

1ej 866

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PADECIMIENTOS, ANOMALIAS, ALTERACIONES,
ENFERMEDADES Y CIRUGIA DE LA LENGUA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ESTELA ELIZABETH TORRES FIGUEROA
MEXICO, D. F. 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

I	INTRODUCCION	1
II	EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA	2
III	HISTOLOGIA	4
IV	ANATOMIA	9
V	FISIOLOGIA	21
VI	PADECIMIENTOS	29
VII	ANOMALIAS	50
VIII	ALTERACIONES	63
IX	ENFERMEDADES	89
X	LESIONES POR FALTA DE VITAMINAS	101
XI	LESIONES TRAUMATICAS	108
XII	TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS	112
XIII	CIRUGIA DE LA LENGUA	127
XIV	CONCLUSION	131
XV	BIBLIOGRAFIA	133

I

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

Al escribir sobre éste tema es por considerar que al ser la lengua un Órgano importante y vital en todo ser humano pues interviene en diferentes funciones, como la del -- gusto, fonación, masticación y deglución.

Es de suma importancia para el cirujano dentista-- pues no tan solo nos fijaremos en los dientes sino en las -- áreas adyacentes que se encuentran en la boca, como los la-- bios, carrillos, region yugal, paladar, itsmo de las fauces, región amigdalina, piso de la boca y sobre todo la lengua.- Para reconocer éstas zonas y con el fin de poder diagnosti-- car y descubrir afecciones ya sean benignas o malignas para-- nuestro paciente, entonces debemos intervenir para prevenir-- y tratar dichas afecciones.

Es por tal motivo que nos basamos en este tema so-- bre anomalías de desarrollo, enfermedades y cirugia de la -- lengua para que tengamos una pequeña gufa de como podemos -- tratarlos en sus alteraciones y afecciones malignas que se -- pueden presentar en éste pequeño y tan útil Órgano.

EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA

En el embrión de cuatro semanas, aproximadamente la lengua se presenta como dos protuberancias linguales laterales y un abultamiento mediano, el tubérculo impar. Los tres abultamientos resultan de proliferación del mesodermo en las porciones ventrales del arco mandibular.

El mesodermo del segundo y el tercer arco, y de parte del cuarto, forman un abultamiento mediano, la cúpula o eminencia hipobranquial; por último un tercer abultamiento en la línea media, formando parte por la parte posterior del cuarto arco branquial, manifiesta el desarrollo de la epiglotis. Inmediatamente después de esta formación está la canaladura traqueobronquial u orificio laríngeo limitado lateralmente por las prominencias o protuberancias aritenoideas.

Como consecuencia de la proliferación y la penetración del mesodermo adyacente hacia las protuberancias linguales laterales, éstas últimas aumentan mucho de volumen exceden de las dimensiones del tubérculo impar y se fusionan entre sí lo cual forma los dos tercios anteriores o cuerpo -

de la lengua, dado que la mucosa que la cubre todo el cuerpo de la lengua proviene del primer arco faríngeo, es inervada por el dentario inferior, rama del trigémino.

El cuerpo de la lengua está separado del tercio posterior del órgano por un surco en forma de V, llamado surco terminal.

La parte posterior o raíz de la lengua proviene de los arcos branquiales segundo y tercero, y de parte del cuarto. En el adulto la inervación sensitiva de esta parte de la lengua proviene del glosofaríngeo por lo cual parece probable que el tejido del tercero crezca más que el del segundo.

La porción más posterior de la lengua y la epiglotis reciben el nervio laríngeo superior, lo cual indica que provienen del cuarto arco branquial.

Parte de los músculos linguales probablemente experimenten diferenciación *in situ*, pero se considera que --- otros derivan de mioblastos originados en los somitas occipitales. Como apoyo de esta última teoría se menciona que los músculos de la lengua son inervados por el hipogloso.

III

HISTOLOGIA

La lengua está compuesta principalmente de músculos estriados con fibras agrupadas en haces entrelazadas en tres planos. Por tanto es un corte longitudinal de la lengua, perpendicular a la superficie dorsal (corte sagital) - observamos fibras musculares, tanto longitudinales como ver ticales, cortadas longitudinalmente y fibras horizontales - en corte transversal.

Tal disposición de fibras musculares estriadas - es única en el cuerpo, permite identificar la lengua con to da seguridad; dentro de los haces cada fibra muscular está rodeada de endomicio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares.

