



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“ANOMALIAS PATOLOGICAS DE LA
LENGUA Y SU TRATAMIENTO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GILBERTO ALEJANDRO VALLE RUBIN

MEXICO, D. F.

1984



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.

" ANOMALIAS PATOLOGICAS DE LA LENGUA Y SU TRATAMIENTO "

T E M A R I O .

- I).- INTRODUCCION
- II).- EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA
- III).- HISTOLOGIA DE LA LENGUA
- IV).- ANATOMIA DE LA LENGUA
- V).- FISIOLOGIA DE LA LENGUA
- VI).- PADECIMIENTOS DE LA LENGUA
- VII).- ANOMALIAS DE LA LENGUA
- VIII).- ALTERACIONES Y PATOLOGIA DE LA LENGUA
- IX).- ENFERMEDADES SISTEMATICAS QUE AFECTAN LA LENGUA
- X).- LESIONES POR DEFICIENCIAS NUTRITIVAS
- XI).- LESIONES TRAUMATICAS
- XII).- TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS
- XIII).- CIRUGIA DE LA LENGUA
- XIV).- CONCLUSION
- XV).- BIBLIOGRAFIA

I

INTRODUCCION.

La lengua es un órgano móvil y musculoso, situado en la cavidad oral, encargado de múltiples funciones como es la fonación, la deglución, el sentido del gusto, así como las impresiones físicas como son el frío o el calor.

Es de vital importancia para el cirujano dentista conocer perfectamente bien su anatomía, las enfermedades que puede padecer, sus anomalías y alteraciones, así como otras manifestaciones clínicas de enfermedades que pueden aparecer primeramente en la lengua, como signos y síntomas prodrómicos y así diagnosticarlas y tratarlas a tiempo.

En la presente tesis se tratará de dar a conocer un enfoque general y conciso pero completo y entendible de todo tipo de enfermedades que afecten de forma directa o indirecta a la lengua así como el tratamiento específico de cada una de ellas.

En base a lo anteriormente expuesto, es preciso saber que el buen estado y la salud del paciente odontológico no depende sólo del tratamiento de los órganos dentarios sino también de todas las estructuras que se encuentran dentro de la cavidad bucal, en este caso específico; la lengua.

I I

EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua por su configuración ha sido situada propiamente en el piso de la cavidad oral, considerada grotescamente - como saco mucoso relleno de una masa muscular en crecimiento, el considerarla de esta manera se debe al distinto origen de la envoltura de la lengua y de los músculos linguales ya que éstos experimentan cambios tan notables en su posición relativa.

Las áreas primordiales que intervienen en la formación de la envoltura de la lengua aparecen al comienzo del segundo -- mes de desarrollo. Esto se puede ver claramente en preparaciones hechas por una sección a través de los arcos viscerales - que llegue hasta la luz de la Faringe y retirando luego el cerebro y el techo orogaringeo, de manera que el piso pueda ser observado desde arriba.

En tales preparaciones, en embriones de cinco semanas, -- pueden advertirse engrosamientos laterales que comprenden tanto el mesénquima, que prolifera rápidamente como el epitelio que lo recubre, reciben el nombre de protuberancias linguales laterales. Entre ellas se encuentra una pequeña elevación media, conocida con el nombre de "tubérculo impar".

Detrás del tubérculo impar hay otra elevación media llamada propiamente cópula, porque une al segundo y al tercer arco en una prominencia medioventral. La cópula se extiende en -- sentido céfalocaudal desde el tubérculo impar hasta la protuberancia primordial que señala el comienzo de la epiglottis.

A ambos lados de la cópula hay manifestaciones del rápido crecimiento en el tejido adyacente al segundo, tercero y cuarto arco visceral.

Estas áreas, relativamente distintas en los embriones jóvenes, se unen tan pronto y tan íntimamente que es imposible afirmar o saber cual es exactamente la parte de la superficie de la lengua adulta que procede de cada una de ellas, sin embargo un punto de referencia que nos proporciona una noción suficientemente clara para los fines prácticos, está representado por el "agujero ciego", que es una pequeña fosa media -- del dorso de la lengua, situada en el vértice del surco en -- forma de "V" o surco terminal, inmediatamente detrás de la fila de papilas caliciformes.

Embriológicamente, el agujero ciego es un resto de la invaginación del piso de la Farínge que dá origen a la glándula Tiroides. Esta invaginación se forma en el segmento cefalo-caudal, donde se unen el primero y el segundo arco visceral.

Cuando la lengua comienza a esbozarse, encontramos esta fosa entre el tubérculo impar y la cópula. En la anatomía -- adulta, al surco terminal, con ésta misma fosa en su vértice, se le considera el límite entre el "cuerpo" y la "raíz" de la lengua. Así utilizando el agujero ciego como punto de referencia o marca, podemos considerar que la mucosa que cubre el cuerpo de la lengua, tiene su origen en el tejido del primer arco.

Estas nociones explican su inervación sensorial por la rama mandibular del quinto par y por la cuerda del Tímpano, rama del séptimo par, en razón de las vinculaciones primitivas de estos nervios con el arco mandibular.

El tubérculo impar pronto se ve cubierto por las protuberancias linguales laterales, que crecen mucho más rápidamente y como máximo, el tubérculo impar forma solamente una pequeña región media, distal respecto al agujero ciego.

Es importante saber que la mayor parte del cuerpo lingual está revestida con lo que era primitivamente el ectodermo del estomodeo y que la "raíz" de la lengua está revestida por el endodermo que anteriormente cubría las áreas medioventrales -- del segundo, tercero y, en menor grado, cuarto arco visceral.

El hecho de que el noveno par sea el principal nervio sensorial de la base de la lengua, no es raro en vista de la posición original de esta parte del revestimiento lingual y de las relaciones primarias del noveno par con los arcos viscerales implicados. Igualmente natural es la inervación de una pequeña zona de la parte posterior de la lengua por el décimo par; porque esta pequeña región cercana a la epiglotis se origina del tejido del cuarto arco.

Filogenéticamente, se sabe que los músculos linguales derivan de masas mesodérmicas bilaterales, originadas en segmentos caudales con respecto al punto primitivo del revestimiento de la lengua. No se dispone de prueba alguna acerca de --

que el origen definitivo reside en los miotomos occipitales, pero en los embriones de cinco semanas, pueden identificarse masas primordiales mal definidas de tejido premuscular en el piso de la Faringe, opuestas al origen del duodécimo par. - Esta masa de músculo en desarrollo se une sin ninguna línea de demarcación perceptible con el mesénquima situado debajo del piso de la orofaringe, en posición más bien rostral.

En los embiones humanos, aunque es difícil determinar -- con exactitud la migración hacia adelante de los músculos -- linguales mismos, las relaciones cambiantes del doceavo par que se haya asociado con ellos hace que el aspecto principal de la evolución sea bastante evidente. A medida que la masa muscular presiona hacia adelante por debajo de la mucosa de la lengua, el nervio se desplaza con ella, de manera que la trayectoria del nervio en los embriones de mayor edad y en el adulto, indica claramente la trayectoria general seguida por los músculos linguales en su migración hacia adelante durante el desarrollo.

El hecho de que quirúrgicamente pueda hacerse una incisión media de la lengua con muy poca pérdida de sangre, indica la forma en que las masas musculares y los vasos sanguíneos asociados a las mismas, han quedado apartados de la línea media, a ambos lados de la cual emergieron como esbozos pares.

I I I

HISTOLOGIA DE LA LENGUA.

La lengua está compuesta principalmente de músculo estriado, con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en tres planos. En un corte sagital de la lengua, perpendicular a su superficie dorsal, se observan fibras musculares tanto longitudinales como verticales; cortadas longitudinalmente y fibras horizontales en corte transversal, esta disposición de fibras musculares estriadas es única en el cuerpo, permitiendo identificar la lengua con toda seguridad.

Dentro de los haces, cada fibra muscular está rodeada de endomisio, éste lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico situado entre los haces musculares se considera como perimicio, contiene los vasos mayores y los nervios y, en diversos puntos, tejido adiposo; en algunas partes de la lengua tiene glándulas incluidas.

El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso, la lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares.

La mucosa que reviste la superficie dorsal de la lengua es muy importante y está dividida en dos partes; 1) La que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua y 2) La que cubre el tercio posterior o faríngeo, o sea, la raíz de la lengua.

La mucosa que reviste la parte dorsal de la lengua está cubierta por pequeñas proyecciones llamadas papilas, siendo estas de tres tipos en general; Filiformes, Fungiformes y Caliciformes.

Papilas Filiformes.

Son estructuras altas delgadas de forma cónica, formadas por lámina propia y epitelio. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia, a partir de la cual se extiende hacia la superficie papilas secundarias, algunas veces las cubiertas epiteliales se dividen en hilos por lo cual justifican el término Filiforme, y el epitelio que las recubre se vuelve queratinizado.

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

Papilas Fungiformes.

Se localizan en la superficie dorsal de la lengua como pequeñas setas, son delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada, son menos numerosas que las filiformes y se encuentran en mayor número en la punta de la lengua. Cada una tiene un núcleo central de lámina propia llamado papila primaria, de ella se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento.

Las papilas secundarias llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio y como este no es queratinizado permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas, observando así que las papilas fungiformes adoptan un color rojizo.

Papilas Caliciformes.

A semejanza de un cáliz rodeadas de un foso o surco, se encuentran distribuidas a lo largo de la línea en forma de -- "v" que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la -- que recubre la raíz, son en número de siete a doce papilas.

El foso o surco que rodea a las papilas está constantemente lleno de líquido segregado por glándulas situadas más profundamente que las papilas, y que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de resi--- duos.

Cada papila caliciforme tiene una papila primaria central de lámina propia y presenta papilas secundarias que se elevan hacia el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila; son estrechas en su base y más amplias en su superficie libre, así pues asemejan a las papilas fungiformes. Cabe mencionar que las papilas caliciformes son las de mayor tamaño de todas las papilas.

Funciones de las Papilas.

Las papilas Filiformes tienen terminaciones nerviosas - especializadas para el tacto, permitiendo por lo tanto definir exactamente el estado (sólido o líquido) de las sustancias llevadas a la boca.

Las papilas Fungiformes y Caliciformes contienen corpusculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos causando la sensación gustativa.

Amígdala Lingual.

La mucosa que recubre la raíz de la lengua no contiene papilas verdaderas, más bien son prominencias, formadas por acumulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio. Un acúmulo de nódulos linfático en estrecha relación con epitelio plano estratificado recibe el nombre de tejido amigdalár, el que se haya en la lengua, constituye la amígdala lingual. Los espacios que quedan entre los nódulos linfáticos están ocupados por tejido linfático difuso.

El epitelio plano estratificado no queratinizado que recubre el tejido linfático se extiende hacia el interior del órgano a diversos niveles, para formar cavidades o pequeños fosos llamados criptas.

Existen conductos de glándulas mucosas subyacentes que se abren en el fondo de muchas criptas, esto permite que las criptas provistas de tales glándulas se limpien y queden libres de restos alimenticios y menos expuestas a infecciones.

I V

ANATOMIA DE LA LENGUA.

Para su mejor comprensión se explicarán individualmente las superficies y los elementos anatómicos que forman parte de la lengua

Superficie Superior.

Transversalmente es convexa y plana de adelante a atrás, en su tercio posterior presenta la "V" lingual, llamada así por la disposición que adoptan las papilas Caliciformes, --- hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos - formados por las glándulas foliculares y todavía más atrás - se encuentran tres repliegues, uno mediano y dos laterales, que van a terminar a la epiglotis y se llaman repliegues --- glosopiglóticos, mediano y laterales. Por delante de la -- "V" lingual se ve un surco medio y a los lados, las papilas, dispuestas de tal manera que forman líneas paralelas a las - ramas de la "V" lingual.

Superficie Inferior.

Descansa sobre el piso de la boca, posee en la línea media un repliegue mucoso denominado "Frenillo de la Lengua" y a los lados de éste y en su parte más posterior, los tubérculos, donde desembocan los orificios del canal de Wharton. Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa las venas raninas.

Bordes.

Corresponden a los arcos dentarios y se adelgazan a medida que se aproximan a la punta.

Base.

Esta porción, la más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosopiglóticos; en su parte anterior corresponde a los músculos geniohioides y al milohioides.

Punta o Vértice.

En sentido vertical es aplanado y presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Elementos Anatómicos.

Se pueden distinguir en la lengua los siguientes elementos anatómicos; esqueleto osteofibroso, músculos de la lengua y mucosa lingual.

El esqueleto osteofibroso o de la lengua se compone de: Membrana hióglosa, hueso hioides y septum lingual.

La membrana hioglosa es una lámina fibrosa en sentido transversal que se inserta por abajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides entre las dos hastas menores, se dirige hacia adelante y arriba en una extensión de ----- aproximadamente 15 milímetros y se pierde en el espesor de la lengua.

El hioides es un hueso impar y mediano, situado en la parte anterior del cuello, por debajo de la lengua y por encima del cartilago tiroideos, tiene forma de herradura, formado por tejido compacto a excepción de la base de las hastas mayores, donde presentan una pequeña porción de tejido esponjoso, en él se insertan la membrana hioglosa, el septum lingual y los músculos de la lengua.

El septum lingual o medio, es una lámina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior de la membrana hioglosa y por debajo en la cara anterior del hueso hioides, tiene forma de hoz y su extremidad anterior termina entre las fibras musculares de la punta de la lengua, sus caras o superficies laterales sirven de implantación a varios músculos de la lengua.

Músculos de la Lengua.

Los músculos de la lengua son ocho pares y un impar, y

son inervados en su mayoría, por el hipogloso mayor.

Geniogloso.

Es el músculo más voluminoso de la lengua, es aplanado transversalmente, se inserta en las apófisis geni superiores de aquí sus fibras se dividen en tres; las superiores van a terminar a la punta de la lengua, las inferiores se fijan -- unas en la base de la lengua y otras en la parte superior -- del hueso hioides, las fibras medias se dirigen a la cara -- dorsal de la lengua y terminan en la membrana hioglosa o se entrecruzan por debajo del septum lingual con las del lado -- opuesto. Las fibras superiores dirigen la punta de la len-- gua hacia abajo y atrás, y las medias la proyectan hacia ade-- lante.

Estilogloso.

Se extiende de la superficie ántero externa de la apófi-- sis estiloides hacia los bordes de la lengua; se divide en -- haces superiores que van al septum lingual, haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo cruzando sus fibras -- con las del hiogloso y geniogloso, y haces medios que van -- por el borde de la lengua y terminan en la punta. Su fun-- ción es elevar y llevar hacia atrás la lengua.

HioGLOSSO.

Músculo de forma cuadrangular que se inserta en el borde superior del cuerpo y del hasta mayor del hueso hioides, sus fibras se dirigen arriba y adelante entrecruzándose con el estiloso para terminar con él en el septum lingual. Su acción consiste en abatir la lengua, aproximarla al hueso hioides y comprimirla transversalmente.

FaringogLOSSO.

Se haya compuesto por un fascículo dependiente del constrictor superior de la Faringe, después de alcanzar el borde de la lengua, se divide en; haces superiores que van a confundirse con los haces medios del estiloso y con los haces del palatogloso, y haces inferiores, que se entrecruzan con las fibras del geniogloso y del lingual inferior.

PalatogLOSSO o GLOSOESTAFILINO.

Músculo delgado y aplanado que se inserta en la superficie inferior de la aponeurosis palatina, de ahí desciende a la base de la lengua para recorrer el borde de ésta y confundir sus fibras con las del faringogloso y del estiloso, - su acción es la de llevar la lengua hacia arriba y hacia atrás.

Amigdalogloso.

Músculo delgado que se inserta en la aponeurosis faríngea que cubre a la amígdala, de ahí desciende hasta la base de la lengua, donde se hace transversal y se entrecruza en la línea media con el del lado opuesto. Su acción es elevar la base de la lengua y aplicarla contra el velo del paladar.

