO

1) Por Agentes Mecánicos:

Las lesiones de este tipo en lengua, no es frecuente que presenten heridas graves, éstas se - deben generalmente a causas externas, principalmente por armas de fuego, objetos proyectados por explosivos o accidentes de otra índole. Mas comunes - son las heridas en lengua, labios y carrillos, provocados por caídas; en estos casos los bordes incisales de los dientes accionan dichas zonas; ésto - es observado con mayor frecuencia durante los cuadros convulsivos; sin embargo, es notable la ten-dencia a la cicatrización rápida de las heridas en cavidad bucal.

En general se puede establecer que casi todas las heridas de la boca son laceraciones, desgarres o contusiones graves, rara vez se trata de he

ridas incisivas de bordes nítidos, pero cualquiera que sea la naturaleza de la herida, la hemorragia-copios y el dolor, son características de estos traumatismos. La mayor parte de las heridas lingua les curan rápidamente gracias a la rica vascularización del órgano.

Si las lesiones son pequeñas, tales como pa pilitis, el tratamiento consistirá en eliminar la causa y aplicar un antiséptico como yodo al 3% o azul de metileno al 1%. En casos de heridas graves, lo primero es cohibir la hemorragia; posteriormente si lo amerita, se reconstruirá por planos y se le dará una terapia adecuada para evitar la infección secundaria.

2) Por agentes Físicos.

Están consideradas dentro de los agentes fí sicos, la electricidad el calor y las radiaciones; estos agentes producen lesiones en la lengua por la exposición del órgano a cualquiera de ellos.

Quemaduras Termicas; principalmente estas lesiones son producidas por la introducción a la boca de alimentos calientes, algunas veces por cigarrillos o bien accidentes con el cauterio por una mala manipulación dentro de la boca.

Las quemaduras superficiales forman vesículas que al romperse liberan linfa, después se forma tejido fibroso que sustituye al tejido quemado, la mucosa se presenta roja e inflamada. Si la lesión se debe al electrocauterio, será profunda y dicho tejido expuesto se cubrirá por una escara.

Si la lesión es muy grande puede producir deformaciones y cicatrización que impera algunos movimientos de la lengua.

Su tratamiento consiste en prevenir la infección de la lesión, la terapia sera a base de ant antibióticos o antisépticos ligeros según la lesión, con establecimiento estricto de métodos de higiene.

Quemaduras de Origen Eléctrico: Son poco frecuentes este tipo de lesiones. Se observan en personas que acostumbran probar polaridad con la punta de la lengua. Su síntoma y su tratamiento son semejantes a los provocados por una quemadura de alimento caliente.

Quemaduras por Irradiación: La epitelitis es el resultado que ocasiona el uso de grandes dosis de rayos X o radio para el tratamiento de tumores, ya que el efecto de ambos es esencialmente igual, variando la susceptibilidad entre un paciente u otro.

La irradiación excesiva de la mucosa lingual causa una marcada reacción inflamatoria; la mucosa se encuentra pálida y se presenta un área de eritema definido con o sin vesiculaciones de este edema, ulceración y esfacelación.

La reacción es retardada y desaparece después de diez días.

Las reacciones secundarias por la absorción de partículas radiactivas son de tipo acumulativo.

El tratamiento es paliativo, además de establecer métodos adecuados de higiene y si las lesiones son graves se tratará también con antibióticos para evitar infecciones secundarias.

3) Por Agentes Químicos:

Estas lesiones en boca son frecuentes en niños, sobre todo quemaduras causadas por sosa cáustica. En otros casos, suelen ser provocadas por el uso excesivo y prolongado indistintamente por astringentes y germicidas. El perborato de sodio es a veces usado sin el consejo del dentista y en las personas que abusan de este medicamento se han visto quemaduras dolorosas de la mucosa lingual y bucal en general, presentando, manchas blancas del epitelio, con más frecuencia en el borde gingival.

CAPITULO IX

ALERGIAS A FARMACOS Y SU REPERCUSION EN LA LENGUA.

ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA

La alergia a medicamentos incluye una variedad de reacciones de sensibilidad después de la exposición a uno de los diversos medicamentos y productos químicos, pero no se relaciona con ninguna actividad farmacológica o toxicidad de estas sustancias. Se sabe que prácticamente todo fármaco conocido en uno u otro momento es capaz de producir una racción alérgica en una persona sensible. Sin embargo, ciertos fármacos tienen una tendencia mucho mayor a producir reacciones que otras. Mas aún ciertos pacientes tienen una mayor susceptibilidad a medicamentos y manifiestan reacciones con mayor facilidad que otros.

MANIFESTACIONES BUCALES

Las reacciones bucales a la administración de diversos medicamentos son considerablemente menos comunes que las reacciones cutáneas. Las lesiones bucales, a veces denominadas estomatitis medicamentosa, suelen tener distribución difusa y aspecto variable de zonas múltiples de eritema a zonas extensas de erosión o ulceración. En las fases tempranas se encuentran vesículas o hasta ampollas en la mucosa. En ocasiones aparecen manchas purpúricas y, a veces, edema angioneurótico.

Es común que encía, paladar, labios y lengua estén afectados.

DIAGNOSTICO

La estomatitis medicamentosa puede ser difícil de diagnosticar. Son importantes los antecedentes de ingestión o las posibilidades de absorción en casos de inyección, en cualquiera de los fármacos comunes que producen estas lesiones. Si la suspensión del fármaco sospechoso va seguida de desaparición de las lesiones, se tiene una prueba presuntiva de la relación causal. En casos dudosos, puede ser necesario administrar al paciente una pequeña cantidad del fármaco (dosis de prueba) buscando la aparición del síntoma, la prueba del parche es negativa en la estomatitis medicamentosa.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en suspender el fármaco responsable de las lesiones. Puede darse algún antihistamínico si se encuentran las lesiones bucales antes de que hayan ocurrido cambios secundarios amplios. Estos medicamentos producen muchas veces efectos colaterales sumamente molestos como somnolencia, vértigos insomnio o nerviosidad.