El tejido fibro-elástico situado entre los haces musculares puede considerarse como perimicio; contiene los vasos mayores, los nervios y en diversos puntos tejido adiposo, en algunas partes la lengua tiene glándulas inclufda. El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgada y lisa; la lámina propia se une directamente al tejido fibro-elástico que acompaña a los haces musculares, --

También hay evidencia de que las moléculas que provocan un sabor se unen a proteínas específicas en los botones gustativos. La unión de sustancias con los receptores debe ser débil porque usualmente se requiere un lavado con agua relativamente pequeñas para abolir un sabor.

Existen en el hombre cuatro sabores básicos que son: dulce, agrio, salado y amargo.

Las sustancias amargas son gustadas en la parte posterior de la lengua, las agrias a lo largo de los bordes las dulces son la punta y las saladas en la parte anterior del dorso.

Las sustancias ácidas y amargas también son gustadas en el paladar. Los botones gustativos no difieren histológicamente en las diferentes áreas, pero la existencia de diferencias fisiológicas ha sido demostrada en animales registrando la actividad eléctrica de las fibras nerviosas que parten de los botones gustativos únicos.

Estos estudios muestran que algunos botones responden sólo a los estímulos amargos, mientras que otros responden a los estímulos salados, a los dulces o a los agrios.

aquí no hay verdadera submucosa. La mucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua tiene especial interés. La mucosa reviste la superficie dorsal de la lengua, está dividida en dos partes :

A).- La que cubre los dos tercios anteriores y la parte dorsal de la lengua (cuerpo de la misma).

B).- La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua).

El límite entre las dos partes lo señala una línea en forma de V, el surco terminal dispuesto transversalmente en la lengua. La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua es muy diferente de la que reviste su porción faríngea. Está cubierta por pequeñas porciones denominadas papilas, en el ser humano son de tres tipos: Filiformes, Fungiformes y Calciformes.

A).- Las papilas filiformes.

Son estructuras relativamente altas, estrechas, en forma cónica, constituidas por láminas propias y epitelios. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia a partir de la cual se extiende hacia la superficie papilar -

secundaria. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas secundarias se dividen a su vez en hilos que justifican el término filiforme; el epitelio que recubre las papilas secundarias se vuelven queratínicas, pero todavía no sabemos si en el hombre las células superficiales se transforman en verdaderas queratinas.

En algunos animales las papilas filiformes corneas hacen que la superficie dorsal de la lengua sea netamente rasposa.

Las papilas filiformes son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que atraviesan la lengua; cerca de la raíz éstas hileras siguen la línea en forma de V que separa el cuerpo de la raíz de la lengua.

B).- Las papilas fungiformes.

Reciben este nombre porque se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal de la lengua como pequeños setos más delgados en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada. No son tantas como las papilas filiformes, entre las cuales se hallan distribuidas; se hallan en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano. Cada una tiene un núcleo central de 14

mina propia que recibe el nombre de papila primaria, de ella se proyectan papilas secundarias, de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento.

La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias, de lámina propia como hacen las papilas filiformes; por lo tanto, las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Como el epitelio de revestimiento, no es queratinizado, resulta bastante transparente; ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y en consecuencia durante la vida las papilas fungiformes tienen color rojo.

C).- Las papilas calciformes.

Hay de siete a doce papilas calciformes distribuidas a lo largo de la línea en forma de V que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que recubre la raíz. El término calciforme recuerda el cáliz y el nombre circunvalado que a veces se les da (vallun baluarte) recuerda que en cada una de ellas a semejanza de una ciudad antigua, está rodeada de un foso o trinchera. El foso está constantemente lleno de líquido segregado por glándulas situadas, más profundamente que las papilas que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpia de resi-

duos. Cada papila calciforme tiene una papila primaria central de lámina propia; hay papilas secundarias de lámina -- propia que se elevan desde esta hasta el epitelio estratificado, no queratinizado que recubre todas las papilas.

Las papilas calciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en la superficie libre; por lo tanto tiene forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

Función de las papilas.

Los animales en los cuales las papilas filiformes están muy desarrolladas pueden lamer substancias sólidas y semisólidas con acción que recuerda la del papel de lija. Aunque las papilas filiformes no están muy desarrolladas en el hombre, permite que los niños laman a satisfacción un helado o un caramelo; tales papilas tienen terminación nerviosa especializada en el tacto. La mayor parte de las papilas fungiformes y todas las papilas calciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos causa de la sensación gustativa.

IV

A N A T O M I A .

Su forma es la de un ovoide y presenta para su estudio una cara superior, una caara inferior, dos bordes laterales, una base y un vértice o punta.