Lingual Superior.

Músculo mediano situado en el dorso de la lengua, formado en su porción posterior por tres haces, dos laterales -- que emanan de las astas menores del hueso hioides y uno medio que viene de la epiglotis, los tres haces van hacia adelante y se unen en medio de la lengua para terminar en la punta de ésta. Su acción es dirigir hacia arriba y atrás -- la punta de la lengua así como acortar su longitud y abatirla.

Lingual Inferior.

Músculo situado en la superficie inferior de la lengua se inserta en las astas menores del hioides y se dirige hacia adelante, sus fibras terminan en la capa profunda de la mucosa que reviste la superficie inferior de la punta de la lengua. Su acción consiste en acortar la longitud de la --

lengua y dirigir la punta hacia la base, es también abatidor de la lengua.

Transverso de la Lengua.

Músculo que se inserta en las superficies del septum lingual de donde sus fibras se dirigen hacia afuera hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual donde se fija. Su acción es que al contraerse reduce el diámetro --- transverso de la lengua.

Mucosa Lingual.

La mucosa lingual es la capa que reviste a toda la lengua, ésta mucosa está compuesta por un corion, formado de tejido conjuntivo y fibras elásticas, y por un epitelio, el -- cual está constituido por una capa de células prismáticas implantadas en el corion por medio de una membrana basal; otra capa de células poliédricas y dentadas en su perímetro; y -- por último una capa superficial de células laminiformes.

En la mucosa lingual se pueden observar las papilas linguales (mencionadas en "histología de la lengua"), las glándulas foliculosas, glándulas mucosas y los corpúsculos del - gusto.

Las glándulas foliculosas, se encuentran situadas por - atrás de la "V" lingual, tienen una forma más o menos hemis-

féricas y producen levantamientos de la mucosa, en su centro se puede observar un pequeño orificio que es la llamada cavidad folicular y su conducto excretor.

Las glándulas mucosas se encuentran por todo el cuerpo - de la lengua formando un conglomerado posterior atrás de la "V" lingual, otro lateral situado en los bordes de la lengua y otro ántero inferior a los lados de la línea media, este - último conglomerado es llamado glándula de Blandin o glándula de Nöhn.

Los corpúsculos del gusto o botones gustativos constituyen las terminaciones nerviosas del sentido del gusto, se encuentran sobre el corion de la mucosa, tienen forma ovoidea, su extremidad ancha está en contacto con el corion y la extremidad angosta desemboca en un orificio circular llamado - poro gustativo por el cual salen los flagelos gustativos.

Los corpúsculos gustativos se encontraran en los bordes de las papilas Caliciformes y en las papilas Fungiformes, - están constituidos por células de sostén de forma alargada con sus extremidades acabadas en punta y células gustativas situadas en el interior del estuche que forman las células - de sostén, también son alargadas y en su extremidad libre po seen un flagelo que sale por el poro gustativo.

Región Sublingual.

Es el piso de la boca con forma triangular limitada por

el arco dentario inferior, presenta en la línea media un pliegue mucoso que une la superficie de la lengua con el piso de la boca, denominado Frenillo Lingual, a los lados de éste desemboca el canal de Wharton y atrás se encuentra una saliente con varios orificios donde desembocan los canales de excre---ción de la glándula sublingual y un poco adelante de ellos -- unos salientes ovoideos formados por la presencia submucosa - de las glándulas sublinguales llamados Carúnculos sublingua--les.

V

FISIOLOGIA DE LA LENGUA.

"Fonación"

Se ha considerado a la lengua como un elemento anatómico importante para realizar diferentes tipos de funciones. Tomando esto en cuenta se puede decir que la lengua junto con la cavidad oral son en conjunto como una "Caja de resonancia", ya que es importante para la pronunciación de cierto tipo de letras como la "d" o la "t", sonidos y palabras.

Se han hecho estudios de la posición de la lengua al emitir algunas vocales, por ejemplo en la pronunciación de la "A" la lengua se retrae hacia abajo, en la pronunciación de la "I" se encuentra muy cerca del paladar casi tocándolo y en la pronunciación de la "U" la punta esta baja y sube hacia atrás.

sin embargo por medio de estos y otros estudios se ha comprobado las posiciones de la lengua en la pronunciación no son tan estrictas, ni tan indispensables como se cree; aunque como ya se dijo, si desempeña un papel importante en la articulación del lenguaje.

"Deglución"

Otra de las funciones primordiales donde interviene la lengua es la "deglución", es imprescindible saber que el acto de deglución se divide en tres tiempos; 1).- Primer Tiempo

o Tiempo Bucal, 2).- Segundo Tiempo o Tiempo Faríngeo, y -
 3).- Tercer Tiempo o Tiempo Esofágico. Se mencionará sola-
 mente el Primer Tiempo por ser el único de los tres en el --
 que interviene la lengua.

El tiempo bucal, esta bajo la dependencia de la volun-
 tad. Los alimentos ya masticados y mezclados con saliva, o
 bien los líquidos ingeridos, se colocan primero en el espa-
 cio entre la punta de la lengua y la cara lingual de los in-
 cisivos, de allí pasan al espacio formado por el hueco del -
 dorso de la lengua y el paladar. La punta de la lengua se -
 eleva entonces aplicandose contra el paladar y la arcada den-
 taria superior, y la base de la lengua se deprime. Luego su
 parte anterior se eleva en masa contra la bóveda palatina --
 haciendo que el bolo se deslice hacia atrás como en un plano
 inclinado y por último la parte posterior de la lengua se di-
 rige bruscamente hacia arriba y atrás empujando el bolo ali-
 menticio hacia la farínge, terminando aquí el Tiempo Bucal,
 en el cual el factor importante es la contracción del múscu-
 lo Milohioideo y la intervención del estiloso y el palato-
 goso.

"Sentido del Gusto".

Existe otra función de la lengua que también es de mucha
 importancia "el sentido del gusto".

El gusto se define concretamente como una sensación com-

pleja porvocada por diversos factores como; la exitación de los receptores específicos del gusto, la exitación de los -receptores del sentido químico general, táctiles y térmicos de la boca, así como los receptores del olfato. Todos estos factores intervienen en el buen funcionamiento del sentido del gusto y se han llegado a comprobar que si se suprime o inhibe alguno de estos factores, la sensación del gusto disminuye considerablemente.

Como ya se mencionó anteriormente, los receptores del gusto se localizan distribuidos en el dorso de la lengua, - en íntima relación con las papilas fungiformes y caliciformes, y en otras partes como las superficies anteriores y -- posteriores de la epiglotis, la pared posterior de la farínge, en todo el velo del paladar y en su pilar anterior.

La exitación de los receptores gustativos se hace por la introducción en la boca de una determinada cantidad de - la sustancia sávida en una solución de concentración conocida, se puede provocar una exitación localizada colocando -- una gota de la solución sobre un punto determinado y examinado.

Los receptores del gusto pueden ser exitados por substancias inyectadas en la sangre; por ejemplo, la inyección intravenosa de la sal sódica del ácido dehidrocólico provoca un gusto amargo cuando llega a los órganos del gusto, es

to se realiza para medir el tiempo de circulación del fármaco.

Un estímulo eléctrico aplicado en la lengua provoca efectos electrolíticos en la saliva y un gusto ácido ya que los aniones y cationes excitan las células gustativas.

Clasificación de los gustos.- Se diferencian cuatro tipos de gustos:

- A).- Salado
- B).- Acido
- C).- Dulce, y
- D).- Amargo.

A).- Salado.

El gusto salado es producido por la excitación de los receptores por sales no disociadas, el gusto de sal común (Cl-Na), es el típico gusto salado. En el hombre los receptores del gusto salado se hallan en mayor número en la punta y la parte anterior de los bordes de la lengua.

B).- Acido.

El gusto ácido es una propiedad de todos los ácidos, y -

depende principalmente de la concentración de H^+ , los receptores del gusto ácido se localizan en los bordes laterales de la lengua.

C).- Dulce.

El gusto dulce es una propiedad de los alcoholes poliatómicos, los más comunes son el glicerol y los azúcares, se encuentran en la punta de la lengua los receptores del gusto dulce.

D).- Amargo.

El gusto amargo, es propiedad de los alcaloides como la quinina y estriónina, de los glucósidos, de las sales pesadas como las del calcio, magnesio, rubidio y de otras sustancias como el ácido pícrico. En el hombre los receptores del gusto amargo se encuentran en la base, en la región de las grandes papilas caliciformes.

Un corpúsculo gustativo es excitado al parecer exclusivamente por sustancias de uno de los cuatro grupos; pero en una papila pueden encontrarse corpúsculos correspondientes a dos o más gustos. Una misma sustancia puede excitar a dos tipos de receptores; por ejemplo, el sulfato de magnesio --- puesto en la punta de la lengua tiene gusto salado y es amar

go cuando se coloca en la base de la lengua, la urotropina - excita los receptores del dulce y del amargo.

No hay diferencias morfológicas entre los órganos gustativos sensibles a las diferentes clases de sustancias sápidas, las diferencias en sensibilidad, pueden deberse a que los receptores difieren entre ellos por su estructura química. La excitación localizada ha demostrado que hay receptores sensibles solamente a un tipo de sustancia sávida. Por medio de la aplicación de cocaína sobre la lengua se pueden disociar las distintas sensaciones gustativas; desaparece -- primero la sensibilidad para el amargo, luego para el dulce y el salado y finalmente para el ácido.

La capacidad gustativa es muy variable en distintos sujetos, hay personas que carecen de toda capacidad gustativa (aguesia o "ceguera gustativa") o bien no pueden percibir el gusto de una sustancia determinada.

Los umbrales gustativos varían con la temperatura de la solución usada para estimular, la temperatura óptima se encuentra entre 20° y 30°C. por arriba y por debajo de estas -- temperaturas el umbral se eleva; se ha demostrado que los -- cambios en la concentración en la sangre y por lo tanto en -- la concentración en los órganos del gusto, de una sal modifi-- can, el umbral gustativo para la misma. También se ha com-- probado que la persistencia del estímulo, disminuye la per--

cepción del gusto estimulado y la sensibilidad se otros receptores gustativos puede estar aumentada simultaneamente.

La inervación de la lengua y por lo tanto de los receptores gustativos está dada por los siguientes nervios:

A).- Nervio Lingual.

El nervio lingual inerva los dos tercios anteriores de la lengua; las fibras gustativas de este nervio se originana en el ganglio geniculado del Nervio Facial y en la mayoría de -- los individuos, se unene al Nervio Lingual por medio de la -- cuerda del Tímpano. En otras personas siguen un camino diferente; salen del ganglio geniculado en el nervio petroso superficial mayor y pasan por el ganglio ótico a la cuerda del Tímpano y al Nervio Lingual.

B).- Nervio Glossofaríngeo.

El nervio glossofaríngeo inerva toda la parte posterior de la lengua; las fibras se originana en el ganglio petroso.

C).- Nervio Neumogástrico.

El neumogástrico envía algunas fibras a los órganos del - gusto de la epiglótis y de la Farínge; estas fibras se origi

nan en el ganglio yugular del Vago.

Las fibras que conducen los impulsos originados en los órganos del gusto entran a la protuberancia y al bulbo con los nervios: Facial, Glossofaríngeo y Neumogástrico.

El gusto desempeña un papel fundamental en el proceso del apetito específico, pues regula la ingestión de alimentos y de esta manera contribuye a mantener la constancia -- del medio interior, seleccionando las dietas por ingestión preferencial de ciertos alimentos.

V I

PADECIMIENTOS DE LA LENGUA.

La atrofia de las papilas filiformes y fungiformes tiene mayor importancia clínica que una lengua con cubierta anormal. En los últimos años de la vida, la cubierta de la lengua va -- disminuyendo y también el tono muscular del órgano. Los cambios atróficos que no guarden proporción con la edad del paciente o las costumbres locales, suelen tener un origen y un significado generales.

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

Se ha observado que puede haber atrofia de las papilas de la capa superficial de la lengua, entre otras etiologías, por una deficiencia circulatoria o menor reserva de Oxígeno. El órgano suele mostrar atrofia intensa y es de consistencia blanda, pudiendo presentar una capa espesa que puede adquirir diversos colores por alimentos ingeridos, fármacos, tabaco o microorganismos.

Las sustancias que liberan Oxígeno, como el Peróxido de Hidrógeno y el Perborato de Sodio, pueden estimular el desarrollo de las papilas filiformes en ciertos pacientes produciendo se una cubierta lingual anormal que en ocasiones puede mostrar también pigmentación negra. Tanto esta capa como el color --

producido por el uso de Perborato de Sodio o Peróxido de Hidrógeno se eliminan al dejar de usar estas sustancias.

Lengua Geográfica:

La lengua geográfica es un padecimiento de etiología desconocida, se presenta principalmente en niños y adultos jóvenes; cuando se presenta en niños, generalmente desaparece en un --- tiempo relativamente corto, pero cuando sobrepasa la pubertad por lo regular no se corrige, o sea, es difícilmente modificable.

Se caracteriza por zonas centrales irregularmente perfiladas, no induradas, de color rojo brillante y desprovistas de papilas, localizadas en el dorso de la lengua, extendiéndose sobre los bordes laterales y hasta la punta, resultando por esto un aspecto parecido al de un mapa. Los bordes son bien definidos, amarillos o blanquecinos y ligeramente elevados, es una lesión inflamatoria asintomática.

La lesión empieza en forma de una placa lisa, brillante, bastante bien definida que tiende a hacerse más grande y a coalescer con las lesiones adyacentes, toma aspecto de pergamino por la pérdida de las papilas filiformes, el epitelio tiende a ser más delgado pero no se encuentra ulcerado y microscópicamente se encuentran en él numerosas pústulas esponjiformes, --

los pasientes acuden al odontologo por causas estéticas.

Tratamiento:

No requiere tratamiento específico, pero se recomienda la vitaminoterapia.

Lengua Negra Velloso:

La lengua negra vellosa es un proceso benigno caracterizado por una elongación de las papilas filiformes tomando forma de pelos cortos y gruesos, se presenta en el dorso de la lengua como una mancha oscura que crece gradualmente y que varia de un amarillo sucio a un negro bastante intenso, esto es por la pigmentación que presentan las papilas filiformes y la leve transformación cornea. Produce ligeras molestias tales como; sequedad, mal sabor de boca (metálico) y fetidez del aliento.

El proceso parece guardar relación con variaciones en el medio ambiente local y se supone que la tinción guarda relación con ciertos microorganismos cromofílicos. Han sido citados algunos posibles factores etiológicos, tales como los antibióticos, el habito de fumar, el empleo de agentes oxidantes y en adultos urémicos.

Como ya se mencionó, el color puede variar considerablemente y la intensidad de la coloración suele guardar relación con la duración del proceso. En ocasiones el paciente se queja de una sensación urente en la lengua, pero por regla general, la lesión es asintomática resultando alarmado el paciente al notar el proceso.

La lengua negra vellosa, parece guardar predilección por el sexo masculino y raras veces el proceso es unilateral. La evolución es variable, muchos casos duran sólo unos días; -- otros muchos se prolongan durante años, pero puede desaparecer espontáneamente.

Tratamiento:

No requiere terapéutica específica, aunque algunos autores aconsejan el raspado del dorso de la lengua y la aplicación de una solución alcohólica de Acido Salicílico al 10% o 15%.

Se han observado buenos resultados terapéuticos con la aplicación local de Acetónido de Triamcinolona al 0.25% (Kenalog).

Glositis Aguda Superficial:

Esta afección es la más común de las enfermedades de la lengua, suele formar parte de las estomatitis agudas y es motivada por afecciones febriles diversas; faringitis, quemaduras con alimentos sumamente calientes, etc.