Las lesiones dolorosas son susceptibles de un alivio sintomático con trociscos anestésicos o antimicrobianos locales. Las recidivas pueden ser prevenidas solo por la completa abstinencia del uso del agente causal.

Las manifestaciones bucales después de la terapéutica antibiótica se han observado con la mayor parte de los antibióticos, señalaremos particularmente:

a) Penicilina.- Es el medicamento que produce mas-reacciones alérgicas.

Un efecto colateral frecuente es la urticaria en la piel del cuerpo, el edema angioneurotico; otros efectos colaterales que pueden aparecer en -pacientes hipersensibles a la penicilina son la -queilitis y la estomatitis difusa. Los tejidos son de color rojo intenso, apareciendo gran número de-erosiones dolorosas, hasta verdaderas úlceras.

El paciente puede sufrir dolor lingual con-exfoliación de las papilas filiformes. Un efecto -colateral inquietante, pero que no requiere la sus-pensión del fármaco, es la aparición de lengua ne-gra vellosa. El resto de la mucosa bucal puede par-ticipar en la reacción. Más raramente; Pérdida de-la salivación, cierta pérdida del gusto, persisten-cia del sabor de la penicilina en la boca. Las le-siones no aparecen más que cuando la flora bucal a-sufrido un cambio completo de composición por in-flujo del tratamiento penicilínico.

b) Tetraciclinas (aureomicina, terramicina, acromi-cina).

Estos antibióticos de amplio espectro rara-vez producen reacciones alérgicas. El efecto secun-dario de mayor peligro e importancia es la supre-sión de la flora bacteriana normal del tubo diges-tivo e irritación de éste mismo incluyendo la re-gión del recto.

En la boca puede presentarse una queilitis, lengua lisa, glosodinia, una estomatitis.

- c) Estreptomycin.- Puede complicarse de un brote de vesículas y acompañarse de lesiones cutáneas.

En el niño, según LAMBERT, se presenta en los dos tercios de los pacientes, sobre los labios, las mejillas y lengua. Con mayor frecuencia, no existen signos funcionales y las lesiones son mínimas: edema de la mucosa bucal (los dientes dejan sus huellas sobre la mucosa de los labios, de la lengua, de las mejillas); leucoqueratosis (velo opalino, finas estrías blancuzcas, o aspecto leucoplástico); más raramente, lesiones erosivas superficiales que dejan cicatrices blancuzcas o placas leucoqueratósicas. El pronóstico es benigno; la terapéutica, decepcionante.

ESTOMATITIS VENENATA

Se debe al contacto del agente causal con los tejidos. La estomatitis venenata o estomatitis por contacto reviste dos aspectos distintos: 1) la estomatitis por agentes físicos o irritantes, y 2) la estomatitis por sustancias sensibilizantes.- La primera variedad es una lesión física o química directa semejante a una quemadura; la segunda representa una reacción alérgica.

Los medicamentos de interés para el odontólogo. Se pueden clasificar como sigue:

1.- Preparaciones dentales o cosméticas.

- a) Dentríficos
- b) Colutorios
- c) Polvos y pastas
- d) Lápiz labial, gotas para la tos, gomas de -

mascar

e) Enjuagues bucales-- perborato de sodio

2.- Medicamentos utilizados en odontología:

- a) Antibióticos
- b) Alcohol
- c) Cloroformo
- d) Yoduros
- e) Fenol
- f) Procaína
- g) Aceites volátiles

3.- Materiales dentales:

- a) Bases de prótesis (acrílico, aleaciones que contienen cobalto, níquel, acero).
- b) Vulcanita.
- c) Substancias plásticas para obturaciones - - (amalgama de plata, acrílicos, resinas epoxi).

MANIFESTACIONES BUCALES

Luego de entrar en contacto con algún material al que el paciente es sensible, la mucosa se vuelve notoriamente inflamada y edemática; la lesión imparte un aspecto liso y brillante a la superficie. Estos síntomas suelen ir acompañados por una sensación de ardor bastante intensa, pero solo unas veces hay prurito. Se pueden formar vesículas pequeñas, que son pasajeras y pronto se rompen para dejar pequeñas zonas de erosión y ulceración.

La reacción a las diversas preparaciones dentales o cosméticos no es especialmente común. Sin embargo, se ha comunicado que casi todos los dentríficos producen estomatitis de contacto en al

gunas personas.

TRATAMIENTO

El único tratamiento para la estomatitis de contacto es suspender todo contacto con la sustancia irritante. Cuando se hace suele haber una remisión rápida de todas las lesiones.

CAPITULO X

VARICES LINGUALES

Una varice es una vena dilatada o tortuosa; comúnmente, una vena sometida a gran presión hidrostática pero mal sostenida por los tejidos circundantes. Las varices de las venas raninas linguales son relativamente comunes; se presentan como racimos rojos o violetas, con forma de perdigones, en la superficie ventral y los bordes laterales de la lengua así como en el piso de la boca, como los labios, mucosa bucal y comisuras labiales.

No se ha establecido una relación directa entre estas varicosidades y otras enfermedades orgánicas específicas. No obstante, Kleinman llegó a la conclusión de que estas varicosidades representan un proceso de envejecimiento y que cuando se producen antes de los 50 años de edad, indicaban envejecimiento prematuro. En su estudio las varicosidades no fueron relacionadas con las cardiopatías pulmonares.

La trombosis de alguna de estas varices es algo relativamente frecuente, como lo señala Weathers y Fine en un estudio de 12 casos; pero es de escasa importancia clínica.

CAPITULO XI

TUMORES BENIGNOS

Los tumores benignos y las proliferaciones semejantes a tumores de los tejidos blandos de la cavidad bucal comprenden cerca del 20% de todas las biopsias bucales hechas por el odontólogo.