Esta dividida en dos partes, una anterior y otra posterior, por un surco en forma de V abierta por delante denominado, surco terminal. Este se halla excavado en el vértice por una profunda depresión denominada cecum.

CARA SUPERIOR.

Por detrás del surco terminal, la cara superior es mamelonada, por delante está erizada de papilas que por su forma se distinguen en filiformes, fungiformes y calciformes, estas últimas constituidas por una eminencia redondeada por un surco circular, son generalmente en número de nueve y están dispuestas en una línea anqulosa de abertura anterior denominada V linqual, situada delante del surco terminal.

CARA INFERIOR.

Presenta un surco medio a cada lado del cual se transparentan a través de la mucosa las venas raninas, el surco medio se continúa por abajo con un replieque mucoso, el --

frenillo de la lengua; a cada lado del frenillo se encuentra un tubérculo en cuyo vértice se abre el conducto de Wharton; por fuera de este tubérculo la mucosa del surco alveololingual, está levantado por la glándula sublingual.

Bordes.

Van adelgazándose de la base a la punta.

Base.

Está unida al hueso hioides y al maxilar inferior (mandíbula) por músculos y láminas fibrosas y la epiglotis, por tres repliegues glosopigloticos, limitan a cada lado una fosita glosopiglotica.

Punta.

Está escabada por un surco medio que se continúa por las caras superiores e inferiores de la lengua.

Esqueleto de la lengua.

La armazón esquelética de la lengua está representada por láminas fibrosas, la membrana hioglosa y el septum lingual. La membrana hioglosa se inserta por debajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides y se extiende transversalmente bajo la mucosa hasta la proximidad de la V lingual.

El séptum lingual es una lámina fibrosa, calci--
forme, vertical y media; se inserta por su base en la membra--
na hioglosa y termina por delante en la punta de la lengua.

Músculos.

La lengua posee ocho músculos pares y uno impar:

Los pares son: geniogloso, hiogloso, lingual in--
ferior, estilogloso, palatogloso, amigdalogloso, farinogloso
y el transverso lingual. El impar es el lingual superior.

Geniogloso.

Se inserta por delante en la apófisis geni supe--
riores, de aquí sus fibras se extienden en abanico, las fi---
bras inferiores horizontales se fijan al borde superior del -
cuerpo del hueso hioides, las medias van al centro de la len--
gua, las anteriores curvas hacia adelante van a la punta; de
un lado está separado del opuesto por el séptum lingual por -
arriba y por tejido adiposo por abajo.

Acción.

Consiste en levantar y dirigir la lengua hacia -
adelante por medio de las fibras que van al hueso hioides.

Hiogloso.

Este músculo se inserta abajo del cuerpo hioides cerca del cuerpo menor y en borde superior del cuerpo mayor - en toda su extensión, de aquí las fibras suben a la cara lateral de la lengua, pasan por fuera del lingual inferior y se extienden en abanicos en el espesor de la lengua.

Acción.

Consiste en abatir la lengua al tiempo que la aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

Lingual Inferior.

Se inserta por detrás en las astas menores del hioides y termina por delante en la mucosa de la punta de la lengua situada en la cara externa del geniogloso.

Acción.

Consiste en acortar la longitud de la lengua y dirigir la punta hacia abajo y atrás, además es abatidor de la lengua.

Estilogloso.

Nace en la cara anterior del apófisis estiloides a nivel de la base de la lengua, se divide en dos fascículos, el fascículo externo longitudinal que sigue el borde lateral correspondiente de la lengua y el fascículo interno que se extiende en forma de abanico sobre la cara dorsal de la lengua.

Acción.

Eleva la lengua y la lleva hacia atrás.

Palatogloso o Glosostafílico.

Está comprendido en el pilar anterior del velo del paladar, se inserta por arriba en la cara inferior de la aponeurosis palatina y termina abajo, por fibras transversales en el espesor de la lengua y por fibras longitudinales que se extienden hasta la punta.

Acción.

Lleva la lengua hacia arriba y atrás, estrechando el istmo de las fauces.

AMIGDALOGLOSO.

Es un músculo inconstante que va de la cápsula - fibrosa de la amígdala a la base de la lengua.

Acción.

Es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

Faringogloso.

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

Acción.

Lleva la lengua atrás y abajo.

Transverso Lingual.

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

Acción.

Reduce al contraerse el diámetro transversal de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

Lingual superior.