La lengua aparece roja, a veces con saburra y pequeños abscesos puntiformes análogos a los de las piodermis y -- puede ser dolorosa.

Tratamiento:

La terapéutica es a base de colutorios de agua de manzanilla y se recomienda una higiene oral minuciosa así como enjuagues con astringentes o soluciones leves.

Glositis Exfoliativa:

La glositis exfoliativa, no es propiamente una enfermedad sino una simple descamación de la capa membranosa amarillorizacea que se origina en parte de la lengua con motivo de infecciones flemonosas vecinales (amigdalofaringitis, periodontitis, etc.) o de infecciones generales como la gas--

troenteritis. Suele presentarse fetidez del aliento y puede ser asintomático.

Tratamiento:

La terapéutica se basa en la eliminación de la causa desencadenante y se recomiendan lavados orales con Agua Oxigenada así como pastillas de Tirotricina.

Glositis Superficial Crónica:

Este padecimiento también es conocido como lengua lisa - de Sandwith, aparece en enfermos con afecciones médicas generales: gotosos, dispépticos crónicos, estreñidos inveterados, caquéticos, etc., y es producida por la desamación de las papilas linguales. Al principio sólo la punta o los bordes de la lengua son afectados, la lengua se vuelve muy roja con sensibilidad exaltada, que se advierte con los cambios de temperatura o los alimentos ácidos, presenta inflamación con marcas en los bordes por la presión contra los dientes, los brotes congestivos que se agregan al proceso y que llegan a producir ulceraciones o fisuras, generalmente aparecen en los lados del órgano y traen consigo un cuadro doloroso que complica el estado del enfermo, las papilas se atrofian, la necro--

sis se extiende profundamente dentro del tejido que sana por cicatrización. Entonces el epitelio es una capa imperfecta delgada que aparece como una area lisa y palida, las etapas intermedias dan un efecto punteado, por la coexistencia de superficies lisas y normales.

Tratamiento:

La terapia de la enfermedad causal es la base del tratamiento de la lesión lingual, pero son aconsejables los colutorios anticépticos, la alcalinización de la saliva, la higiene minuciosa y evitar toda sustancia irritante como; condimentos, tabaco, alcohol, café, etc., así como los alimentos muy fríos o muy calientes.

Glositis Catarral:

La glositis catarral se presenta como una inflamación difusa de la mucosa de la lengua y boca. Como ya se mencionó, la lengua se encuentra inflamada, muy sensible y roja. Por el aumento de tamaño y por la presión que ejerce sobre los dientes, las superficies laterales toman una apariencia lobulada, no se presenta ulceración, la salivación aumenta, con frecuencia es causada por agentes químicos o físicos, como -

ácidos, Perborato de Sodio, calor, traumatismos, fisuras, rayos "X". Esta afección también se puede encontrar como manifestación local de enfermedades exantemáticas, trastornos --gastro intestinales, nefritis y envenenamiento por metales pesados.

Tratamiento:

El tratamiento de esta afección es el de eliminar la causa desencadenante o factor etiológico y se recomienda enjuagues con astringentes ligeros después de la higiene oral.

Glositis Aguda Profunda:

La glositis aguda profunda es una infiltración inflamatoria que puede ser difusa o circunscrita de la lengua, causada por heridas, quemaduras, picaduras de insectos, etc., puede producir en los casos graves una tumefacción considerable que dificulte la ingestión de alimentos y hasta la respiración y originar la formación de un absceso que si no se abre de un modo espontáneo, requerirá de la intervención quirúrgica.

Subglositis o Enfermedad de Riga-Fede:

Esta enfermedad se presenta como una ulceración papilomatosa del frenillo de la lengua, se ha observado en niños de seis a diez y ocho meses y es producida por el roce del frenillo lingual con los incisivos inferiores o el borde gingival, lo cual puede ser causado por la propulsión convulsiva de la tos ferina o también por el mal hábito de sacar la lengua. Es una afección leve que no requiere tratamiento local pero que a veces dura mucho tiempo.

Sequedad Lingual:

La sequedad lingual tiene una gran importancia diagnóstica, sobre todo en los estados sépticos y urémicos, en las deshidrataciones y en los cuadros abdominales febriles graves, en particular en la Peritonitis, lo grave del proceso se produce la mayoría de veces al principiar o al empeorar la enfermedad, por una mayor sequedad de la mucosa, que comienza por una zona en medio del dorso de la lengua formando la denominada por algunos autores "Lengua Urbanizada". Además de seca, la lengua aparece frecuentemente como "Tostada" en la mayoría de los procesos sépticos y deshidrataciones graves, se puede corregir tratando el factor causal.

V I I

ANOMALIAS DE LA LENGUA.

En el presente tema se tratarán toda clase de anomalías - que pueda presentar la lengua, algunas de ellas tan raras, que no pasan de ser una curiosidad clínica y por lo tanto no tendrán ninguna terapéutica específica.

Anquiloglosia Parcial:

La Anquiloglosia Parcial es la consecuencia de la corte--dad congénita del frenillo lingual o una fijación que se ex---tiende desde la mucosa gingival lingual hasta cerca de la punta (lengua atada), restringiendo la extensión de la lengua. Esta anomalía del desarrollo es relativamente rara y todo parece indicar que su origen es genético; describiendo también árboles genealógicos se ha demostrado que puede ser una herencia dominante autosómica, los varones parecen estar algo más ex---puestos a esta anomalía que las hembras.

La Anquiloglosia también se ha observado asociada con labio leporino-paladar hendido, pero esta combinación no es frecuente, también hay casos de Anquiloglosia en el Síndrome Orofaciodigital y con mandíbula hendida. En el estudio de un grupo importante de niños no se encontró necesario intervenir quirúrgicamente para liberar el órgano.

La Anquiloglosia Parcial no tiene ningún significado clínico, es raro que este trastorno llegue a dificultar el habla, pues se ha comprobado que sólo en 4 de 1,000 pacientes con anomalías del lenguaje se pudo atribuir el trastorno a un frenillo demasiado corto. Cuando la anomalía es grave, es posible corregir quirúrgicamente el frenillo lingual o la fijación mucogingival.

Anquilosis Glosopalatina:

La Anquilosis Glosopalatina, es la fijación de la punta de la lengua al paladar duro, esta anomalía puede estar asociada con algunas otras, las manos y pies presentan frecuentemente alteraciones; un lado puede estar alterado, mientras el otro es normal. Las anomalías que se han encontrado asociadas a la Anquilosis Glosopalatina son; sindactilia, hipoplasia del pulgar, clinodactilia, peromelia, atrofia de la piel de los dedos, ausencia de las uñas, ectrodactilia y ausencia de los huesos Tarsianos; se ha observado también la asociación con parálisis facial y con parálisis del sexto par craneal, así como con anencefalia.

Como ya se mencionó, la lengua se encuentra fijada al pa-

ladar duro, pero también suele encontrarse fijada a la cresta alveolar superior y cuando se presenta paladar hendido se puede observar la lengua pegada al borde inferior del tabique nasal, algunas veces la punta de la lengua ha estado ligeramente hendida, ha habido también hipoflasia del labio superior y la hipodoncia ha sido un hallazgo bastante constante principalmente en los incisivos.

Es aconsejable practicar la intervención quirúrgica para normalizar la función y la estética del órgano y de las estructuras asociadas a dicha alteración, pero como es un fenómeno muy poco frecuente, no se tiene una terapéutica específica para tratarla.

Aglosia y Microlosia:

La Aglosia y una de sus variantes, la Microglosia son anomalías congénitas raras. En muchos casos la Aglosia ha estado asociada con otras anomalías congénitas especialmente la de las extremidades.

La Facies es generalmente aguda y estrecha con su mentón deprimido que produce un aspecto de pájaro. Los desórdenes en

las extremidades varían entre peromelia y ageneia de un solo dedo, también se han encontrado casos de sindactilia y ausencia de las uñas de los dedos. No hay indicación de que la herencia juegue algún papel en la génesis de esta anomalía; tampoco se ha visto predilección por un sexo.

Aunque la lengua aparentemente falta por completo, puede estar presente en algunos pacientes en forma de una pequeña -- protuberancia localizada posteriormente dentro de la boca y -- que consta de la parte que se ha desarrollado normalmente a -- partir de la cúpula.

El lenguaje no está muy trastornado, los rebordes musculares sublinguales y las glándulas salivales son hipertróficos, también ha habido casos con paladar hendido, persistencia de la membrana bucofaríngea y fusión ósea de los maxilares.

Macroglosia:

El término de Macroglosia es inespecífico, pues se refiere solamente a la presencia de una lengua agrandada. Puede definirse como el aumento difuso de la lengua, que llega a adquirir tales proporciones perdiendo su derecho de domicilio en la

boca, manteniéndose exteriorizada a través de las arcadas dentarias y de los labios. En general adquiere una mayor consistencia y es normalmente indolora, se acompaña de sialorrea y las papilas se hipertrofian, se hace difícil la succión y la ingestión de alimentos, así como la masticación y la fonación. Se pueden describir:

Macroglosia verdadera la cual es común en el cretinismo y mongolismo (trisomia 21). Una lengua de gran tamaño en un individuo de habla lenta, difícil y de voz baja debe hacer pensar en cretinismo o mixedema, la macroglosia puede provenir también de alteraciones de tipo linfangioma o hemangioma.

Macroglosia esencial, de observación rara que por lo general comienza a aparecer en el niño en forma espontánea y se desarrollan lentamente llegando a adquirir gran volumen. Lengua gigante que sale de la boca y se acompaña muchas veces de deformación del maxilar y arcada dentaria, las papilas se encuentran hipertrofiadas, la consistencia es mas dura de lo normal y es frecuente que aparezcan nódulos pequeños aún más duros, encontrándose en el estudio de esta lengua solo la existencia de hipertrofia y la hiperplasia de las fibras musculares.

Macroglosia adquirida, la cual se ha observado en casi 40 por 100 de los pacientes con amiloidosis generalizada. La biop

sia de la lengua demostró depósitos de sustancia amiloide en este órgano.

Macroglosia secundaria que generalmente sigue a mordeduras o a heridas desgarradas del tipo de la hemisección transversal de la lengua, que determinan una mala circulación venosolinfática y un edema crónico que, organizandose aumenta el espesor del órgano. Se le ve también a consecuencia de resecciones quirúrgicas en el tratamiento de tumores malignos de la vecindad que obligan a la extirpación de las vías linfáticas y venosas, a lo que se agrega a veces la exteriorización del órgano por la resección de una parte de la boca. Este tipo de Macroglosia nunca llega a adquirir caracteres alarmantes y en general retrograda con el tiempo.

Tratamiento:

Puede ser necesaria una terapéutica con roentqenterapia o bien intervención quirúrgica mediante secciones cuneiformes o aún de toda la zona exuberante, lo que mejorará el trastorno -- funcional y la estética del paciente. Estos procedimientos se podrán practicar según sea la causa y la gravedad de la anomalía.

Lengua Fisurada:

La lengua fisurada (acanalada, arrugada, plegada) constituye una de las anomalías de desarrollo más comunes; casi todas las lenguas tienen algún grado de arrugamiento si se examinan cuidadosamente, las fisuras anormales se han llegado a observar hasta en un 10% de la población en general, las cuales pueden dirigirse paralelamente a la fisura lingual media, transversalmente u oblicuamente, pueden presentarse en niños e incluso en lactantes aunque son muy raras, tienden a ser más frecuentes en la pubertad y en la edad adulta, parecen aumentar en número, anchura y profundidad al aumentar la edad. Estudios en gemelos hacen pensar que existe una predisposición genética para estas arrugas, transmitida como un carácter dominante autosómico irregular y no presenta ninguna predilección racial ni sexual.

Pueden variar la longitud, el número y la profundidad de los surcos, así como su disposición en la superficie dorsal de la lengua; pero en general son simétricas. Estas fisuras pueden disponerse también longitudinalmente distribuyéndose en forma ramificada como una red venosa o formar a veces ángulos rectos con los bordes de la lengua siendo frecuente encontrar una distribución similar en varios miembros de una misma familia.

Al arrugamiento intenso se le ha denominado "Lingua plicata o Lengua escrotal", pudiendose extender por toda la superficie dorsal o solamente por una porción de la lengua. A veces se presenta una leve inflamación en las fisuras, debido a un desdoblamiento microbiano de restos alimenticios; este trastorno se acompaña de molestias variables, aunque no exista verdadero dolor. De hecho, la lengua con fisuras anormales no tiene ningún significado patológico; algunas clínicas opinan que este estado predispone a la glositis migratoria benigna simultánea, y contribuye a la localización lingual del liquen plano, lo que si se ha establecido clínicamente es una asociación frecuente de fisuras anormales de la lengua y glositis migratoria benigna.

Quando aparecen síntomas dolorosos en las zonas de fisura, los bordes de la lengua deben despalzar hacia abajo estando la lengua ligeramente fuera de la boca, pudiendose limpiar con una solución de peróxido de hidrógeno al 3% para eliminar los restos de alimentos. Se recomienda el uso de un antimicrobiano leve y una aplicación de leche de magnecio de vez en cuando, pueden resultar de utilidad.

Tiroides Lingual:

Como consecuencia de alguna anomalía en el desarrollo em-

brionario parte o todo el tiroídes puede no emigrar, pudiendo persistir entonces masas de tejido tiroideo en la base de la lengua.

El Tiroídes Lingual es una tumoración solitaria, localizada centralmente en la región del Foramen Caecum, su superficie puede ser lisa o lobulada y generalmente está cubierta por una mucosa normal, su color varia desde rosado hasta pardo, dependiendo esto del grado de vascularización. Este tejido es consistente y elástico, da una sensación de solidez a la palpación y su tamaño rara vez excede de los dos centímetros de diámetro, en ocasiones es pedunculado y su aspecto puede ser semejante al de una glándula tiroidea normal histológicamente hablando.

El Tiroídes Lingual se observa más a menudo en las mujeres, volviéndose la masa más aparente en la pubertad o durante el embarazo y tendiendo a variar en tamaño. En el 5% o 10% de los casos de Tiroídes Lingual no existe glándula tiroidea en su posición normal. El síntoma más notable que presenta es la dificultad para hablar y para deglutir, como resultado de la destrucción parcial por la tumoración, en muy pocas ocasiones hay disnea.

La glándula tiroidea lingual no tiene terapéutica específica, no es recomendable la intervención quirúrgica, pues su extirpación puede provocar un mixedema, además de que el nódulo tiroideo desplazado puede ser en ocasiones asiento de un adenoma o bien de un carcinoma.

Glositis Romboidea Media:

La Glositis Romboidea media es una afección no peligrosa, la cual - cuando se descubre puede confundirse con un carcinoma; es una - condición rara probablemente congénita con ausencia de papilas filiformes. Es una área rojiza algo romboidea, situada en la - línea media del dorso de la lengua; por delante de las papilas caliciformes, tiene una longitud aproximada de 1.5 cms. a 2.5 - cms. Esta zona está muchas veces fisurada o nodulada, pudiendo sobresalir de 2 mm. a 5 mm. de la superficie, el color rojizo - se debe a la ausencia de papilas Filiformes y no es de origen - inflamatorio; tiene predilección por el sexo masculino.

Se afirma que la glositis romboidea media, es debida a una persistencia del tubérculo impar (mencionado en "embriología de la lengua"), este se forma entre el primer y segundo arcos bran- - quiales que normalmente está cubierto por los tubérculos lingua - les laterales, por esto no aparece en la lengua normal; sin em- - bargo si todos los vestigios de esta estructura no estan cubier - tos, queda problemente, un tubérculo persistente que da lu- - gar a una placa romboidea, la cual es de superficie lisa, bri- - llante y asintomática.