Estadísticamente, entre las 15 lesiones que se observan con mayor frecuencia en la cavidad oral (con excepción de la caries y enfermedades periodónticas) siete constituyen tumores benignos o crecimientos parecidos de los tejidos blandos.

QUISTE CONGENITO DE LA BASE DE LA LENGUA

Que reconocen como origen restos vestigiales del conducto tiro lingual de Bachdalek: mucoides, coloides.

Presentan la misma sintomatología: Trastornos de la deglución, succión e incluso trastornos respiratorios cuando su volumen es importante.

La inspección y la palpación digital confirman la existencia del quiste, cuya evolución es mas o menos lenta.

TRATAMIENTO.- La extirpación quirúrgica.

QUISTE MUCOIDE DE LA CARA INFERIOR DE LA PUNTA DE LA LENGUA.

Se trata de la ránula es un quiste de retención frecuente. Se debe a la obstrucción traumáti-

ca de un conducto de una glandula sublingual. Es de color azulado, debido a la delgadez de sus paredes.

Es unilateral y se puede convertir en muy grande extendiendose por el interior de los espacios sublinguales.

TRATAMIENTO.- Consiste en la marsupialización del quiste por escisión de su techo vaciando los contenidos mucosos por aspiración y suturando después los bordes del quiste al borde de la mucosa del suelo de la boca.

QUISTE DERMOIDES

Asientan habitualmente en la vecindad de la punta de la lengua. El quiste puede localizarse por encima o por debajo de los músculos milohiideo y geniogloso. Si esta por encima de estos músculos, la lesión se localiza en la parte anterior del suelo de la boca, pero si se halla por debajo de estos músculos, aparece en el área submental. Por palpación se aprecia una masa de consistencia como la macilla. Suelen ser de paredes gruesas y contienen material gaseoso y queratina.

Los quistes dermoides se eliminan por vía intraoral o extraoral, dependiendo de su situación en relación con el músculo milohiideo. Los que están por arriba se abordaron por una incisión media vertical que comenzará por arriba, en la cara ventral de la lengua, y se dirigirá hacia abajo por entre carúnculas de los conductos de Warton hasta la cara lingual de la mandíbula. Con mucho cuidado

y mediante disectores romos, tijeras curvas de mayo y hemóstatos se separa la membrana la mucosa de la pared del quiste a ambos lados de la incisión.- Para separar el quiste de la musculatura adyacente y de las fascias musculares, se emplean rollos de esponja y los dedos índices recubiertos por guantes.

LIPOMA

Tumor intrabucal relativamente raro; en el hombre se observan particularmente en la edás adulta.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una neoplasia benigna de crecimiento lento compuesta de células adiposas maduras. Las células del lipoma difieren por su metabolismo de las células adiposas normales.

Se comprobó que este tumor se origina en diversos sitios, incluidos la lengua, piso de la boca. Se presenta como una lesión única o lobulada indolora, fijada a una base sésil o pediculada. El epitelio es delgado y los vasos sanguíneos superficiales se ven a través de la superficie del lipoma es amarillento y relativamente blando a la palpación. Algunas lesiones se localizan a mayor profundidad y producen solamente una elevación leve de la superficie. Este lipoma suele ser mas difuso que el de tipo superficial. Al palparlo se percibe la forma difusa como si fuera líquido, lo cual a veces induce a hacer el diagnóstico tentativo equivocado de "quiste". Como esta forma difusa es común en zonas en donde la presencia de grasa es normal, el diagnóstico del lipoma depende del recono-

cimiento de la superabundancia de este tejido. De manera que el diagnóstico es esencialmente clínico.

TRATAMIENTO.- Es la extirpación quirúrgica. La recidiva es rara.

LINFANGIOMA

Tumor benigno de vasos linfáticos, es la -- contraparte menos común del hemangioma, y han surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza de esta lesión; Watson y Mc Carthy propusieron una -- clasificación de los linfangiomas, sobre la base -- de su estudio de 41 casos.

En estas clasificaciones, se proponen las -- siguientes divisiones: 1) Linfangioma simple, -- 2) Cavernoso, 3) Celular e hipertrofico, 4) Sistemático difuso, 5) Quístico o higroma.

El linfangioma difuso es bien conocido, por ser el que crea en general, la malformación congénita conocida con la denominación de macroglosia -- congénita.

MANIFESTACIONES BUCALES.- El linfangioma in -- trabucal es más común en la lengua, pero también -- se observa en paladar, mucosa vestibular, encía y -- labios. Las lesiones superficiales se manifiestan -- como lesiones papilares del mismo color de la mucosa -- subyacente o de un tono levemente mas rojo. Las -- depresiones mas profundas se presentan como nódulos -- o masas sin alteraciones significativas de la -- textura o del color.

Si esta ataca la lengua, se produce un apreciable crecimiento, y a esta característica clínica se aplica el nombre de macroglosia.

Litxow y Lash. Señalaron que la parte dorsal anterior era la zona lingual afectada con mayor frecuencia (en un estudio de 46 casos). La presencia de nodulos irregulares en la superficie de la lengua, con proyecciones grises y rosadas, es el signo mas común y definido de la enfermedad, y cuando esta asociada con macroglosia, es patognomónico de linfangioma.

El linfangioma cavernoso el cual es el tipo mas común, se compone de numerosos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales, y que contienen linfa. Algunos conductos estan llenos de sangre.

TRATAMIENTO.- Probablemente la estirpación-quirúrgica sea el tratamiento más conveniente, puesto que el linfangioma es mas radirresistente e insensible, a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio, que el hemangioma.

PAPILOMA

Neoplasia benigna común que se origina en el epitelio de las membranas mucosas de la cavidad bucal. Es frecuente que se le confunda clínicamente con otras neoplasias intrabucales benignas, en particular el fibroma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El papiloma es una proliferación compuesta de numerosas proyeccio

nes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrugosa o "en coliflor". Pueden ser pedunculados o sésile y están formados de epitelio queratinizaxo sobre una base de tejido conectivo; en la boca, se le encuentra más comúnmente - en lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar.- La mayoría de los papilomas generalmente son pequeños, pero pueden crecer hasta el tamaño de una uva antes de que el paciente solicite tratamiento. Estas proliferaciones aparecen a cualquier edad y se observan hasta en niños pequeños.