Este músculo impar se inserta por detrás del asta menor del hioides y en la cara anterior de la epiglotis, sus fibras se extienden longitudinalmente de atrás hacia adelante bajo la mucosa de la cara dorsal de la lengua.

Mucosa.

Se ha descrito la configuración de la lengua, bajo la mucosa de los bordes se encuentran pequeñas masas glandulares, que son las * glándulas de Waber *, detrás de las - - * glándulas de Henle *, situadas en la parte media de los bordes y las * glándulas de Miihn * situadas en la cara inferior de la punta.

Glándulas Sublinguales'

Son glándulas salivales situadas en la parte anterior del surco alveolo lingual. Cada una de ellas se halla en relación por arriba con la mucosa, por abajo con el milo-- hioideo, por fuera con la fosita sublingual del maxilar infe-- rior; por dentro con el geniogloso del que está separado por - el conducto de Whartón y el nervio lingual. Su extremo poste-- rior está en contacto con la prolongación anterior de la glán-- dula submaxilar; sus conductos excretores en número de 12 a 15 se conocen con el nombre de * Conducto de Rivians *.

Existe uno de ellos más importante que los otros, denominado * Conducto de Bartholini *.

Los receptores sensitivos especiales de la lengua se llaman botones gustativos; el epitelio superficial y el tejido fibroso de la mucosa de la lengua se elevan formando proyecciones, las papilas, las cuales le dan su aspecto rugoso.

Las Papilas Foliadas.

Se hayan colocadas en los bordes de la lengua y se presentan bajo la forma de pliegues u hojas adosadas unas a otras y separadas por surcos mas o menos profundos.

Las Papilas Hemisféricas.

Son las más numerosas tienen la forma cónica o hemisférica y se encuentran situadas en la cara superficial del corion mucoso. Se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

Las Glándulas Foliculosas.

Se encuentran situadas detrás de la V lingual, poseen forma mas o menos esférica y producen levantamientos de la mucosa, en cuyo centro se observa un pequeño orificio visible a simple vista. Glándulas mucosas son las que se encuen-

tran esparcidas desde el tercio posterior de la lengua por la cara dorsal y los bordes hasta la punta de ella, forman un conglomerado posterior atrás de la V lingual, otro lateral situado en los bordes de la lengua y otro anteroinferior, colocado en la cara inferior de dicho órgano, a los lados de la lengua de la línea media; esto último recibe el nombre de glándula de Blandin o Glándula de Nuhn.

Formaciones Linfoideas!

En la submucosa de la porción de la porción de la lengua colocada por detrás de la V lingual, existe una gran cantidad de folículos linfoides cuyo conjunto constituyen la llamada amígdala lingual que forma parte del círculo linfático de Waldeyer.

CIRCULACION E INERVACION DE LA LENGUA

Arteria Lingual.

Esta arteria rama de la carótida externa pasa - por encima del cuerpo mayor del hioides y camina en el espesor de la lengua por dentro del hioides y por debajo del lingual inferior. Llegando al borde anterior del higloso se divide en dos ramas; la sublingual que se dirige hacia - glándula de éste nombre y la ranina que se dirige hacia la - punta de la lengua; el curso de su trayecto da una colate-- ral importancia al dorsal de la lengua, que se ramifica de trás de la V lingual.

Venas.

Las venas superficiales se reúnen en un tramo vo- luminoso, la vena lingual; esta vena recorre por la cara su- perficial del hiogloso y desemboca en la yugular interna por medio o intermedio del tronco tiroligno-facial.

Las venas profundas más pequeñas acompañan la ar- teria lingual y su rama dorsal termina en la vena yugular in terna.

Linfáticos.

Los linfáticos de la punta de la lengua van a los gánglios submentonianos y submaxilares; los del cuerpo y de la base van a los ganglios yugulares del grupo subesternomas_{toideo}.

Nervios.

Los nervios de la lengua vienen del hipogloso mayor, del lingual y del glosofaríngeo.

Nervio Hipogloso Mayor.

Es el nervio motor de la lengua, se ha observado que el hipogloso mayor atraviesa la región suprahioidea, pasando por la cara superficial del hígloso, al que suministra algunos filetes llegando al borde anterior del músculo, envía un ramo al genihioideo y se divide en seguida en sus ramos terminales que van a los músculos de la lengua.

Lingual.

Después de haber caminado entre el pterigoideo interno y el maxilar inferior el nervio debajo de la mucosa -- del surco alveolo-lingual pasa en seguida sobre la cara interna de la glándula sublingual y rodea el conducto de Whartón de fuera adentro, pasando por debajo de él. Se anastomosa con el hipogloso mayor en la cara superficial del músculo hi

gloso, da ramo a toda la mucosa de la lengua situada por delante de la V lingual y a la glándula sublingual.