Tratamiento:

No requiere terapéutica específica, ya que no se han dado casos en los que se encontrara tumor maligno primario originado

en una zona de glositis romboidea media, tampoco requiere extirpación quirúrgica. En casos excepcionales, puede necesitarse una biopsia para calmar a un paciente con cancerofobia exagerada.

Lengua Supernumeraria:

Es necesario distinguir la lengua Supernumeraria de la lengua bifida, se han comunicado algunos casos pero en general esta anomalía es bastante rara.

Algunos autores han descrito una estructura parecida a la lengua que se proyecta desde el pilar Tonsiliar en lugar de una amígdala. En asociación con esta anomalía ha habido aplasia parcial del paladar blando, atresia de la oreja y, en un paciente, parálisis facial. Estos casos tal vez hayan sido ejemplos del Síndrome del primer y segundo arcos branquiales. Por ser una anomalía tan rara de presentarse no existe terapéutica específica.

Lengua Hendida:

La parte de la lengua anterior a las papilas circunvaladas

o caliciformes, está formada a partir de 2 tubérculos laterales que se fusionan en la línea media entre la cuarta y quinta semanas embrionarias; la falta de fusión de los tubérculos da lugar a una lengua hendida (bífida; lobulada).

La lengua lobulada, es decir, la división de la lengua en dos, tres o cuatro lobulos está asociada con el Síndrome Orofaciodigital. La lengua bífida también se observa en asociación con hendidura mediana de la mandíbula; también puede ocurrir como un fenómeno aislado o combinado con paladar hendido.

Esta anomalía también es bastante rara, siendo considerada como una curiosidad clínica y tampoco tiene tratamiento específico, aunque puede resultar benéfico practicar la cirugía cuando se llegue a presentar.

Movimientos Anómalos y Motilidad Excesiva de la Lengua:

Hay una serie de movimientos no usuales de la lengua, algunos de los cuales son determinados genéticamente, pero que, hasta cierto punto pueden ser determinados por el medio ambiente; su frecuencia varía según el grupo étnico estudiado.

Aproximadamente el 60% de la población caucásica puede rizar los bordes laterales de la lengua (lengua tubular), acto que está basado en la presencia de un gen dominante autosómico, se pensó que el origen de la lengua tubular no es totalmente genético, punto de vista que esta de acuerdo con la falta de

concordancia de esta característica en gemelos idénticos.

Se ha investigado otro movimiento que es el doblamiento hacia arriba de la lengua, que es la capacidad de sacar dicho órgano más allá de los labios y doblar la punta hacia atrás sobre el cuerpo de la lengua sin ayuda de los dientes, se encontró esta capacidad en el 3% de la población china y se cree que se debe a un carácter recesivo autosómico.

La capacidad para girar la lengua de un lado al otro, fué estudiada por diversos investigadores, encontrando que el 14% de los negros norteamericanos pueden girar y doblar la lengua, sugiriendo que ambos actos son genéticamente independientes y se observó que el acto de girar el órgano era debido a un gen dominante autosómico, mientras que el acto de doblar era debido a un gen recesivo autosómico. Se señaló también que tanto el acto de girar la lengua como el de doblarla presentaban mayor coordinación entre gemelos monocigóticos.

La lengua trifoliada es otra forma peculiar de la lengua, en la cual la parte anterior puede ser deformada a voluntad - para tomar una forma de trebol. No se ha establecido si esta anomalía es genética, aunque se piensa que tal vez se deba a un gen dominante autosómico con una penetración reducida.

Se han comunicado varios casos de individuos que pueden - colocar la punta de la lengua por detrás del paladar blando y dentro de la nosofaringe; la capacidad para efectuar este acto es probablemente más frecuente de lo que indica la esca--

sez de casos comunicados.

Aproximadamente el 7% de los caucásianos pueden tocarse la punta de la nariz con la lengua, pero este movimiento se observa con más frecuencia en individuos con el Síndrome de Ehlers-Danlos.

V I I I

ALTERACIONES Y PATOLOGIA DE LA LENGUA

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

Cualquier problema local o general que trastorne la fisiología bucal normal y altere los mecanismos habituales de limpieza puede dar lugar a un aumento anómalo de la capa superficial. Las enfermedades febriles comunes, una alimentación --blanda o líquida, una mala higiene bucal, una menor producción de saliva por fiebre y deshidratación general, favorecen la producción de una capa lingual de mayor espesor, así los individuos que respiran por la boca o que duermen con la boca abierta muchas veces presentan esta misma alteración. La fermentación y descomposición de partículas de alimentos en caso de una lengua muy cargada puede dar lugar a halitosis.

La aparición de la cubierta lingual se puede explicar fácilmente por cambios del ambiente y trastornos fisiológicos,

se trata de un fenómeno continuo. En general, esta capa es eliminada por el flujo salival junto con la abración que acompaña al hablar y masticar. La masticación de los alimentos es un factor importante para la eliminación de estas sustancias acumuladas, pues durante la formación del bolo alimenticio y su paso a la faringe se desgasta y se acorta esta capa.

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

Leucoplasia Lingual:

La Leucoplasia no es un tumor, el término ha sido utilizado para indicar una alteración de las mucosas, caracterizado por la presencia de zonas o placas blancas anómalas que no se desprenden fácilmente y cuya identificación no es fácil. Esta afección se observa principalmente en el sexo masculino, en su período de estado se presenta como placas redondeadas u ovaladas, generalmente planas o ligeramente salientes blancas o gris azulado que cubre parte o toda la mucosa lingual. Este período va precedido de otro en el cual la mucosa es ro-

ja por lo cual, las placas anteriormente descritas, cuando --
aparecen se perfilan netas y nítidas.

Después se torna de aspecto granuloso que termina por ---
transformarse en manchas blanquesinas, blandas, de contornos
irregulares, que convergiendo entre sí y volviéndose más con-
sistentes llegan al período de estado. La palpación las mues-
tra induradas, pero el tejido submucoso es flexible, blando y
móvil.

La hipertrofia se hace cada vez más acentuada lo que de--
termina que las placas sean más prominentes, más duras, desi-
guales y converjan hasta formar verdaderas capas que llegan a
fisurarse, a ulcerarse sobre una superficie practicamente ---
acartonada.

Se le ha considerado como de origen sifilítico pero no --
siempre es así, ya que su etiología también ha sido atribuida
a numerosos factores como; el tabaco, alcohol, irritaciones -
mecánicas, déficit vitamínico, alteraciones hormonales, galva-
nismo, malnutrición, prótesis mal ajustadas y mal estado hi-
giénico bucodentario. Suele presentarse después de 30 años y
se acentua más a los 50, 60 y 70 años.

El estudio anatomopatológico muestra que la mucosa, en un
principio, sólo presenta un engrosamiento escleroso de la der-
mis con la aparición de un epitelio estratificado cuyas capas

más superficiales tienen células con eleidina. La evolución - se irá completando hasta que la transformación del epitelio - llegue a presentar una capa córnea.

La mucosa, triplicada en su espesor, asienta sobre la sub mucosa esclerosada, las fibras musculares también sufren esclerosis. Las fisuras y las úlceras, que son la regla, determinan la infección sobregregada, que complica el cuadro anatomopatológico.

Es una afección benigna, pero a la que se debe considerar como una lesión precancerosa. En su estado de comienzo puede retrogradar y aún curarse con solo instituir un tratamiento - con vitaminas y, sobre todo, evitar los factores causales o - predisponentes.

Si la lesión no retrograda inmediatamente, cosa que generalmente ocurre cuando las placas son hipertróficas y existen grietas, el tratamiento quirúrgico se impone ya que en un --- gran porcentaje de estas lesiones se implanta el cáncer. La extirpación será sencilla cuando el proceso sea poco extendido, porque aún dejando superficies cruentas no muy amplias, el epitelio las cubrirá posteriormente. Si la placa es grande y llega a cubrir todo el dorso de la lengua, se impondrá la intervención denominada "Decorticación Lingual", la cual consiste en extirpar toda la mucosa del dorso, teniendo que reemplazarla por un injerto o realizar la plástica clásica que une -

las mucosas laterales en forma de "Y", determinando el afinamiento de la lengua.

La leucoplasia de la lengua no se acompaña de adenopatias satélites a menos que exista una fisura o una úlcera que determine un proceso inflamatorio sobreagregado, en cuyo caso el tratamiento antibiótico las hará desaparecer, o una degeneración cancerosa que agrava notablemente el cuadro pues entonces se habrá formado un cáncer lingual nacido sobre una leucoplasia.

Se ha acordado que la posibilidad del cancer está siempre presente cuando se observa una lesión Leucoplasica y que por lo tanto estas placas deben ser extirpadas y estudiadas por medio de la citología exfoliativa.

Se ha determinado que toda placa de leucoplasia sobre fondo indurado, así como toda leucoplasia lisa en transformación verrugosa, deben considerarse como un cáncer en potencia.

Es por eso que el criterio que debe prevalecer, es su extirpación total y su estudio citológico anatomopatológico, -- que deberá ser la regla invariable cuando la leucoplasia a -- tratar es hipertrófica, fisurada o de base indurada.

Liquen Plano Lingual:

El liquen plano es una enfermedad que afecta mucosa y piel. Esto es una afección de tipo inflamatorio crónico de etiología desconocida, pero frecuentemente asociado al stress o a la tensión emocional, normalmente se presenta en la segunda década de la vida y tiene una leve predilección por el sexo femenino, causa prurito intenso o moderado y es bastante raro que se presente en niños.

Las lesiones de la mucosa lingual y labial se presentan como un fino encaje de pápulas hiperqueratósicas reticulares --- blancas conocidas como estrias de Wickham y lesiones grises -- anulares o en forma de placa en la lengua. En la mucosa lingual las lesiones se originan en la región posterior y se extienden hacia adelante, por lo general son asintomáticas, aunque es frecuente un gusto metálico o un ligero malestar.

En ocasiones pueden llegar a verse erociones superficiales, lesiones ampollares y ulceraciones dolorosas profundas y crónicas, pudiéndose observar una degeneración maligna hacia el carcinoma de células escamosas, lo cual es extremadamente raro.

Tratamiento:

Puede desaparecer espontáneamente, pero se recomienda la -

aplicación de crema de Tretinoína (Acido Retinoico); ácido de la vitamina "A" al 0.05% sobre el liquen plano y seguido de la aplicación de un corticoesteroide puede resultar de utilidad, así como una excelente higiene oral.

Saburra Lingual:

La Saburra Lingual es de las afecciones más frecuentes de la lengua; tomando en cuenta el sitio de implantación, son -- dos, la de porción posterior que carece de importancia, pues es normal en este sitio y, la de la porción anterior o dorso de la lengua que si es patológico. La Saburra está formada por células epiteliales que ordinariamente se pierden por descamación, moco, leucocitos, pequeñas partículas de restos alimenticios, bacterias, hongos y detritos. Es una capa generalmente blanca pero que puede variar de color según los distintos alimentos, bebidas, drogas ingeridas y el uso del tabaco.

La mengua de secreción salival, deshidratación, fiebre y respitación por la boca puede ser causa de que la lengua y la boca en general padezcan de Saburra. Sin embargo la lengua - saburrosa se puede encontrar también en condiciones no relacionadas directamente con la boca como; la actividad oral disminuida (en estados febriles, comatosos, etc.), cambios en el

medio oral (flora oral alterada por antibióticos, uremia, --- etc.), e inclusive se puede presentar en personas sanas y no males.

Tratamiento:

La terapéutica de la lengua saburrosa se basa en la co--- rrección de la causa general subyacente, en normalizar la fun ción oral y en una minuciosa higiene oral, algunos autores re comiendan masticar pan tostado.

Candidiasis Lingual:

Este tipo de afección recibe diversos nombres, tales como: Moniliasis Lingual, Algodoncillo, Mughet, etc. Se puede cla- cificar en Candidiasis Primaria y en Candidiasis Secundaria a la terapéutica antibiótica.

La Candidiasis Primaria es una infección leve de las mucos y áreas húmedas de la piel, causadas por un organismo del tipo de las levaduras llamado; Candida o Monilia Albicans el cual es un germen universal que puede hallarse en la mayor -- parte de los individuos sanos.

Los recién nacidos pueden infectarse por la candidiasis -

del conducto vaginal materno, por lo general la estomatitis - moniliásica neonatal se hace evidente al quinto o sexto día - después del parto.

El cuadro clínico varía desde un ligero eritema con depósitos finos de color blancusco hasta la "boca blanca" difusa e inflamada. En los lactantes, las primeras alteraciones aparecen en el tercio anterior dorsal, bordes y superficie ventral de la lengua pasando más tarde al vestíbulo oral. Estas lesiones llamadas Aftas, parecidas a pequeños coágulos de leche, de color blanco niveo, pueden presentarse en forma de tiras, placas o pseudomembranas difusas. Las lesiones son asintomáticas, a menos que la infección se extienda, esto es más común en el paciente debilitado.

Estas manchas blancas están formadas por un entretejido denso de *Candida Albicans* junto con detritos celulares, partículas residuales de comida y bacterias; su superficie tiene un aspecto aterciopelado, en tanto que la mucosa adyacente aparece de un color rojo oscuro y moderadamente tumefacta.

El diagnóstico queda confirmado por la identificación de los gérmenes y filamentos que se ven en los frotis recientes de las lesiones o en cultivos.

Tratamiento:

En la Candidiasis Primaria se recomienda como terapéutica

la aplicación local de un fungicida como la violeta de genciana al 1% (Cloruro de Metilrosanilina) y puede ser de valor la administración de complejo vitamínico "B".

La Candidiasis Secundaria a la terapéutica antibiótica se presenta cuando los pacientes están recibiendo tratamiento antibiótico (Penicilina, Aureomicina, Cloranfenicol), por vía oral o parenteral para infecciones de la boca u otras, los organismos susceptibles son reprimidos o eliminados como resultado de esto, los no susceptibles que no eran patógenos cuando la flora estaba equilibrada, no solo prosperan sino que pueden convertirse en patógenos. Esto sucede con la Candida Albicans que es habitante común del tubo digestivo y la boca.

Las molestias de la boca son esencialmente; ardor en la lengua, garganta y cavidad oral en sí. El dorso de la lengua es el más comúnmente afectado. Al principio suele tener una capa gruesa de color amarillo pardusco con hipertrofia de las papilas filiformes e inclusive puede llegar a presentarse una lengua negra vellosa, subsecuentemente se desprende esta capa, las papilas se hacen prominentes, la lengua toma un color rojo, se torna seca e inflamada y es dolorosa a la palpación y a los alimentos ácidos o ásperos. El sentido del gusto se altera marcadamente, la mucosa del resto de la boca suele estar cubierta desde el principio con un exudado blancusco que desaparece en unos días, dejando una superficie seca, vidriosa y abrasada.

El diagnóstico de este tipo de Moniliasis o Candidiasis - se realiza por la demostración de una masa sólida de células y filamentos en gemación dentro de una placa toscamente desplegable, por el cultivo de los organismos de las membranas mucosas y por el antecedente de una terapéutica antibiótica.

Tratamiento:

El tratamiento debe dirigirse hacia el restablecimiento - del equilibrio normal tanto cualitativo como cuantitativo de los organismos orales, se deberán hacer lavados e irrigaciones de la boca con solución salina templada, además de la --- aplicación de una solución acuosa de Violeta de Genciana al - 1% en las superficies afectadas. El complejo vitamínico "B" puede ser de algún valor terapéutico. En la Candidiasis generalizada se recomienda la Nistatina (Mycostatin) o el Paraben por ser fungicidas.

Flemón:

Generalmente a consecuencia de un proceso infeccioso cuyo origen es una úlcera o una fisura del órgano, se desarrolla - un proceso Flemonoso mal localizado que se extiende con suma facilidad al piso de la boca y a las células del cuello que -

comunican con los planos de clivaje del órgano, la adenopatía satélite aparece precozmente.