La verruga común, es un tumor frecuente de la piel, análogo al papiloma bucal. Aunque se ha establecido que, por lo menos en una considerable proporción de casos la verruga de piel es producida por un virus, nunca se comprobó esto en el papiloma bucal del ser humano.

TRATAMIENTO.- Se trata por estirpación quirúrgica y electrocauterización de la base del tejido conectivo. Se extirpa por medio de una incisión curva que circunda el tumor y se extiende lo suficiente en el tejido normal para lograr la remoción completa de la base de fijación. El sangrado puede controlarse con electrocauterio. El cierre se logra por coaptación con suturas no reabsorbibles. - Las recurrencias no son frecuentes cuando se ha logrado una escisión adecuada.

HEMANGIOMA

Tumor común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita, teniendo evolución benigna.

Los hemangiomas se clasifican en capilares y cavernosos.

EL HEMANGIOMA CAPILAR

Se conoce como "mancha de vino". Puede presentarse en la cara o dentro de la boca. Este tumor se torna pálido a la compresión y aparece como una lesión plana o elevada de la mucosa; por lo general, de color rojo intenso o rojo azulado y, por lo general, bien circunscrita los lugares más habituales de su aparición son los labios, lengua, mucosa vestibular y paladar. El hemangioma cavernoso tiene grandes senos sanguíneos y tiende a invadir los tejidos blandos o destruir las estructuras óseas vecinas por compresión. Puede encontrarse pulsaciones en los hemangiomas de tipo cavernoso. En el consultorio no se deben hacer las biopsias preliminares de estas lesiones azuladas debido a la hemorragia extensa.

TRATAMIENTO.- El hemangioma capilar ha sido tratado por extirpación cuando el tumor es pequeño se ha empleado la inyección de agua hirviendo en los vasos aferentes para esclerosar los vasos. También se ha usado la nieve carbónica, las aplicaciones de radio y los rayos X para obtener el mismo resultado.

Las medidas conservadoras se aplican en niños. La escisión y el injerto de piel es el tratamiento de elección en los adultos cuando la intervención quirúrgica se justifica.

HEMANGIOMA CAVERNOSO

Los que comprenden los tejidos blandos de la cavidad bucal pueden cortarse con un bisturí o con cuchilla endotérmica. La escisión débera extenderse alrededor del tumor en el tejido normal. Los vasos alimentarios se aíslan y ligan antes de ex-tirpar el tumor.

Se han empleado exitosamente soluciones esclerosantes para reducir el tamaño de los hemangiomas más grandes antes de iniciar tratamiento qui-rúrgico fibrosando el aporte sanguíneo.

Se inyecta una solución al 5% de morruato sódico en las áreas inmediatamente circundantes, - en aplicaciones pequeñas y múltiples. La reducción resultante del tamaño del tumor disminuye la le-sión a estructuras vitales adyacentes y mejora el resultado estético.

CAPITULO XII

CANCER LINGUAL

El propósito real de una historia clínica - debe encaminarse a detectar las posibles anomalías o disfunciones de la región explorada. Es sumamente importante que toda historia clínica sea metódica y ordenada revisando escrupulosamente todos los tejidos y órganos vecinos a la boca para así no dejar pasar por alto cualquier anomalía que a pesar de no manifestarse clínicamente está presente y por tanto ya indica un estado anormal. En más de una ocasión tumoraciones de tipo maligno pasan desapercibidos por el cirujano Dentista al explorar la cavidad oral y sus anexos.

Se debe tener en cuenta que el dolor no es usualmente un síntoma precoz de cáncer oral, y que en la mayoría de las tumoraciones malignas orales hay una reacción alrededor de la masa, lo que no se presenta en tumoraciones benignas. Al parecer el primer síntoma es una imprecisa sensación de malestar seguida por un espesamiento de la placa, o a menudo tan pequeña como para no ser detectada por el operador. El examinador debe estar alerta ante la aparición de cuerpos carnosos junto a los tejidos normales; son también datos significativos la aparición de pequeñas fisuras, úlceras, lesiones escamosas, áreas con endurecimiento, enfiemas edematosas y sangrantes con mal olor. Cualquiera de estos hallazgos indica la necesidad de exámenes complementarios.

Una serie de estudios a comprobado que el -

60% de los cánceres de la cavidad oral se diagnostican en estadios avanzados.

El 80% de las muertes por cáncer oral pudieron haber sido evitados si el diagnóstico se hubiera efectuado precozmente.

Los cánceres son frecuentes en la boca, lengua y labios.

CANCER LINGUAL.- Se trata de la localización lingual de un epiteloma lobulado o espinocelular. El epiteloma tubulado o baso celular y el sarcoma son excepcionales.

ETIOLOGIA

Es más frecuente en el hombre de 40 a 60 años entre las causas predisponentes es preciso citar:

La leucoplasia: el 20% aproximadamente de las leucoplasias degeneran en epiteloma (la sífilis y el tabaco como factores de leucoplasia); el liquen; las irritaciones crónicas de la lengua: restos de raíces dentarias que determinan ulceraciones que pueden degenerar, cicatrices de lupus u otras lesiones tuberculosas, aparato protético mal acondicionado.

Anatomía patológica.- Siempre primitivo y único tiene su punto de partida a nivel de las papilas de la lengua:

En el vértice de una papila: epiteloma su-

perforial o papilar esta forma evoluciona en super-
ficie u se ulcera rápidamente; en el fondo de los-
surcos interpapilares: epiteloma profundo inters-
ticial, que forma un tumor profundo, ignorado du-
rante mucho tiempo, y que infiltra la lengua en --
profundidad.