Glosofaríngeo.

Después de haber cruzado la cara externa de la -- amígdala y del pilar anterior del glosofaríngeo se ramifica en la mucosa de la lengua por detrás de la V lingual.

Ganglio submaxilar.

Es un ganglio simpático situado en el borde superior de la glándula submaxilar por debajo del nervio lingual.

Recibe algunos filetes del nervio lingual y envía ramas a la glándula submaxilar.

Ganglio Sublingual.

Es un ganglio simpático situado en la cara interna de la glándula sublingual, sus ramas aferentes van a la - glándula sublingual.

F I S I O L O G I A .

Podemos considerar que el órgano lingual interviene en actos de importancia en la vida y la comunicación de todo ser humano, tales actos son los siguientes:

- a) succión,
- b) deglución,
- c) masticación,
- d) gusto
- e) fonación.

Diremos que en los primeros días y comienzos de nuestra vida el órgano lingual interviene la succión en conjunto con los labios, al adosarse contra la mama permite al pequeño recién nacido extraer la leche con la cual se alimenta.

Dentro de la función de la masticación la lengua se encarga de colocar el alimento sobre las caras masticatorias de los dientes y después junto con la salivación forman el bolo alimenticio; una vez formado el bolo alimenticio, la lengua interviene en otro paso, la digestión, que es la deglución, en este estado digestivo, la lengua va a colocar primeramente el alimento ya masticado, contra la cara posterior de los incisivos, de donde pasa al dorso lin-

gual, posteriormente la base de la lengua se deprime y su punta o vértice elevada contra la bóveda palatina hace que el bolo alimenticio se resbale hacia atrás y finalmente la parte posterior de la lengua se dirige bruscamente hacia arriba y atrás empujando el bolo alimenticio contra la faringe.

La contracción del músculo milohioideo es factor muy importante en esta fase, aunque también interviene el estilogloso y el palatogloso.

Una vez terminada esta serie de actos acaba lo que se llama primer tiempo de la deglución continuando con el segundo tiempo o faringeo.

Dentro de la fonación la lengua tiene una gran importancia, ya que interviene en una gran serie de movimientos encaminados a producir sonidos inteligibles, dentro de estos movimientos más comunes son los que realizan en conjunto con los labios adosándose la lengua contra los dientes superiores, contra el paladar en diferentes partes según sea el sonido que va a ser emitido como se aprecia, la lengua nos ayuda a modelar la voz y producir sonidos inteligibles, lo que constituye el lenguaje.

La lengua toma parte primordial en el sentido -- del gusto, en este órgano existen gran cantidad de corpúscu los gustativos. Denominamos gusto a una sensación compleja provocada no solo por la excitación de los receptores específicos del gusto, sino también de los receptores del sentido, tales como táctiles y los térmicos de la boca, también es considerable la participación de los receptores del olfato en este sentido.

Los receptores gustativos se encuentran en el -- dorso lingual; en las caras anteriores y posteriores de la epiglotis, la pared posterior de la faringe, en el velo del paladar y su pilar anterior, menos en la úvula.

Los órganos gustativos aparecen en el tercer mes de la vida intrauterina.

Los corpúsculos son más numerosos en el feto que en el niño, disminuyendo con la edad, desaparecen primero - del dorso de la lengua y luego de la punta. Se encuentran estos corpúsculos generalmente en las papilas fungiformes, filiformes y calciformes.

Las glándulas salivales que secretan en los surcos de las papilas tienen un papel importante en la función

gustativa ya que solubilizan los alimentos permitiendo la acción de las sustancias sápidas y además hacen la limpieza del receptor dejándolo en condiciones de recibir un nuevo estímulo.

Los corpúsculos gustativos están formados por células gustativas finas alargadas, con cilios o pelos gustativos que se proyectan dentro de la cavidad del corpúsculo.

Alrededor de estas células terminan los nervios sensitivos del gusto.

Los receptores del gusto son quimiorreceptores que responden a las sustancias disueltas en los líquidos de la boca que los bañan. Estas sustancias parecen evocar generadores, pero no se sabe cómo las moléculas en solución actúan en las células receptoras para producir estos potenciales.

Una teoría reciente se basa sobre la hipótesis de que los cilios de los receptores tienen una película superficial polielectrónica. De acuerdo con esta teoría la fijación de los iones a esta película causa una distorsión en la disposición en ésta, con el consiguiente cambio en la distribución de la densidad de carga.