Son enfermos que presentan casi siempre mal estado general; caquéticos, cancerosos, gotosos, diabéticos, etc. Esta afección, que se veía con mayor frecuencia lustros atrás, ha desaparecido prácticamente con el uso de los antibióticos y la quimioterapia.

Su tratamiento es el de cualquier otro Flemón, en lo que se refiere a la atención del estado general con medidas adecuadas y a la institución del tratamiento antibiótico. Debe prescribirse un régimen alimenticio blando o líquido, mantener la alcalinidad de la boca y una higiene bocodentaria minuciosa.

Absceso:

Es generalmente secundario a un proceso flemonoso o a una infección localizada desde la iniciación. Se le ha descrito también con un comienzo aparentemente mudo cuando el organismo presenta una disminución de sus defensas, como en algunos procesos gripales.

Se presenta una inflamación dolorosa, roja y caliente que trae aparejada una impotencia relativa de la lengua con sensación de hinchazon, dislalia, sialorrea y dificultad para la ingestión de alimentos, el infarto gangliolar es la regla.

La terapia antibiótica, la higiene bucodentaria, la alcalinización de la saliva y la vitaminoterapia están indicadas, así como el tratamiento del estado general. Suele ocurrir -- que, a pesar de la antibioticoterapia persiste un pequeño tumor; es un absceso localizado que el cirujano debe incidir. De lo contrario se verán repetir nuevas reacciones inflamatorias subagudas, producto de la infección, que los antibióticos no consiguen dominar. Muchas veces, a pesar del tratamiento antibiótico de los Flemones, quedan abscesos residuales cuyo tratamiento quirúrgico se impone.

I X

ENFERMEDADES SISTEMATICAS QUE AFECTAN LA LENGUA

Existe una gran variedad de enfermedades que afectan a to do el organismo, algunas de ellas se presentan en la lengua - y en la cavidad oral como signos y síntomas prodómicos, o sea como primera característica de la enfermedad, algunas otras - suelen presentarse en dicho órgano una vez establecido el pro ceso patológico, pero todas ellas afectan de una forma direc- ta o indirecta a la lengua. En este capítulo se tratará de - mostrar la forma en que afectan a la lengua así como el trata- miento adecuado que se impondrá en cada caso.

Actinomicosis:

La Actinomicosis es un proceso infeccioso crónico que in- cide con mayor frecuencia entre la población del medio rural que en las ciudades, lo cual está probablemente relacionado - con la menor higiene oral, este padecimiento es dos veces más frecuente entre los varones que entre las hembras, predomina- do en la cuarta y quinta década de la vida. Aunque el Actino- myces Israelfi sea el agente causal, hace falta la interven- ción de algún factor como una extracción dentaria, la implan-

tación de un cuerpo extraño, herida por mordedura o algún proceso dental crónico de tipo inflamatorio para que pueda desarrollar sus efectos patógenos.

Se ha observado que casi un 60% de todas las infecciones por Actinomyces ocupan la región Cervico Facial, sin embargo las variedades gastrointestinal y torácica producen síntomas relacionados con padecimientos infecciosos crónicos de estos sistemas. En ocasiones el diagnóstico es difícil si no se puede encontrar el microorganismo causal.

En estudios que se realizaron se encontró que en un 3.7% de todas las variedades de la enfermedad, está afectada la lengua. En la Actinomicosis Lingual, suele existir un pequeño nódulo profundo, indoloro en un principio y que molesta muy poco; pero conforme la lesión va creciendo, los tejidos que la cubren se reblandecen y se rompen. Puede haber cicatrización transitoria, repitiéndose la serie de fenómenos y apareciendo una lesión más amplia, en estas lesiones grandes, la disfagia es un síntoma de primer plano.

La Glositis Actinomicótica queda generalmente limitada a la vecindad de la puerta de entrada y, por fortuna su propagación hacia las partes blandas y profundas del cuello es muy rara.

Tratamiento:

El tratamiento de la Actinomicosis está encaminado a la administración intramuscular de Penicilina o bien de Tetraciclina durante un período de 28 días, lograndose resultados satisfactorios. La evolución acostumbra ser subaguda o crónica, pero en si el pronóstico es bueno.

Amiloidosis:

En la Amiloidosis primaria generalizada, se deposita gran cantidad de una sustancia hialina de naturaleza proteínica - (Glucoproteína), en los músculos estriados y lisos, en los espacios extracelulares, esta enfermedad se caracteriza por debilidad, fatiga, púrpura (generalmente cabeza y cuello), disnea y pérdida de peso, hepatomegalia y macroglosia, siendo esta última un hallazgo bastante frecuente en este padecimiento.

La lengua es con mucho el órgano afectado con mayor frecuencia, al principio se suelen encontrar pápulas amarillentas.

tas firmes de 1 a 2 mm en las caras lateral y dorsal, y en la mucosa bucal adyacente al plano de oclusión de los dientes. - Después siguen hemorragias en la lesión, aparecen vesículas, ulceración y dolor, la lengua se presenta moderadamente firme, rígida y menos móvil, el habla se hace cada vez más difícil, el órgano se hace tan grande que sale al exterior, se re seca, se cubre y se fisura; por último, ocluye la Farínge y - dificulta la ingestión y la respiración, también hay salivación excesiva.

Asociado con la macroglosia esta el infarto de los ganglios linfáticos submanidibulares, el examen microscópico demuestra depósitos de sustancia amiloide en los músculos de la lengua, los cuales se tiñen de color rojo congo por la inyección local o intravenosa.

Tratamiento:

Se le ha descrito el tratamiento con dosis altas de Acido Ascorbico (1000 mg. por día) o de hígado ligeramente cocido - (125 gr. al día), sobre bases empíricas y sin que existan prue

bas clínicas sólidas para respaldar dicho programa terapéutico. La Amiloidosis es una enfermedad progresiva y en los casos estudiados no ha habido regresión, excepto los casos de amiloidosis localizada en los que era posible la extirpación quirúrgica.

Antrax:

El agente causal del Antrax es el *Bacillus Anthracis*, el cual es un germen aerobio y grampositivo, sus esporas resisten la desecación, siendo transmitidas a través de excrementos de animales, cuerpos de animales muertos, pieles, lanas o cerdos infectados. Existen varias formas clínicas de Antrax, pero la más frecuente dentro de la cavidad oral es la edematosa y es muy peligrosa por su posible propagación a la garganta así como a las vías respiratorias altas.

El Antrax edematoso o edema maligno intrabucal se caracteriza por un edema pastoso, considerable y de coloración entre rojo cinabrio y rojo oscuro, suele afectar principalmente a la lengua, apareciendo secundariamente pústulas o ampollas he

morrágicas, este órgano aumenta notablemente de tamaño y la cara adopta un aspecto extraño a causa de la enorme tumefacción de los labios y párpados. El Antrax intraoral tiene un pronóstico muy grave.

Tratamiento:

Muchos antibióticos son eficaces para el tratamiento del Antrax, entre ellos tenemos la Penicilina, el Cloranfenicol, los derivados de las Tetraciclinas; la Eritromicina y la Estreptomina. Deben administrarse 600,000 unidades de cualquiera de los anteriores antibióticos una o dos veces al día hasta que ceda el edema local.

Blastomycosis:

La Blastomycosis es una enfermedad crónica pero común devida a un hongo de tipo levadura llamado Blastomyces. Las lesiones bucales son los primeros síntomas de la blastomycosis sudamericana, estas lesiones consisten en zonas ulcera--

das eritematosas de aspecto granuloso. Es común encontrar una linfadenopatía regional, dentro de la boca, las partes más afectadas son la lengua y el paladar.

Una vez instalado el proceso patológico, el paciente sufre de dolor intenso, fiebre, dificultad para comer y caquexia. Los ganglios linfáticos sufren necrosis supurativa y fistulización hacia la piel. Según la rapidez de diseminación a las vísceras, huesos y sistema nervioso central, la enfermedad sin tratamiento, puede presentar un desenlace mortal después de períodos que varían de unos cuantos meses a varios años.

Tratamiento:

El medicamento de elección es la Anfoterisina "B" administrada diariamente o cada tercer día, por venoclisis lenta, en dosis progresivas. La dosis máxima diaria de Anfoterisina "B" es de 75 a 100 mg.; también constituye una buena terapéutica local, bajo forma de pomada al 2%.

Diabetes:

La Diabetes Mellitus es uno de los trastornos endocrinos - mejor conocidos. Se puede definir como una enfermedad poligénica, crónica, metabólica que presenta una disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono. Existen dos formas principales de diabetes: El tipo juvenil con un comienzo antes de los 20 años y el tipo adulto cuyo comienzo suele ser a partir de la edad de 30 años, la diabetes en recién nacidos es rara. En ocasiones también se ha observado este trastorno metabólico en pacientes afectados de acromegalia, síndrome de Cushing o Feocromocitoma.

Los bien conocidos síntomas clínicos son similares en todos los grupos de edades y pueden ser leves, moderados o graves. La debilidad, la pérdida de peso (en especial en las -- personas jóvenes), la obesidad en los pacientes de mayor ---- edad, la polifagia, la polidipsia, la poliuria y el hipoinsu-- lismo son los síntomas más frecuentes.

En cuanto a la cavidad oral el paciente puede sufrir una - sensación de sequedad y ardor en la lengua con hipertrofia e - hiperemia de las papilas fungiformes, los músculos de la len-- gua suelen ser fofos, y es común observar depresiones en los -

bordes de dicho órgano a nivel de los puntos de contacto con los dientes.

Tratamiento:

El tratamiento del diabético corresponde al médico y comprende la administración de Insulina, hipoglucemiantes orales o ambos. La persona incontrolada o descuidada puede llegar al coma diabético.

Enfermedad de Addison:

La Enfermedad de Addison se debe a una insuficiencia suprarrenal crónica, esta hipofunción puede deberse a destrucción y atrofia cortical o pérdida de función debida a otras enfermedades, en particular la Tuberculosis.

Esta enfermedad se caracteriza por debilidad progresiva, pérdida de peso, hipotensión, pigmentación, anorexia, vómitos y diarrea; puede presentarse también cefalea, parestesias

cias, irritabilidad y pérdida de la memoria.

La lengua se encuentra afectada en esta enfermedad por pigmentaciones o lesiones pigmentadas, las cuales varían de negro azulosas a grises parduscas y suelen presentarse como manchas irregulares; una característica de la pigmentación de este padecimiento es que no desaparecen después de la terapéutica. Estas lesiones pigmentadas suelen ser uno de los primeros síntomas de la enfermedad de Addison.

Tratamiento:

Todos los pacientes con enfermedad de Addison recibirán terapéutica sustitutiva con la hormona específica, por medio del médico. La Cortisona e Hidrocortisona es la base del tratamiento en dosis fraccionada de 25 a 37.5 mg.

Eritema Multiforme:

El Eritema Multiforme puede ser de etiología desconocida

aunque se piensa que hay algunos factores predisponentes como lo son la hipersensibilidad a los alimentos y fármacos o hasta una alergia secundaria a infecciones estreptocócicas, víricas, fungosas, parasitarias, etc. Esta enfermedad suele afectar; lactantes, niños y adultos jóvenes; es más frecuente en primavera e invierno y no parece guardar ninguna relación con la raza o el sexo.

Este padecimiento suele aparecer bruscamente con fiebre de 38.9 a 40.5 c°; dolor de garganta y dolor articular. Suele advertirse intoxicación, deshidratación y mal estado general, así como lesiones dérmicas eritematopapulosas de color rojo brillante a púrpura oscuro, afectando dorso de las manos y músculos. En ocasiones solamente afectan la boca.

Las lesiones bucales pueden ser la primera o la única manifestación de esta enfermedad, afectando principalmente lengua, paladar y mucosa del carrillo. En un principio son vesículas o bulas, estas lesiones son zonas irregulares rojizas elevadas de tamaño variable.

La lengua es un foco frecuente de lesiones muy dolorosas, pueden estar afectadas zonas importantes del dorso de la lengua, con señales muy claras de presión de los dientes en los bordes del Organó. Generalmente, una vez instalada la erup-

ción en la mucosa bucal, se observa hipertrofia de los ganglios linfáticos del cuello.

Tratamiento:

Los trosiscos anestésicos o los anestésicos locales, alivian momentáneamente el dolor y permiten conservar una alimentación satisfactoria. Pueden aplicarse antimicrobianos locales o generales para disminuir la flora microbiana que causa gran parte del dolor en estos padecimientos. También se puede prescribir como terapéutica general de sostén, complejo "B" con grandes dosis de vitamina "C", a razón de 6 a 9 cápsulas al día.

Escarlatina:

La Escarlatina es una enfermedad aguda contagiosa, su germen causal es el *Streptococcus scarlatinae*, su período de incubación es de 2 a 7 días. Los síntomas iniciales de esta afección consisten en fiebre de 39 a 40°C; Faringitis y vómito, el exantema aparece de las 18 a las 36 hrs. después de iniciados los síntomas. Las zonas punteadas rojizas se inician en la cabeza y cue

llo, pero pronto invaden todo el cuerpo.

Dentro de las características orales, la lengua, al principio, uniforme y fuertemente cubierta por una capa blanca, - pero en plazo de unas 24 horas. la saburra desaparece a nivel de los bordes y en la punta. Las papilas fungiformes hinchadas e hiperémicas se observan como manchas rojas vivas a través de la saburra. Todo el revestimiento desaparece luego -- gradualmente dejando una superficie lisa tachonada con las papilas fungiformes inflamadas, produciendo la imagen característica de la denominada "lengua de fresa". Este tipo de infección suele dejar inmunidad permanente.

Tratamiento:

El tratamiento lo impondrá el médico, que por lo general se tratará a base de Penicilina Benzatínica en dosis que van de 600,000 UI a 1,200.000UI. Las lesiones orales usualmente solo necesitan tratamiento sintomático.

Histoplasmosis:

La Histoplasmosis es fundamentalmente una enfermedad de zonas semitropicales, su germen causal es el *Histoplasma capsulatum*, el cual es un hongo intracelular ovalado parecido a una levadura. Sus signos frecuentes son la esplenomegalia y hepatomegalia, así como la invasión de ganglios linfáticos, el lugar inicial de la infección acostumbra estar en los pulmones, es común encontrar anemia y leucopenia. Aproximadamente en un 95% de los pacientes, la evolución es asintomática y en la mayoría de los casos se encuentra accidentalmente.

Existe una variedad de histoplasmosis oral localizada que afecta la lengua. Las lesiones linguales de esta enfermedad pueden parecerse mucho a las de la Tuberculosis. Hay que pensar en histoplasmosis frente a lesiones nodulares, ulceradas o vegetantes de lengua, labios y mucosa oral en general. En este tipo de lesiones al principio aparecen unas pápulas o nódulos que pronto se ulceran, formando a veces, unas lesiones crateriformes, circunscritas y gomosas.

Tratamiento:

La Anfoterisina "B", a dosis intravenosas de 50 a 100 mg. diariamente, es eficaz en todas las formas de histoplasmosis. La Sulfadiazina también ha sido eficaz en los adultos, en dosis bucales de 6 gr. diariamente y puede darse junto con la administración de Anfoterisina "B". Algunos autores (Plotnick y Cerri) recomiendan la inyección de 2,000 unidades de Nistatín por ml. de de glucosa al 5% dentro de los nódulos y alrededor de ellos, asegurando que con esta técnica se logra la desaparición lenta, pero completa de las alteraciones patológicas localizadas.

Lepra:

La Lepra es un proceso infeccioso poco contagioso, producido por el Mycobacterium Leprae, que suele encontrarse en climas tropicales. Este proceso se caracteriza por la destrucción tisular lenta, pero progresiva. Se presentan exacerbaciones agudas y remisiones espontáneas, cada episodio significa mayor destrucción, con cicatriz y deformidad de las zonas afectadas, hay poco dolor.