Por lo general, se localiza en los bordes -
de la lengua, en su parte media.

No se generaliza, pero se propaga por conti-
nuidad. Los cánceres de la punta y de la parte me-
dia de la lengua permanecen unilaterales durante -
largo tiempo. Parece ser que el tabique lingual de
sempeña el papel de una barrera difícil de fran-
quear. Por el contrario los cánceres posteriores -
se hacen bilaterales rápidamente y no tardan en in-
filtrar la lengua en masa.

La invasión capilar es precoz, por lo que -
es importante, para el tratamiento quirúrgico, el-
conocimiento de los diferentes territorios linfáti-
cos. Según POIRER, en la lengua existe una red con-
tinua de linfáticos mucosos, en toda la extensión-
de la lengua y de linfáticos profundos.

Así, la gravedad del cáncer de la lengua -
obedece a la riqueza de las redes linfáticas, lo -
que explica la extensión rápida en profundidad, --
con invasión ganglionar precoz.

El examen histológico muestra, con mayor --
frecuencia, un epiteloma espinocelular o epitelio-
ma pavimentoso lobulado córneo clásico.

ESTUDIO CLINICO.- La forma superficial o pa-
pilar es la mas frecuente.

El comienzo es generalmente insidioso, en -
un hombre de 60 años antiguo sífilítico y fumador,
que presenta una leucoplasia lingual y bucal o un-
liquen.

Según DARIER, el cáncer de la lengua sobre-
la leucoplasia presenta tres formas de comienzo -
principales:

- a) Con mayor frecuencia, empieza con la leucopla--
sia verrugosa, es decir una elevación papiloma-
tosa, circunscrita o no, mas o menos extensa a-
veces rodeada de un ribete queratosico, de base
muy ligeramente indurada.
- b) A veces, empieza por una elevación discoide, o-
una pastilla dura, de superficie erosionada; en
este caso una operación precoz tiene grandes -
probabilidades de éxito.
- c) Más raramente el epiteloma se desarrolla prime-
ro en profundidad, partiendo de una grieta que-
ha persistido durante una o dos semanas, y a ni-
vel de la cual la palpación revela una discreta
induración circunscrita leñosa; en este caso, -
la intervención rara vez puede ser suficiente--
mente precoz. Jamás se ha observado que la úlce-
ra produjera un cáncer.

La palpación adquiere una importancia consi-
derable; descubre una sensación irregular, denomi-
nada lengua de gato, o bien una induración que se-

difunde lentamente.

La misma descripción puede aplicarse al líquen plano.

En esta fase debe realizarse la biopsia.

En ausencia de tratamiento, aparecerá con mayor rapidez una ulceración verdadera, a menudo oculta en el fondo de una fisura más o menos profunda. Dicha ulceración sangra con facilidad.

El cáncer se hace evidente por cuanto pueden existir signos funcionales:

- 1.- Cierta torpeza de la lengua, cuyos movimientos están impedidos.
- 2.- Mordedura de la lengua en el curso de la masticación.
- 3.- Sensación especial de sequedad bucal.
- 4.- Dificultad de pronunciación de las labiales (l, t, d).
- 5.- A veces un dolor provocado por ciertos alimentos, el tabaco.

En el período de estado, los signos funcionales deciden al paciente a consultar: dolor neu-rálgico provocado y espontáneo, irradiado, alteración mecánica, salivación, alitosis repulsiva.

La exploración muestra los signos físicos del epiteloma: una parte de la lengua está tumefacta e inmóvil. A este nivel, con mayor frecuencia en la cara dorsal o en los bordes, se descubre una ulceración irregular, de forma y dimensiones -

variables.

Sus bordes son gruesos, duros, rígidos, prominentes. El fondo es infrautooso, mamelonado; sangra fácilmente. A menudo parece recubierto de una capa esfacélica, secreta un líquido fétido; la presión produce hemorragia y hace salir pequeños cilindros vermiformes (forma de gusanos), es sustancia cancerosa. La palpación combinada de la lengua y de la región suprahiodea permitirá apreciar la profundidad en extensión.

Por medio de una palpación atenta y metódica de los ganglios del cuello, se investigaran los ganglios submentonianos, submaxilares y, particularmente, a lo largo del esternocleidomastoideo y de los grandes vasos del cuello, donde está situado el foco principal de la invasión ganglionar.

Cuando la ulceración cancerosa se ha extendido e infectado, la adenopatía cervical se convierte en inflamatoria.

Desde el momento de la aparición de la ulceración y el foco séptico, se agravan los signos funcionales. Por el hecho de la dificultad a la deglución, masticación, y del insomnio, declina rápidamente el estado general. Puede decirse que todo canceroso ulcerado muere al curso de un año, siendo desencadenada la muerte por una complicación.

Hemorragia: pequeñas hemorragias repetidas o gran hemorragias fulminantes.

Complicaciones pulmonares.

Complicaciones infecciosas.
Ulceraciones de los ganglios.

SEGUN LA LOCALIZACION.- Esta distinción es primordial desde el punto de vista de la extensión quirúrgica. Con SEBILEAU, pueden clasificarse los cánceres de la lengua en:

- 1.- Cáncer de la cara lingual, con una propagación rápida al suelo de la boca y después al maxilar inferior. Estos cánceres respetan a menudo la mitad inferior del arco maxilar, detenidos en la profundidad por el milohioideo.
- 2.- Cáncer marginal anterior o pretafilino.- A pesar de la rápida extensión al surco gingivolingual, esta forma que hemos adoptado puede ser intervenida precozmente, puesto que es accesible a la vista y permanece durante largo tiempo unilateral,
- 3.- Cáncer paraestafilino, con extensión al pilar anterior, a la amígdala y al canal laringofaríngeo.
- 4.- Cáncer posterior, marginal posterior, retrotafilino o de la base. Es de exploración difícil y permanece inadvertido durante largo tiempo.- Alcanza rápidamente toda la base de la lengua y se propaga a las regiones vecinas. De ahí la necesidad del tacto bucal para explorar el grado de inderación o de infiltración de la epiglotis.
- 5.- Cáncer de la base de la lengua, que se introduce, en el canal glosopiglótico y asciende hasta la epiglotis. Sólo visible con el espejó.