Las lesiones bucales de la Lepra consisten en pequeñas ma sas tumorales, que frecuentemente se rompen y ulceran por --- traumatismos o infección secundaria.

Es común encontrar estas lesiones en la lengua, paladar - duro y labios. La lengua muestra pliegues profundos y más -- tarde deformidad cicatrizal. Muchas veces las lesiones lin-- guales de la Lepra se acompañan de leucoplasia.

Tratamiento:

Los derivados de las sulfonas como el Promín, la Diasona y el Promizol han logrado curar lesiones de la mucosa oral y mejorar considerablemente el bienestar del enfermo. En los - casos resistentes a las Sulfonas, es posible sustituirles me-- diante un tratamiento con el antibiótico denominado Oxitetra- ciclina.

Lenfopatía Venérea:

La Linfopatía Venerea es una enfermedad debida a un virus

filtrable llamado Miyagawanella, este padecimiento se transmite casi exclusivamente por contacto sexual, en el foco de inoculación aparece una vesícula primaria que va seguida de adenopatía regional dolorosa, malestar, escalofríos y una fiebre ligera. Tiempo después la adenopatía inicial aumenta, y termina abriéndose los ganglios, dejando escapar un pus amarillo produciéndose grandes cicatrices, particularmente en la mu-jer, deformando considerablemente las zonas afectadas.

Las manifestaciones bucales son el resultado de coitus buccalis, beso y autoinoculación. La lengua es un foco común de lesiones orales, en particular en las prostitutas; estas lesiones consisten en pequeñas úlceras superficiales ligeramente dolorosas con bordes blandos, que se presentan en la punta de la lengua. En los casos de larga duración existen zonas de retracción cicatrizal, con pequeñas áreas de color rojo oscuro donde se pierde el epitelio superficial y aparecen pápulas liquenoides opacas y de color grisáceo.

Tratamiento:

La Sulfadiazina en dosis de 4 gr. al día suele dar buenos

resultados, desapareciendo los síntomas y lesiones en un plazo de 2 a 3 semanas. Las lesiones bucales desaparecen por -- efecto de la terapéutica antes mencionada.

Sífilis:

La Sífilis es una enfermedad que se ha clasificado como venérea, aunque puede transmitirse por maniobras intraorales a personal profesional (odontólogos), es un padecimiento ocasionado por un microorganismo llamado *Treponema Palidum* y su transmisión es de persona a persona. En las fases iniciales de la Sífilis, las características lesiones de la cavidad bucal y de los labios pueden sugerir el diagnóstico. Para el perfecto estudio de este padecimiento se ha dividido en 3 períodos; primario, secundario y terciario, encontrándose en cada uno de ellos lesiones ligales.

Periodo Primario:

Después de un período de incubación de 3 semanas, aparece un infiltrado inflamatorio, erosivo o ulcerado, en el lugar de la infección conocido como Chancro Sifilitico, este tipo de lesión es frecuente encontrarlo en la punta de la lengua, --

amígdalas, encías y otras partes de la cavidad bucal.

El Chancro maduro es un nódulo redondo u ovalado, indoloro, rojo marronoso, duro, que se ulcera en casi toda su superficie, la base de la úlcera es brillante y ofrece un aspecto limpio y claro, además existe tumefacción indolora de los ganglios regionales. El Chancro cura al cabo de algunas semanas.

Periodo Secundario:

Después de 8 a 10 semanas de haberse producido el contagio da comienzo el periodo secundario de la Sífilis con un -- exantema generalizado, la erupción maculopapulosa aparece con mayor frecuencia en extremidades que en la cara. Este periodo se inicia con fiebre moderada, ronquera y disfagia; las -- amígdalas están tumefactas e inflamadas y en cuanto a la lengua cabe observar placas mucosas.

Todas las lesiones intraorales no duran más que unas cuantas semanas, pero son muy importantes para el diagnóstico, -- puesto que pueden constituir los únicos signos clínicos de este periodo. Todas las lesiones húmedas de la Sífilis secundaria, son altamente contagiosas y representan una fuente perigrosa de infección.

Período Terciario:

Las lesiones sifilíticas tardías inciden frecuentemente en la cavidad bucal y labios, formándose granulomas indoloros que se necrosan por colicación, estas lesiones son llamadas gomas sifilíticas.

Después de la perforación, se forman unas úlceras bien de limitadas, en forma de sacabocados que cicatrizan al cabo de varios meses. Cuando no se produce la necrosis central de estos granulomas, aumentan su tamaño por confluencia y se extienden periféricamente con aspecto serpinginoso, este crecimiento se efectúa más en amplitud que en profundidad.

Existe una forma de Sífilis terciaria que afecta a la lengua especialmente, formando unas induraciones irregulares no ulceradas con un patrón de surcos asimétricos alternando con leucoplasia y con zonas lisas que cubren la totalidad del dorso de dicho órgano. Al principio, la lengua suele aumentar de tamaño pero más adelante puede sufrir un notable retraimiento. Esta forma de Sífilis terciaria de la lengua se encuentra casi exclusivamente en el varón, considerándose como una lesión precancerosa, ya que alrededor de una tercera parte desarrollan un carcinoma de células escamosas.

Tratamiento:

El Tratamiento de la Sifilis es a base de Penicilina en dosis que van de 4.8 a 15 millones de unidades internacionales, dependiendo del período en que se diagnostique esta enfermedad.

Tuberculosis:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa muy difundida que ataca al hombre y puede deberse a cepas humanas o bovinas de *Mycobacterium Tuberculosis* y se presentan como factores predisponentes importantes; una nutrición deficiente, un ejercicio físico agotador, las enfermedades generales que debilitan al paciente y ciertas enfermedades respiratorias.

Los primeros síntomas de esta enfermedad son muy incidiosos, y pueden incluir pérdida de peso, anorexia, fatigabilidad, aceleración del pulso, palidez, amenorrea en la mujer, así como una tos persistente acompañada de un esputo teñido de sangre.

La ulceración tuberculosa de la lengua coexiste en gene--

ral con lesiones tuberculosas pulmonares en actividad y suele aparecer al mismo tiempo que el cuadro laringeo, no son lesiones frecuentes. Este tipo de afección se presenta como una úlcera a veces única, alargada, con bordes cortados a pico, poco prominentes, de fondo grisáceo, irregular y sin base indurada.

Otras veces la ulceración principal suele ir acompañada de otras más pequeñas. Se sitúa en la punta o en los bordes de la lengua, determinando dolores intensos y sialorrea; suele presentar adenopatías satélites.

Se ha descrito también la lesión tuberculosa profunda -- con fondo caseoso, que no cicatriza, infectada secundariamente, verdadero tuberculoma que se abre formando una ulceración profunda.

Tratamiento:

La terapéutica de esta enfermedad estará a cargo del médico, que generalmente se basa en la utilización de Estreptomina, Isoniazida, Acido Paraaminosalicílico y/o el Etambutol.

Walfer y colaboradores utilizaron con éxito la Estreptomicina para tratar lesiones tuberculosas, opinando que la acción del fármaco es principalmente local.

X

LESIONES POR DEFICIENCIAS NUTRITIVAS.

La lengua es muy sensible a las deficiencias nutritivas y aberraciones en la dieta. El exámen de la lengua es sencillo y sus signos dan con frecuencia una indicación precoz y relativamente precisa del estado nutritivo del paciente. Desde el punto de vista del diagnóstico clínico precoz de las condiciones nutritivas, tal vez los hallazgos mas importantes estén en la lengua y la boca. Estos hallazgos pueden subrayar la necesidad de obtener una historia, un exámen físico y un estudio de laboratorio completos para permitir un diagnóstico correcto.

Vitamina "A":

La vitamina "A" es sumamente necesaria para la formación normal y mantenimiento del epitelio. En la deficiencia de vitamina "A" se puede observar la piel y la mucosa secas, ásperas, escamosas y caracterizadas por hiperqueratosis.

La relación de la deficiencia de la vitamina "A" con la hiperqueratosis de las membranas mucosas ha llevado a numerosas investigaciones acerca del efecto de la administración de vitamina "A" en los pacientes con leucoplasia oral o lesiones

queratósicas, que no pudieron ser corregidas mediante la eliminación de los irritantes locales y no fueron ostensiblemente el resultado de un trastorno general.

Los efectos de la deficiencia de vitamina "A" en el hombre no se conocen con tanta precisión, quizá porque es muy raro encontrar deficiencias graves de esta vitamina en el ser humano.

Tratamiento:

La dosis terapéutica habitual de vitamina "A" se encuentra entre 50,000 y 100,000 U.I. al día. Sin embargo el odontólogo puede prescribir troscos de vitamina "A", a razón de 150,000 U.I. tres veces al día, como tratamiento de la hiperqueratosis simple de la mucosa bucal. Esta terapéutica utilizada es mayor que la habitual, por lo cual el clínico debe buscar con cuidado signos de posible intoxicación o intolerancia a la vitamina "A" (Anorexia, irritabilidad, fisuras en los ángulos de la boca, sangrado de labios, exoftalmos, etc.)

Complejo Vitaminico "B".

Tiamina B₁:

Las lesiones de la boca por deficiencia de tiamina rara vez son lo bastante graves para que el paciente busque atención especializada. Se ha comprobado que la carencia de Tiamina provoca gran hipersensibilidad en la lengua y en la mucosa oral.

La mucosa de la boca, la lengua y los tejidos de la encía pueden tener un aspecto satinado con un color rozado peculiar. Es común el crecimiento e hipertrofia de las papilas fungiformes, es por esto que la lengua se presenta edematosa y con persistencia de los relieves dentales en sus bordes.

Tratamiento:

La terapéutica se basa en la aplicación de Tiamina en dosis de 50 mg. tres veces al día.

Riboflamina:

La deficiencia de Riboflamina puede acompañarse de lesiones graves de la mucosa oral y tejidos peribucales. En las primeras fases de la deficiencia, las papilas fungiformes están hipertrofiadas y edematosas, y comunican al dorso de la lengua un aspecto granuloso especial, hay atrofia completa o parcial de las papilas filiformes.

La hipertrofia de las papilas puede ir seguida de la denudación y congestión capilar, que origina una coloración magenta o rojo púrpura característico en la deficiencia de Riboflavina, por lo cual el clínico puede tener a veces la impresión de una ligera cianosis.

Son frecuentes las alteraciones inflamatorias, especialmente en la punta y los bordes de la lengua, por esto es también bastante común encontrar depresiones debidas a los dientes en dichos bordes.

Tratamiento:

La carencia de Riboflavina se trata por administración de 25 a 50 mg. de este factor vitamínico en varias dosis, junto con otros componentes del complejo vitamínico "B" y vitamina "C".

Acido Nicotínico o Niacina:

La prolongada deficiencia de niacina origina la pelagra - en el ser humano. Las alteraciones bucales constituyen la -- primera manifestación clínica de esta enfermedad, dentro de - las afecciones orales, las más características se presentan - en la lengua.

Estas alteraciones están representadas por la descamación de las papilas linguales, que da origen a la llamada "lengua calva". Al principio, solo resultan afectados la punta y los bordes. Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, toda la lengua puede resultar enrojecida y tumefacta.

A lo largo de los bordes de la lengua, se observan indentaciones producidas por los dientes debidas a la tumefacción del órgano; más tarde se produce una descamación generalizada del dorso de la lengua, que se vuelve seca y de aspecto rojo musculoso. Las papilas se atrofian y se necrosan, en el tejido necrótico puede sobre añadirse una infección moniliasica o de Vincent secundaria, que conduce a la formación de una sabu rra blanquesina y espesa en la lengua, este órgano se vuelve extremadamente sensible, presentando dolor al comer o al beber.

Tratamiento:

La terapéutica consiste en la administración de Niacinamida en dosis altas de 150 a 300 mg., así como de otros elementos del complejo "B".

Acido Pteroilglutámico o Fólico:

La deficiencia de Acido Fólico origina el Esprue, en esta enfermedad las lesiones bucales son muy manifiestas y muchos clínicos esperan que se presenten antes de establecer un diagnóstico de certeza.

El paciente se queja de una sensación de ardor de la lengua y de la mucosa bucal.

La lengua está inflamada, con crecimiento y prominencia de las papilas fungiformes, pueden aparecer fisuras superficiales en dicho órgano, y son comunes muchas pequeñas lesiones vesiculares herpéticas. En ocasiones se observan graves úlceras de la lengua y la mucosa. Estas manifestaciones bucales pueden aparecer una vez insalado el Esprue.

Tratamiento:

La dosis terapéutica diaria de Acido Fólico aconsejable es de 5 mg. Deben prescribirse al mismo tiempo otros elementos del complejo "B" y vitamina "C".

Piridoxina:

La Piridoxina, el Piridoxal y la Piridoxamina comprenden el grupo de compuestos de la vitamina "B₆". La deficiencia de este compuesto puede provocar glositis y queilosis angular bilateral dentro de la cavidad oral. La glositis va asociada con edema de la lengua, leve glosodinia, atrofia de las papilas linguales, especialmente en la punta y una capa de color púrpura en la lengua.

Tratamiento:

Las dosis terapéuticas aconsejables son de 2 a 5 mg. por día, junto con otros elementos del complejo vitamínico "B" --

y vitamina "C".

Vitamina "B12":

La manifestación clínica más importante de la deficiencia de vitamina "B12" es la anemia perniciosa o anemia de Addison, esta enfermedad no se debe a la falta de vitamina en la alimen tación, sino a un defecto de absorción intestinal. Dentro de las manifestaciones bucales, los signos y síntomas linguales son notables y frecuentes.

Entre las primeras manifestaciones de la enfermedad se observa una glositis dolorosa con glosopirosis. Según parece, - la mitad de los enfermos que llegan al consultorio dental se - quejan de lengua dolorosa, de dificultades en la deglución o - ambas cosas. La Glositis que acompaña a la anemia perniciosa se caracteriza por un color rojo intenso y una distribución en la punta y los bordes del órgano, con atrofia papilar en la zo na afectada.

En los casos graves, disminuyen todas las papilas de la -- lengua, perdiendose en parte el tono muscular normal. Una de las características notables de la anemia perniciosa es la re-

misión espontánea de los síntomas linguales. La lengua se vuelve lisa y el paciente experimenta una sensación de rigidez, se considera que una lengua eritematosa e inflamada es un signo -- diagnóstico importante en esta enfermedad. Se ha observado -- que algunos pacientes sufren también pérdida de las sensaciones gustativas, además puede presentarse también neuralgia del Trígémino.

Tratamiento:

Para corregir este estado patológico, se recomienda la administración de grandes dosis intramusculares de vitamina "B12" - (1,000 mg. por ml.) dos veces por semana.

Deficiencia de Hierro:

La deficiencia de Hierro puede ser el resultado de una aportación inadecuada de Hierro, de una alteración en la absorción, o bien, a una grave pérdida de Hierro. Esta enfermedad puede -- presentar manifestaciones clínicas variadas e inespecíficas, -- sin embargo, en la lengua y en la mucosa oral se pueden obser--

var también alteraciones de este padecimiento.

Es frecuente la palidez de la mucosa oral, la lengua está pálida y puede presentar atrofia de las papilas, adquiriendo una apariencia lisa y lustrosa, especialmente en la punta y - los bordes. Microscópicamente se puede observar que en algunas zonas de aparente atrofia completa, existen papilas pero de forma aplanada.

Al preguntársele intensionalmente, el paciente puede admitir tener una hipersensibilidad o una sensación de quemazón - en la lengua al ingerir comidas calientes o condimentadas.

Las lesiones de la lengua no son específicas y pueden llegar a confundirse con las de la glositis migratoria benigna - (lengua geográfica), las de carencias vitamínicas o con la -- irritación crónica por superficies asperas de los dientes y - un espacio lingual inadecuado.

Nunca deberán el odontólogo o el médico administrar al pa ciente sales de hierro sin haber realizado todos los estudios de laboratorio posibles y adecuados para este caso, así como tampoco se deberán llevar a cabo cirugía bucal de elección o tratamientos de parodencia, ya que podría ocurrir un sangrado excesivo o una mala cicatrización.

X I.

LESIONES TRAUMATICAS.

La lengua es un órgano que se lesiona con frecuencia al interponerse entre los dientes durante caídas, peleas, ataques - epilépticos, mordeduras accidentales o a veces lesiones infligidas en el consultorio dental; los traumatismos leves en general sanan pronto, debido a la rica circulación lingual, mientras que las heridas graves se caracterizan por una intensa -- hemorragia.

Ulceración Simple de la Lengua:

La úlcera simple de la lengua puede ser la resultante de - una mordedura o de un corte producido por un instrumento introducido en la boca (a veces el Forcep's o los elevadores pueden resbalar y lesionar la lengua), otras ocasiones es un molar en mal estado o alguna pieza dentaria fracturada que presenta un borde cortante o bien una prótesis en condiciones defectuosas que traen consigo la lesión del órgano.

La ulceración aparece así después de un proceso irritativo crónico subagudo o frente a un hecho concreto que el enfermo relata con precisión.

Clicamente se comprueba una fisura, una ulceración o una úlcera profunda, a la que se agrega generalmente un proceso inflamatorio más o menos importante, la base de la lesión no es indurada y existe dolor. Si el proceso inflamatorio sobregado adquiere cierta importancia, puede aparecer una adenopatía satélite.

Estas úlceras, generalmente localizadas en el borde o punta, suelen cicatrizar con dificultad haciéndose crónicas o aparecer en los caracteres clínicos de otras afecciones que determinan úlceras de la lengua (inflamaciones crónicas, neoplasias, etc.).

Condicionan la cronicidad del proceso; la repetición del traumatismo (como en el caso de la prótesis o del molar), el estado de sepsis bucal por malas condiciones de higiene, caries dentarias, estados carenciales, etc. Fuera de estas condiciones, es común que la lesión, una vez desaparecida la causa, evolucione favorablemente en corto plazo, con la restitución íntegra del tejido.

La úlcera simple de la lengua es una afección trivial, de poca importancia, cuya evolución es siempre favorable y que no reviste ningún riesgo. Lo fundamental es su diagnóstico diferencial; todo práctico que vea una úlcera de la lengua debe te

ner presente todas las afecciones que pueden determinar ulceraciones de lengua parecidas a la úlcera simple, pero que difieren de esta en que son afecciones serias cuyo error diagnóstico determina consecuencias nefastas.

Frete a una ulceración de lengua se deberá realizar una semiología minuciosa que obligará a establecer: El lugar donde se asientan sus contornos, su profundidad, su fondo, sus bordes y su base. La palpación se hará con ambas manos, situando la izquierda en la región submaxilomentoniana; se buscarán infiltraciones profundas leñosas y se explorarán los ganglios. Las diferentes características de la lesión harán pensar en una u otra afección con lo que se podrá hacer un diagnóstico presuntivo.

Tratamiento:

La terapéutica a seguir será, en primer término, suprimir la causa, agregando a esto la vitaminoterapia, siendo aconsejable la vía parenteral, sobre todo la vitamina "C" y el complejo "B". Si existiese un proceso inflamatorio se indicarán antibióticos y siempre será útil mantener en la boca un ambiente alcalino.

Si la lesión se prolonga y este tratamiento sencillo no tiene éxito, es bastante recomendable realizar una biopsia para hacer un estudio histopatológico de la lesión, ya que también es posible que se desarrolle un carcinoma si existe una lesión ulcerada crónica persistente.

Lesiones por Rayos "X":

Las radiaciones ionizantes pueden ocasionar manifestaciones cutáneas y mucosas agudas así como secuelas a largo plazo, las mucosas son más sensibles que la piel frente a los rayos "X" y a los procedentes de sustancias radioactivas. La reacción en la mucosa es más precoz, acentuada y que suele desaparecer con mayor lentitud.

La reacción aguda en la mucosa lingual se caracteriza porque se recubre de unas placas opalescentes parecidas a las placas mucosas de la Sífilis Secundaria y que pueden ser lisas o verrugosas e irregulares, desgarrándose con facilidad. Más adelante se forma una pseudomembrana amarillenta parecida a la observada en la mucosa labial, junto con atrofia y pigmentación.

Dentro de las alteraciones tardías, la lengua puede presen-

tar una desaparición completa de sus papilas, en algún caso se produce también una hiperplasia de las papilas filiformes, formando la lengua vellosa. En las fases avanzadas, la exposición microscópica revela una atrofia epitelial que se alterna con focos de hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis, y, ocasionalmente, alteraciones sugestivas de un carcinoma intraepitelial de células escamosas.

Tratamiento:

La terapéutica está encaminada al empleo de trosiscos con antibióticos, que no solo ayudan a la curación de úlceras pequeñas, sino que en ocasiones también alivian las molestias. Se recomienda también la aplicación frecuente de unguento de - Clorhidrato de Metocaina sobre las zonas afectadas, así como - el uso del unguento de Lidocaina, pero se requiere de vigilancia extrema para evitar dosis tóxicas.

Quemaduras Térmicas:

Las lesiones de tipo térmico son producidas por alimentos

demaciado calientes o bien por el mal hábito de fumar al revés, o sea, la introducción en la boca de un cigarro por su extremo encendido. Las quemaduras superficiales forman vesícula, la -- cual se rompe y descarga algo de Linfa, después de lo cual hay depósito fibrinoso que sustituye el epitelio descamado, la mucosa se encuentra roja e inflamada y hay dolor.

Tratamiento:

La terapéutica consiste principalmente en la prevención de infecciones de la mucosa lesionada y se recomienda el empleo de la Penicilina, así como la aplicación diaria de Violeta de Gen-- ciana en la herida.

Lesiones Químicas:

Las lesiones químicas pueden ser causadas por el uso prolon-- gado de germicidas, Yodo, Fenol, Mercurio, Plomo, por dentifri-- cos y soluciones para enjuagues bucales (provocado por aler--- gias a cualquiera de las diversas sustancias esenciales usa--- das), inclusive la Aspirina y el Sulfatiazol si se retienen en

la boca. Provocando quemaduras dolorosas, manchas blancas del epitelio, inflamación de la mucosa, lengua vellosa y formándose en algunas ocasiones ampolla o ampulla.

Tanto los ácidos como los alcalinos y las sales causan lesiones graves en la mucosa oral. Este tipo de lesiones pueden producirse accidentalmente o por instintos suicidas y criminales. La mayoría de las alteraciones producidas se observan en la orofaringe.

Los ácidos suelen formar una costra de cauterización de color característico; Acido Clorhídrico, blanco grisáceo; Acido Carbólico, gris blanquecino; Acido Nítrico, amarillo naranja; Acido Oxálico, gris blanquecino; Acido Sulfúrico, marronrojizo a negro; Acido Crómico, amarillo; y Acido Acético, blanquecino. Las soluciones de Acido Salicílico y Acetato de Aluminio provocan una costra blanca con un borde grueso y muy enrojecido que, no obstante muestra una buena tendencia a la curación.

Peores que las lesiones provocadas por los ácidos son las debidas a los álcalis. Los tejidos afectados se tumefactan y se vuelven transparentes y "jabonosos", la curación da lugar a la formación de notables cicatrices y, en ocasiones, a trastornos del habla.

Las sales ejercen su acción a través del efecto hidrolítico, en parte como ácido y en parte como base. Especial importancia merecen el Permanganato Potásico, los carbonatos de Sodio y Potasio, el Nitrato Argentico y el Sulfato de Cobre.

Los dentistas pueden provocar lesiones químicas a causa -- del manejo descuidado de diversas medicaciones como el Clorofenol, el Tricresol, la Formalina, el Cloroformo, los alcoholes concentrados y otros medicamentos.

Tratamiento:

Las lesiones químicas leves no requieren tratamiento, en -- una lesión extensa es conveniente la prevención de infecciones, se recomienda Penicilina y aplicación diaria de Violeta de Genciana. En los casos crónicos pueden haber ocurrido alteraciones irreversibles que requieran extirpación quirúrgica.

X I I

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

Tumores Benignos:

- 1).- Fibroma
- 2).- Granuloma Traumático
- 3).- Hemangioma
- 4).- Linfangioma
- 5).- Lipoma
- 6).- Mioblastoma
- 7).- Neurilemoma Benigno
- 8).- Neuroma Traumático
- 9).- Osteoma y Condroma
- 10).- Quiste de Retención (Mucocele)
- 11).- Rabdomioma
- 12).- Teratoma

Tumores Malignos:

- 1).- Carcinoma Lingual
- 2).- Epitelioma Espino - Celular de la Lengua
- 3).- Rabdomiosarcoma
- 4).- Sarcoma
- 5).- Pseudo-Sarcoma Asociado a Carcinoma de Células Escamosas.

Tumores Benignos:

Los tumores benignos suelen estar encapsulados, por lo que no invaden los tejidos vecinos, y solo crecen por contigüidad. Su desarrollo es lento y no se extiende a partir de su foco de origen, salvo por un crecimiento propio, no producen metástasis, solo pueden provocar la muerte si ocupan zonas vitales, - en general estos tumores suelen ser tratados mediante intervenciones quirúrgicas relativamente conservadoras; la irradiación carece de utilidad en estos casos.

Fibroma:

Son masas indoloras sin características distintivas que -- permitan un diagnóstico clínico, la falta de ulceración o necrosis, su crecimiento lento y, cuando están en posición más - profunda, la pseudoencapsulación o la delimitación de los tejidos circundantes, son otras características previsibles.

Es un tumor que bucalmente afecta la lengua, descubriéndose a veces antecedentes traumáticos, es frecuente encontrar - en ellos la hiperplasia fibrosa inflamatoria (la cual se pre--

senta como masas bucales pedunculadas, ampliamente sésiles, hiperqueratinizadas, duras o blandas y ulceradas), en diversas ocasiones el proceso parece ser hereditario.

En ocasiones aisladas se encuentran masas orales con una histología monocelular fibroblástica, pero para que puedan ser consideradas como fibromas, los núcleos de las células de estos tumores deben conservar su carácter fibroblástico y no poseer, o solo excepcionalmente figuras mitóticas. Si se demuestra la presencia de colágeno y fibras de reticulina, cabe suponer que el grado de diferencia es avanzado.

Tratamiento:

La terapéutica quirúrgica se impone.

Granuloma Traumático:

Este tipo de tumor afecta a las estructuras orales, sobre todo a la lengua. El Granuloma Traumático es ulcerado, su du-

ración varía de unos días a unas pocas semanas; histológicamente, existe un denso infiltrado inflamatorio que contiene numerosos eosinófilos mezclados con algunas células plasmáticas, - linfocitos, células cebadas, neutrofilos e histiocitos, se presenta en culaquier edad y sexo.

No requiere ningún tratamiento específico, pues se ha observado que este tipo de afección cura espontáneamente.

Hemangioma:

El Hemangioma es un tumor benigno que se localiza con frecuencia en la mucosa bucal, teniendo como principal ubicación la lengua y mucosa labial. Se caracteriza por pequeños vasos sanguíneos formados, sobre todo, por células endoteliales; -- por regla general es un padecimiento congénito, se presenta - al nacimiento y puede ser regresivo hasta desaparecer.

Con respecto a su nomenclatura, se pueden clasificar en - hemangioma capilar (nevo vascular) y hemangioma cavernoso, es ta clasificación está dada según su tamaño y su estudio histo- lógico. El hemangioma capilar es pequeño, ligeramente eleva-

do y bien limitado, de color azul oscuro y de consistencia blanda. El cavernoso es mucho mayor y su diámetro se encuentra entre 3 o más centímetros, su periferia no esta bien definida. - Estas lesiones pueden producir un aumento de volumen considerable en el lugar afectado y provocar alteraciones en la fonación y función masticatoria.

Tratamiento:

Su terapéutica estará condicionada al tamaño y localización anatómica, este tratamiento puede ser; la excisión si es pequeño; la eliminación por medio de sustancias esclerosantes y, en algunos casos específicos, se puede utilizar la radioterapia. Su pronóstico es favorable.

Linfangioma:

Los Linfangiomas son unos tumores benignos cuyas células -- forman espacios ocupados por linfa o líquido seroso y están revestidos por una capa única de endotelio. Clínicamente los Lin

fangiomas orales se diferencian de los hemangiomas por ser incoloros o en casos sorprendentes, presentan coloración azul; son de consistencia blanda e indoloros y no poseen características clínicas precisas.

La localización más frecuente en la región bucal es, la lengua, provocando en este órgano una macroglosia pudiendo ser este el signo inicial. No es raro que los Linfangiomas de la lengua evidencien un carácter clínico papilar.

Tratamiento:

La terapéutica se basa exclusivamente en la intervención -- quirúrgica del tumor.

Lipoma:

El Lipoma es una tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo, se ha observado en todas las estructuras orales pero de modo predominante en la lengua y mejillas.

Clinicamente los Lipomas orales son unas masas amarillas, blandas y de lento crecimiento, a menudo tienen una periferia delicada, lisa y encapsulada o pseudoencapsulada; raras veces son dolorosos, a pesar del gran tamaño que suelen alcanzar en algunas ocasiones.

Radiográficamente, la localización en partes blandas de los Lipomas, da lugar a una imagen redondeada y con una radiotransparencia claramente diferenciada del músculo y tejido conjuntivo fibroso vecinos. En algunas ocasiones los Lipomas de mayor tamaño pueden sufrir necrosis y hemorragias, siendo la lobulación otra de sus características.

Tratamiento:

Su tratamiento es la intervención quirúrgica.

Mioblastoma:

Es considerado un tumor benigno, pero que en algunos casos

(muy raros) puede llegar a malignisarse, su denominación completa es la de Mioblastoma de Células Granulosas y se trata de un tumor que presenta una amplia distribución en todo el organismo y que puede ser múltiple.

Alrededor de un 35% de los mioblastomas de células granulosas se presentan en la lengua, no parece tener predilección por ningún sexo y se puede observar en cualquier edad. Las lesiones aisladas descritas han sido de tamaño pequeño (menos de 2 o 3 centímetros), indoloras, no ulceradas y de color blanco o amarillo.

Las células tumorales del mioblastoma son grandes y poseen un citoplasma granuloso pálido claramente eosinófilo, estas células se hallan en grandes y pequeños grupos separados por un tejido conjuntivo fibroso, colágeno y dispuesto irregularmente, - los núcleos suelen ser centrales con un aspecto vesicular o pálido y sin figuras de mitosis.

Tratamiento:

El tratamiento más recomendable es el quirúrgico.

Neurilemoma Benigno:

Se trata de un tipo de tumor que clínicamente aparece como una masa indolora de crecimiento lento, siendo su localización oral más frecuente la lengua, en la que puede alcanzar un tamaño considerable. La mayor parte de los enfermos con neurilemoma benigno solitario tienen una edad media, afectando con --- igual frecuencia a hombres y mujeres, normalmente están asociados a un nervio periférico.

Macroscopicamente, los neurilemomas están encapsulados y poseen una consistencia dura y elástica; su color varía desde el blanco al amarillo, con algunos focos necróticos y hemorrágicos en los de mayor tamaño, en ocasiones se observan síntomas interesantes como la tos cuando la masa neurilemomatosa -- del nervio vago a nivel del cuello es objeto de palpaciones.

Tratamiento:

Este tipo de tumores responden favorablemente con la terapia a base de rayos "X"; no se recomienda la cirugía, por la - relación con los nervios periféricos.

Neuroma Traumático:

Es una proliferación localizada y excesiva de la terminación de un nervio lesionado, constituido por células de Schwann y Fibroblastos. En la boca se ubica con mayor frecuencia en la lengua y en los labios. Clínicamente, los neuromas traumáticos se producen en sitios de lesiones previas, irritaciones crónicas o procedimientos quirúrgicos.