PRONOSTICO.- La terminación es fatal si no se interviene. La supervivencia prolongada depende de un diagnóstico precoz, un tratamiento enérgico, amplio y profundo, cuidado bucal preoperatorios y postoperatorios, para evitar así complicaciones pulmonares.

DIAGNOSTICO.- Resulta indispensable la biopsia, ya que representa el único medio preciso. Debe ser recordado que un temprano diagnóstico de cáncer de lengua es frecuentemente equivocado, no por la apatía del paciente sino la apariencia inocente de las lesiones tempranas. El dentista en particular esta en la mejor posición para observar las lesiones tempranas y para obtener la historia-clínica pertinente.

BIOPSIA.- Los especímenes para una biopsia de una lesión ulcerada de la lengua se debe de tomar con un escapelo. Un espécimen en forma de cuña incluyendo tejido normal de la membrana mucosa, deben de ser tomado en un borde de la ulceración.

Uno o dos puntos de sutura pueden ser necesarios para evitar una excesiva hemorragia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Cuando no existe ulceración, el diagnóstico se discute particularmente con las lesiones sifilíticas del período terciario. Es indispensable la biopsia.

Cuando existe ulceración, es fácil eliminar, en primer lugar las lesiones generalizadas (aftas, herpes, estomatitis, etc.) o las ulceraciones traumáticas.

La ulceración dentaria corriente debe desaparecer en el espacio de algunos días después de la supresión de la causa de irritación (raíz o aparato) si persiste se hace una biopsia.

Toda placa de leucoplasia que se ulcera reclama una biopsia, aunque existe la úlcera leucoplásica de DARIER, pequeña irregular de fondo rojo vivo, separada de los bordes. Es preciso, de la misma forma, vigilar el liquen, en particular el liquen erosivo.

TRATAMIENTO

Es necesario instituir un tratamiento profiláctico del cáncer en los leucoplásicos, aparte del tratamiento general: Supresión de la causa de irritación, supresión del tabaco, del vinagre, de los condimentos. Lo mismo puede decirse del liquen.

Cuando existe la sospecha de cáncer en el curso de una leucoplasia DARIER sigue la siguiente línea de conducta.

"Lo que no debe hacerse": Esperar que se acentua los síntomas, que el epiteloma se desarrolle más; no recorrer al tratamiento de prueba sifilítico, no irritar la lesión sospechosa por las cauterizaciones, por la diatermia, etc.; por último no intentar la radioterapia que, a dosis débiles o moderados resulta perjudicial.

"Lo que debe hacerse": Una biopsia inmediata.

Lo mismo puede decirse del liquen cuando se convierte en erosivo. Cuando el cáncer es cierto -- según MENEGAUX:

- a) El cáncer de la lengua, en el comienzo estricto de su evolución, es tributario exclusivamente - de la cirugía, la operación limitada sin legrado ganglionar. Si por razón cualquiera, se estima necesario actuar sobre el territorio linfático, se practicara, en una primera sesión un legrado unilateral; en una segunda sesión el legrado del otro lado, con exéresis del tumor lingual por la boca.
- b) El cáncer confirmado diagnosticado clínicamente todavía operable en límite de operabilidad, debe ser tratado por radiumterapia.

En los cánceres de los dos tercios anteriores de la lengua se asociará un aparato de superficie con tubos incluidos, proscribiendo las agujas; en los cánceres de la base, se empleará solamente la radiumterapia exterior.

- c) El cáncer demasiado avanzado y por encima de los recursos actuales de radiumterapia y de la cirugía, no es tributario más que el tratamiento paliativo.
- d) La recidiva quirúrgica presenta alguna probabilidad de ser curada por un nuevo tratamiento quirúrgico; con suma frecuencia, la radiumterapia es inoperante.

La quimioterapia esta todavía en estudio.

El principal problema planteado por el cáncer de la lengua es el tratamiento adecuado de las adenopatías.

CAPITULO XIII

MANIFESTACIONES LINGUALES PRODUCIDAS POR DEFICIENCIAS VITAMINICAS

Las vitaminas, aun dadas en tan ínfimas proporciones son tan indispensables al organismo como los albuminoideos, grasas, hidratos de carbono, sales y agua, para que se efectúe el metabolismo normal.

Los tejidos bucales son particularmente sensibles a las deficiencias nutricionales y a las alteraciones dietéticas.

Estos tejidos son los primeros en poner de-
manifiesto, el estado actual de la nutrición del -
organismo.

El examen sistemático periódico de dientes,
enclá, lengua y labios es un método sencillo de --
examinar el estado nutircional.

TIAMINA

La tiamina (vitamina B₁) es necesaria para-
el funcionamiento normal del tejido nervioso, del-
sistema cardiovascular y para realizar la diges- -
tión. Una deficiencia de tiamina sig ifica trastor
nos generales de la salud física y mental. La tia-
mina es una vitamina hidrosoluble, cuyas principa-
les fuentes estan en los alimentos. El cuadro clí-
nico de la deficiencia de la tiamina es el beriberi,
que consiste principalmente en una grave poli-
neuritis.

MANIFESTACIONES BUCALES: Los estados de carencia de tiamina producen hipersensibilidad de la mucosa bucal. La lengua se encuentra engrosada roja edematosa, con los márgenes dentados que corresponden a las superficies linguales de los dientes.

Las papilas fúngiformes se encuentran agrandadas, edematosas e hiperémicas.

Generalmente no se presentan síntomas de dolor en la lengua.

DIAGNOSTICO: Nos podemos basar en la historia clínica, la ausencia de edema en la neuritis tóxica, la presencia de la línea de plomo en las encías, o la existencia de punteado celular en el frotis sanguíneo.