Estas lesiones suelen dar sintomatología dolorosa y una sensibilidad exquisita aunque no necesariamente, dichos tumores a menudo se observan redondeados y móviles, y sólo raras veces sobrepasan un diámetro superior a los 3 cms.

Tratamiento:

El tratamiento será la excisión y su pronóstico es bueno.

Osteoma y Condroma:

Estos tipos de tumores óseos y cartilagosos benignos, se

han observado en tejidos blandos, reflejando su origen celular mesenquimatosos probablemente indiferenciado. Los osteomas -- que afectan las estructuras orales, suelen aparecer con mayor frecuencia en el tercio posterior de la lengua, cerca del agujero ciego. También los condromas de partes blandas orales -- aparecen casi siempre en la lengua.

Tratamiento:

Cuando estos tumores se presentan en cavidad oral, la cirugía se impone.

Quiste de Retención:

Quiste de retención se le denomina normalmente al mucocelo de la lengua, ya que se debe a la acumulación de moco por oclusión del orificio del conducto excretor de una glándula mucosa, que puede deberse a un traumatismo o mordedura de la lengua.

En la lengua el quiste se forma en las glándulas de Blan--

din y Nühn, localizadas en la parte anterior con orificios que se abren a la superficie inferior. Se caracteriza por ser una lesión pequeña, bien circunscrita, verde azulada y translúcida; contiene un líquido mucoso espeso. Si se lesiona o punciona el quiste puede desaparecer.

Tratamiento:

La terapéutica consiste en la extirpación de la superficie externa del quiste, en los casos de residiva, se recomienda la extirpación completa, incluyendo la glándula subyacente. Su pronóstico es bueno.

Rabdomioma:

Generalmente es un tumor benigno de la musculatura estriada poco frecuente. Clínicamente, los rabdomiomas orales se presentan como masas indoloras, algunos con varios años de evolución, todos son encapsulados o bien circunscritos, sin que -

haya signos citológicos de malignidad ni pueda considerarse la aparición de recidivas como una de sus características.

Aparece generalmente en las décadas intermedias de la vida, llega a ser tan voluminoso que puede ocasionar macroglosia y consecuentemente trastornos de la deglución, su crecimiento es lento y por lo regular aparece en los dos tercios anteriores de la lengua. ^{en}

Tratamiento:

El tratamiento de este tumor es quirúrgico y su pronóstico favorable.

Teratoma:

Un Teratoma es una auténtica neoformación compuesta de múltiples tejidos extraños a la localización en que se asienta, en la cavidad oral, la zona más afectada por este tipo de tumores es la lengua. Se han descrito varios casos, de los -

cuales sobresale el de un teratoma lingual de un lactante del sexo femenino que presentaba una masa cuya mayor dimensión -- era de 7 cms. al nacer.

La Inmediata extirpación quirúrgica no presentó complicaciones y el lactante se encontraba en buenas condiciones y sin residivas al cabo de 5 años. Histológicamente se trataba de piel, tejido adiposo, tejido fibroso, hueso, cartílago y tejido glandular; el paciente no presentaba ninguna otra anomalía.

Tumores Malignos:

Los tumores malignos son de dos tipos principales: Carcinomas y Sarcomas; son muy peligrosos, crecen rápidamente, no tienen cápsula, invaden y lesionan los tejidos vecinos, producen tumores secundarios a distancia (metástasis), sus vías de expansión son los vasos linfáticos y sanguíneos, y cuando no son debidamente identificados o tratados, producen la muerte del paciente.

Carcinoma de la Lengua:

El carcinoma lingual es un tumor intraoral maligno, común e importante, es altamente mortal, predomina en el sexo masculino, incide sobre todo en los últimos años de la edad adulta, sus características clínicas y su evolución varía considerablemente según la localización, la cual suele ser la mayoría de veces en el borde lateral del tercio medio.

Una masa, a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el propio paciente, es el síntoma más común del carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua. El dolor muchas ve

ces simulando una Faringitis, es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua. La disfagia o la presencia de un bulto en el cuello pueden ser las manifestaciones iniciales de un determinado número de pacientes.

El carcinoma lingual inicial que afecta a los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia) o como una zona indolora de ulceración o descamación superficial. A medida que la lesión avanza, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos --bordes encorvados y grisáceos.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente. El signo físico más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda, a menudo existe ulceración superficial; en las lesiones avanzadas, la lengua se fija a los tejidos circundantes.

El carcinoma lingual tiene una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

Tratamiento:

Es tan grave el padecimiento que solo con una terapéutica

combinada de cirugía con radioterapia puede ayudar a que el enfermo tenga a lo sumo 5 años de sobrevivida. Su pronóstico es muy desfavorable. Las principales causas inmediatas de muerte en los pacientes con carcinoma lingual son neumonía, obstrucción, erosión de los grandes vasos y caquexia.

Epitelioma Espino-Celular de la Lengua:

El epiteloma espino-celular es un tumor maligno, frecuentemente mortal, parece tener relaciones etiológicas bien establecidas con la sífilis, con la leucoplasia, con úlceras e infecciones de la boca en general y es frecuente en los fumadores.

Se presenta a la edad adulta mayor, puede empezar como una pequeña verruga, úlcera o fisura, es característico de este tipo de tumor el dolor que provoca casi desde su inicio; no observable esta peculiaridad en ningún otro tipo de cancer, ocasiona un modo de hablar especial por la torpeza para mover la lengua.

Habitualmente aparece sobre o cerca del borde lingual, crece hacia adentro y pronto forma una úlcera dura, irregular, de

mal aspecto; más tarde suele proliferar abundantemente, es muy productivo y llena la boca de una gran masa de aspecto fungoso, se extiende al piso de la boca y llega a los ganglios submandibulares y a los de la cadena carotídea en uno o dos meses.

Tratamiento:

Las curaciones obtenidas por el tratamiento quirúrgico son relativamente escasas; consiste en quitar casi en su totalidad la lengua en un primer tiempo y posteriormente disecar los ganglios del cuello.

Rabdomiosarcoma:

Es un tumor maligno que se localiza con predilección en la lengua, es el más frecuente que suele aparecer en la primera década de la vida (entre los 7 y 8 años de edad). Estos tumores tienen un crecimiento típicamente rápido y se presentan como masas indoloras, tanto en niños como en adultos jóvenes; la

edad media de presentación es de 20 años, habiendose registrado una ligera preponderancia por el sexo masculino.

La duración de los síntomas antes del diagnóstico ha oscilado entre uno y seis meses, por lo regular no existe ninguna característica macroscópica que permita llegar al diagnóstico del Rabdomiosarcoma.

Tratamiento:

Lo más indicado es la cirugía, pero las estadísticas indican que sólo el 25% o menos de los pacientes lograrán vivir 5 - años después del tratamiento, ya que si hay metástasis linfáticas se disemina por todo el cuerpo.

Sarcoma:

El sarcoma es un tumor maligno, gravísimo, que ha sido descrito en general, en enfermos jóvenes hasta la tercera década - de la vida. Se presenta como una masa dura, abullonada, de creu

cimiento rápido, que llega a adquirir un gran volumen dificultando la deglución y la articulación de la palabra.

El estudio histológico mostrará en general un fibrosarcoma en activa proliferación, sin cápsula limitante y con múltiples mitosis atípicas. Establecido el diagnóstico histológico, es aconsejable la irradiación y si se consigue localizar el proceso, la extirpación quirúrgica posterior. Habrá que vigilar el estado general del enfermo e investigar las muy seguras metástasis, que impidieran que el paciente sobreviviera.

Seudosarcoma Asociado a Carcinoma de Células Escamosas:

Este tipo de tumor es maligno, siendo de naturaleza polipoide, considerándose como el resultado de la ulceración mucosa y del crecimiento excesivo del tejido de granulación, generalmente tiene un diámetro de 1 a 4 cms., por lo general se presenta en la edad avanzada, teniendo predilección por el sexo masculino.

En este padecimiento casi siempre se encuentran antecedentes de rápido crecimiento y a menudo la lesión estaba ulcerada; todo parece indicar que el sitio de predilección de este -

tumor es la lengua.

Son muy pocos los casos publicados, pero se sabe que el me
jor tratamiento es el quirúrgico, aunque a decir verdad el pro
nóstico es sumamente grave, como el de todos los tumores malig
nos ya que dá metástasis ganglionares muy rápidamente a todo -
el organismo.

X I I I

CIRUGIA DE LA LENGUA.

La cirugía de la lengua se limita casi exclusivamente a realizar amputaciones del órgano, en su mayoría parciales o al tratamiento de lesiones traumáticas de este elemento.

La cirugía de la lengua, está principalmente encaminada al tratamiento de los tumores benignos, ya que en los casos de malignidad, epitelomas o carcinomas, por ser este órgano tan vascularizado linfáticamente, la difusión es extensa y rápida, por lo cual amerita hacer, no solo, la amputación total de la lengua sino también la exéresis de la cadena linfática del piso de la boca y el cuello, lo que significa una intervención o cirugía de "comando", la cual es extraordinariamente mutilante y casi siempre inútil, pues las metástasis del mediastino no pueden ser evitadas, ni controladas. En dicho caso, quizá la radioterapia sería el tratamiento indicado.

En los cánceres incipientes, de los que se ha hecho un diagnóstico precoz y no existe invasión ganglionar aparente, pueden ser tratados por medio de amputaciones parciales de la lengua - ayudadas con la acción de la radioterapia.

Los tumores benignos mas frecuenentes en la lengua son los quistes, que pueden ser removidos en la forma habitual: Enucleación cerrada del tumor con su cápsula. Algunas otras for-

mas raras pueden encontrarse en la mucosa lingual, como los Pólipos cuya remoción quirúrgica no ofrece mayor dificultad.

En la base de la lengua, correspondiendo a la desembocadura del conducto tirogloso, en la región del agujero ciego, suelen encontrarse, aunque rara vez, los llamados bocios, o estrumas linguales, su extirpación solo esta indicada cuando ocasionan trastornos funcionales. A estas formaciones se les ha dado la significación de restos de tejido tiroideo, a cuya extirpación total siguen manifestaciones de caquexia estrumípriva o fenómenos de deficit glandular de larga duración.

Tampoco es raro encontrar la formación de quistes en la terminación del conducto tirogloso, que por su aspecto estructural facilmente se diferencian de los anteriores, su tratamiento es la extirpación por enucleación cerrada.

Como padecimiento congénito, del dominio quirúrgico, puede mencionarse la macroglosia, cuyo tratamiento consiste en la extirpación cuneiforme de un fragmento de la parte central y anterior de la lengua y lograr su normalidad por medio de dicha plastía reductora.

En la cirugía de la lengua, el principal problema estriba en la hemorragia, que con frecuencia obliga a practicar una ligadura previa de la arteria lingual, cuando la porción por am-

putar es lateralizada; en el caso de que la intervención sea media, la hemostasis tendrá que hacerse directamente sobre el campo quirúrgico, por pinzamiento de los vasos que sangran, ya que la ligadura de ambas arterias linguales acarrearía la gangrena del órgano.

En las amputaciones parciales de la lengua, hay que procurar practicar su reconstrucción de tal manera que quede un muñón útil para desempeñar la función propia de este órgano. Se acostumbra hacer la extirpación cuneiforme de una área mayor que la tumoral, que permita realizar la plastia de la lengua, por torsión de los colgajos resultantes.

La lengua se sujeta y se tira de ella hacia afuera, por medio de una puntada al través de su espesor. Por transfixión, se practican dos cortes angulados, de la línea media hacia el borde y después de hacer la hemostasis, se realiza la plastia afrontando y suturando los bordes de la herida.

Cuando la amputación es más o menos amplia, no es raro que sobre venga marcado edema que impide el paso de aire por obturación de la rinofaringe; si se sospecha que esto ocurrirá, es conveniente practicar previamente una traqueostomía, para asegurar la entrada de aire a los pulmones.

Las lesiones traumáticas generalmente son secciones de la porción anterior de la lengua, originadas por el enclavamiento

de las piezas dentarias cuando este órgano se encuentra entre las dos arcadas dentarias y se produce un choque en el borde cervical de la mandíbula. Esto es frecuente en los niños y el tratamiento se limita a practicar la sutura de los bordes de la herida.

Los grandes traumatismos de la lengua son raros, pero cuando ocurren, su tratamiento se orienta hacia la reconstrucción del órgano, por medio de los procedimientos plásticos habituales.

C O N C L U S I O N .

Al concluir la presente tesis, revisando y estudiando de talladamente toda clase de patologías linguales, es como me he dado cuenta de la gran necesidad que debemos de tener todos los cirujanos dentistas de conocer más ampliamente las - estructuras componentes de la cavidad bucal, sus patologías, sus deformaciones y dejar de atender solamente casos de reparación y protección de las piezas dentarias.

El campo de la odontología moderna requiere cada vez más cirujanos dentistas perfectamente capacitados y en condiciones de conocer y diagnosticar todo tipo de lesiones que afectan a cualquier estructura de la cavidad oral, puesto que en los casos de carcinoma oral, el odontólogo tiene las mejores posibilidades de diagnosticarlo a tiempo y así evitar un desenlace fatal para el paciente.

El odontólogo no solo es una pieza importante en el diagnóstico temprano de cancer de la orofaringe, sino que también juega un papel muy importante en la identificación de - signos y síntomas que demuestran deficiencias nutricionales, enfermedades de metabolismo así como sintomatología temprana de enfermedades o cambios degenerativos comunes.

Es muy importante también difundir y hacer comprender al género humano que el ambiente de la cavidad bucal es sumamente especial y que difiere de otras cavidades corporales, pues la boca está en contacto inmediato con el ambiente exterior, por consiguiente recibe estímulos constantes de naturaleza -- térmica, mecánica y química al comer, beber, fumar o hablar, y por lo tanto requiere de una mayor importancia personal y profesional ante cualquier signo o síntoma que traiga consigo un desequilibrio en la salud bucal o general del paciente.

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

- Título:** HISTOLOGIA
Autor: ARTHUR W. HAM.
Editorial: INTERAMERICANA
- Título:** EMBRIOLOGIA HUMANA
Autor: BRADLEY M. PATTEN
Editorial: EL ATENEO
- Título:** ANATOMIA HUMANA TOMO III
Autor: DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
Editorial: PORRUA
- Título:** FISIOLOGIA HUMANA
Autor: BERNARDO A. HOUSSAY
Editorial: EL ATENEO
- Título:** PATOLOGIA BUCAL TOMO II
Autor: KURT H. THOMA
Editorial: UNION TIPOGRAFICA HISPANO-AMERICANA
- Título:** PATOLOGIA ORAL
Autor: R. J. GORLIN y H. M. GOLDMAN
Editorial: SALVAT EDITORES, S. A.
- Título:** MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO
Autor: DR. LESTER W. BURKET
Editorial: INTERAMERICANA

- Título: ANATOMIA PATOLOGICA
Autor: ROBERT ALLAN MOORE
Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA
- Título: ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
Autor: SIDNEY A. PORTIS
Editorial: UNION TIPOGRAFICA HISPANO-AMERICANA
- Título: MEDICINA INTERNA
Autor: HARRISON
Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA
- Título: MEDICINA INTERNA
Autor: DR. PEDRO FARRERAS VALENTI
Editorial: MARIN, S. A.
- Título: PATOLOGIA QUIRURGICA
Autor: JOHN HOMANS
Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA
- Título: PATOLOGIA QUIRURGICA
Autor: JUAN R. MICHANS
Editorial: EL ATENEO
- Título: TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO
Autor: DR. PALACIO
Editorial: LA PRENSA MEDICA MEXICANA
- Título: DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO
Autor: MARCUS A KRUPP
Editorial: EL MANUAL MODERNO