TRATAMIENTO: Consiste en la administración de tiamina, vía bucal o parenteral.

RIBOFLAVINA

La riboflavina (vitamina B₂) es un compuesto esencial de las coenzimas.

Cuando el aporte de vitamina es deficiente a 0.6 mg. diarios da un síndrome de arriboflavinosis.

MANIFESTACIONES BUCALES: La lengua es de color rojo violáceo.

Las papilas fúngiformes son prominentes, edematosas, tienen la forma de hongo, y un aspecto granular al dorso de la lengua. La mucosa tiene un

brillo opalescente.

El paciente se queja de sensación de quemadura en la mucosa bucal y en la lengua, esta sensación es leve.

DIAGNOSTICO: El cuadro clínico, los antecedentes dietéticos y la excreción urinaria baja de riboflavina nos complementan el diagnóstico.

TRATAMIENTO: La administración de riboflavina adicionada a una dieta adecuada da por resultado la regresión de las manifestaciones bucales.

PIRIDOXINA

La piridoxina o vitamina B₆ es una sustancia soluble en alcohol y en agua, es indispensable para el metabolismo del triptófano y la utilización de ácidos aminados.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Se presentan síntomas de debilidad, nerviosismo, irritabilidad.

En la boca se presentan erosiones semejantes a la queilosis, se observa seborrea con lesiones; la lengua es de color rojo violáceo, la glositis y estomatitis es semejante a la que se presenta en la deficiencia de riboflavina.

Se presenta dermatitis en la región de los ojos y las cejas.

TRATAMIENTO: La dosis terapéutica es de 2 a 6 mg. de vitamina B₆ y vitamina C, son eficaces pa

ra que desaparezcan las lesiones.

CIANOCOBALAMINA

La vitamina B₁₂ (cianocobalamina) es un compuesto que contiene c6balto, se encuentra entre los alimentos, como el h6gado y la leche. Se denomina como un factor contra la anemia perniciosa. El consumo diario se establece de 1 mg. al d6a.

MANIFESTACIONES CLINICAS: La manifestaci6n mas importante es la anemia perniciosa, que se debe a un defecto de absorci6n intestinal. Los tejidos afectados por falta de vitamina B₁₂ son los nervios perif6ricos, la lengua y la sangre. En la lengua se presenta ardor, s6ntoma de tic doloroso y se puede presentar glosodinia ideop6tica, retardado en el crecimiento, desnutrici6n hemopoyesis anormales y alteraciones en la integridad de las c6lulas epiteliales.

TRATAMIENTO: Administraci6n bucal e inyecci6n intramuscular de vitamina B₁₂, se administrados veces por semana (1000 mg. por ml) dependiendo de la gravedad de las lesiones.

ACIDO NICOTINICO

El 6cido nicot6nico es un compuesto de los sistemas celulares respiratorios enzim6ticos.

MANIFESTACIONES CLINICAS: En la falta de 6cido nicot6nico el s6ndrome principal es la pel6gra.

Los signos bucales son bastantes graves y -

se observan glositis estomatitis agudas y dolorosas.

La lengua está roja y edematosa y hay desaparición de las papilas, lo que da a la lengua un aspecto liso. Los labios son secos y sangran fácilmente, la mucosa bucal se observa enrojecida y son frecuentes las infecciones secundarias.

DIAGNOSTICO: Esta basado en la historia clínica y dietética, los hallazgos clínicos y la respuesta a la terapéutica específica.

TRATAMIENTO: En casos agudos la administración de líquidos y de ácidos nicotínicos o de su amida por vía intravenosa. En el tratamiento temprano antisépticos y una higiene bucal adecuada y dieta, así como dosis suplementaria de ácido nicotínico.

ACIDO FOLICO

El ácido fólico es un factor indispensable para la función normal del sistema hematopoyético. Evita la anemia macrocítica nutricional y estimula la formación de leucocitos.

MANIFESTACIONES BUCALES: En el sprue, el paciente se queja de sensación de ardor en la lengua y mucosa bucal. En ocasiones, se observan graves úlceras de la lengua a mucosas.

La lengua esta edematosa, con crecimiento y prominencia de las papilas fungiformes, fisuras superficiales y son comunes muchas lesiones herpéticas.

DIAGNOSTICO: Cuando se presenta deficiencia de ácido fólico puede basarse en ensayo microbiológico del suero, empleando como organismo de prueba *Lactobacillus casei*. Los individuos con deficiencia de ácido fólico excretan cantidades altas de ácido formioglutámico (F I G L U) en la orina.

DEFICIENCIA FERRICA

La deficiencia de hierro impide la síntesis de cantidad suficiente de hemoglobina. Pérdida crónica de sangre.

El mantenimiento de niveles y reservas normales de hierro en los tejidos depende en gran medida de la regulación de su absorción.

La pérdida mas grande ocurre en la gestación, lactancia.

Puede ser la carencia por absorción inadecuada, una dieta muy deficiente o la absorción intestinal estar defectuosa y en el sangrado menstrual.

MANIFESTACIONES CLINICAS: La piel y mucosa están pálidas, las uñas presentan deformación en cuchara y estrías longitudinales.

Se presenta atrofia de la mucosa lingual que da a la lengua aspecto vítreo brillante (glositis atrófica). La alteración anatómica más constante se observa en la médula ósea, que es hiperplástica y suele estar aumentada de volumen.

Como consecuencia de la glositis atrófica - hay dificultad para tragar y dolor en la lengua.

DIAGNOSTICO: Esta dado por las manifestaciones clínicas y depende en última instancia del examen de sangre periférica.

TRATAMIENTO: Una dieta adecuada, y la administración de hierro por vía parenteral.

SINDROME DE PLUMER-VINSON

Se caracteriza por disfagia, anemia hipocrómica microcítica, enrojecimiento de la lengua y grietas en las comisuras labiales.

MANIFESTACIONES BUCALES: Es común encontrar una lengua lisa, a menudo dolorosa, boca seca, - uñas en forma de palillo de tambor y estomatitis angular. Se observan cambios atróficos en las mucosas de la boca, faringe, esófago alto y vulva. Estos tejidos son secos sin elasticidad y de aspecto lustroso.

Muchos pacientes con este padecimiento son anodontos desde etapa tempranas.

Este síndrome puede ser grave ya que en estos pacientes son comunes los carcinomas bucales.

DIAGNOSTICO: Se establece a partir de la historia clínica y las biometrías.

TRATAMIENTO: Administración de hierro y complejo B.

ANEMIA PERNICIOSA

Sin anemia de Addison

Anemia de Biermer

Anemia crónica progresiva, macrocítica, hiperocrómica, que resulta por deficiencia del factor antianémico que es el factor B₁₂.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Durante la anemia perniciosa se observa en la cavidad bucal signos importantes, en las primeras etapas de la enfermedad la lengua está roja, especialmente en los márgenes, y la mucosa bucal pálida con tinte ligeramente amarillo, más tarde hay una atrofia de las papilas fungiformes y filiformes, la lengua se vuelve pálida y tiene una apariencia lisa y de cera.

Puede presentarse síntomas subjetivos intensos en la lengua tales como entumecimiento, sensación de quemadura y dolor que se agrava por el calor y la presión.

TRATAMIENTO: Es a base de cianocobalamina - (vitamina B₁₂) o extractos hepáticos.

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

Podemos decir que las tesis tienen alguna - valfa cuando éstas aportan conocimientos al autor. En caso de que estos conocimientos se extienden a la comunidad interesada en el campo, la labor queda redondeada.

Considero que la cavidad bucal es parte de un organismo, por lo que no es raro o causal encontrar en ella enfermedades cuyo origen fue iniciado a distancia. Puede permitirse el considerar que:

- 1.- Durante el desarrollo embrionario cualquier defecto de la formación, organización o desarrollo de la misma nos proporcionará en lengua como en cualquier otro órgano enfermedades de origen congénito (mutaciones como la aglosia y anquiloglosia).
- 2.- La lengua participa activamente en la deglución, fonación, masticación, succión, gusto.
- 3.- En el sentido del gusto encontramos 4 modalidades sensoriales: La punta es específicamente sensible al dulce y al ácido; los bordes responden principalmente al gusto ácido y salado; la base de la lengua responde al amargo.
- 4.- En las lesiones de origen traumático encontramos que gran número de ellas son por accidentes. El odontólogo puede ser causante de lesiones como quemaduras por materiales de impresión, radiación, sustancias químicas, etc.

- 5.- Es muy importante cuando nos encontramos ante un tumor diferenciar si es una neoplasia benigna antes de cualquier tratamiento.
- 6.- La neoplasia benigna por lo general tiene su superficie bien limitada, son pediculadas, es móvil, a la palpación no es indurada, y su crecimiento es lento. El tratamiento es quirúrgico con sus excepciones.
- 7.- Las neoplasias malignas por lo general se ulceran, las lesiones cancerosas son rígidas, adheridas a los tejidos circundantes, son induradas, dan metástasis, los ganglios linfáticos son duros, no dolorosos y adherentes.
- 8.- Al haber una lesión cancerosa grande produce dolor, interferencia de la función bucal, parestesia, entumecimiento.
- 9.- Es importante tener en mente la disposición anatómica de la musculatura lingual, junto con sus elementos nobles para poder intervenir en ella conservando todos sus elementos, siempre y cuando no hay, gran pérdida de sustancia.
- 10.- La exploración lingual debe ser sistemática sin menospreciar ningún detalle que nos pueda dar pauta para el diagnóstico categórico.

Así vemos que como las enfermedades de cavidad bucal pueden dar origen a lesiones en otros sistemas, también las enfermedades de casi todos los sistemas orgánicos repercuten en manifestacio-

nes de la cavidad bucal y lengua.

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

ANATOMIA

autor Ernest Gardner, M.D.

2a Edición, 1974

Editorial Salvat página 876-880.

ANATOMIA HUMANA PARA ODONTOLOGIA

autor Dr. Ignacio Alcaraz del Rfo

2a Edición, 1977

Librería de Medicina página 432-39

CUERPO HUMANO

autor Alán E. Nourse

Edición, 1978

Colección Científica de Time Life página 140

FISIOLOGIA MEDICA

autor Dr. William F. Ganong

4a Edición, 1974

Editorial El Manual Moderno, S.A. página 132-39

TRATADO DE HISTOLOGIA

autor Dr. Arthur W. Ham

7a Edición, 1976

Editorial Interamericana S.A. de C.V.

HISTOLOGIA

autor Royo Greep

4a Edición, 1964

Editorial Ateneo página 208-213

EMBRIOLOGIA HUMANA
autor W. J. Hamilton
Edición, 1974
Editorial Intermedica

EMBRIOLOGIA HUMANA
autor Bradley M. Paten
5a Edición, 1974
Editorial Ateneo página 332-40

EXPLORACION CLINICA EN ESTOMATOLOGIA
autor Dr. I. Saenz de la Calzada
Editorial Paz Montalvo
Madrid 1961 página 217- 26 - 567

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
autor Edward V. Zegarelli
editorial Salvat 1976 páginas 37 - 39 - 224

ESTOMATOLOGIA
autor Michel Dechaume
editorial Toray-Massin
Primera edición 1969 página 850-55

ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
autor Tomás Velázquez
editorial La Prensa Médica Mexicana
Primera edición 1966 página 425-26

TRATADO DE LA PATOLOGIA LINGUAL
autor Williams G. Shafer
Editorial Interamericana
3a Edición 1979 página 141-147

MEDICINA BUCAL

autor Burket

Editorial Interamericana

6a edición 1971 página 83

DICCIONARIO DE MEDICINA

autor Dr. E. Dabout

Editorial Epoca 1977