Algunos botones responden a más de una modalidad de estímulo. Un hallazgo de significado fisiológico desconocido en la demostración de que el gato, perro, cerdo y mono rhesus existen botones gustativos que responden a la aplicación de agua destilada. Los botones gustativos de éste tipo no se encuentran ni en la rata, ni en el hombre.

En algunos casos, un sabor deseable incluye un elemento de estimulación dolorosas (por ejemplo en las salsas picantes). Por otra parte el olor desempeña un papel importante en la sensación global producida por los alimentos, la consistencia (textura) y la temperatura de los mismos también contribuyen a su sabor.

El gusto muestra reacciones tardías y fenómenos de contraste que son semejantes, en algunos aspectos responden a las imágenes y contrastes, constituyendo trucos químicos, pero estos son fenómenos centrales.

FUNCION DIGESTIVA

Consiste en empujar el alimento hacia los dientes para que sea masticado y triturado, en amarlo bien -- con la saliva, transformándolo en una masa semifluida homogénea, y finalmente en dirigirlo hacia la parte posterior -- de la boca para deglutirlo.

La función digestiva que consiste en empujar el alimento con ayuda de la lengua y en ésta se suelen distinguir la base o raíz, constituida por su tercio posterior si tuado en la cavidad faríngea; el cuerpo, representado por -- sus dos tercios anteriores de forma oval y terminando en -- punta y muy movable.

LENGUAJE

Para poder aprender a hablar, el niño debe oír - el sonido de las palabras pronunciadas por los demás y después poner en movimiento a través de los nervios motores -- procedentes del cerebro, los músculos de la lengua y de la faringe, que son los órganos periféricos productores de la voz y por lo tanto de la palabra.

PADECIMIENTOS LINGUALES Y SU TRATAMIENTO

LEUCOPLASIA

La leucoplasia significa mucosa blanca, decolorada, cuando la leucoplasia es lingual se encuentra caracterizada por la aparición de unas manchas blanco grisáceas o -- blanco perláceas de contornos irregulares que suelen estar recorridas por fisuras o elevaciones en forma de berrugas.

Aparece preferentemente en el sexo masculino, y sobre todo en un terreno sifilítico, además del tabaco y de otras causas irritantes pueden provocar su aparición.

La mancha leucoplásica que aparece puede ulcerarse y servir de base a la implantación de un cáncer de la mucosa, ya que la leucoplasia debe considerarse como una disqueratosis del epitelio mucoso, es decir como una alteración de tipo degenerativo y proliferativo del estrato más superficial de la mucosa.

FACTORES PREDISPONENTES DE LA LEUCOPLASIA

- A) Posibles características constitucionales.
- B) Posibles factores de nutrición.
- C) Carencia de vitamina A.
- D) Carencia de complejo B.
- E) Sífilis.
- F) Traumatismos.
- G) Posibles factores endócrinos, con transtornos gonadales.

TRATAMIENTO DE LA LEUCOPLASIA

El tratamiento de la leucoplasia es la escisión total con bastante margen. En los casos de sífilis es preciso practicar un tratamiento antilúético (Arsenobenzoles, Yodo, Mercurio, Penicilina).

LENGUA GEOGRAFICA

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

Su etiología es desconocida, ésta enfermedad se caracteriza por una o varias zonas irregulares de descamación (Manchas peladas) en la lengua.

En éstas zonas faltan las papilas filiformes, - pero permanecen las fungiformes. La zona de descamación esta rodeada de papilas filiformes normales, que sea por - contraste o debido a la acumulación de queratina, apare--- cen como hipertrofiadas.

Son zonas blancas. Las regiones descamadas - con tratamiento desaparecen, pero aparecen otras en otra parte de la lengua, lo que justifica la denominación de - rash migratorio.

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

Los bordes de las lesiones son netos, y se presentan como halos inflamatorios más allá de los cuales las papilas sanas son un poco más altas que normalmente y de color amarillento.

El dolor o ardor constituyen síntomas variables, es más frecuente cuando las lesiones presentan un componente inflamatorio importante. La molestia aumenta al ingerir alimentos condimentados, ensaladas, bebidas gaseosas o alcohólicas, y al fumar.

Al unirse varias de estas lesiones cambiantes y crecientes de glositis migratoria benigna se observa en el dorso de la lengua una especie de mapa que dió lugar al nombre de lengua geográfica.

TRATAMIENTO DE G.M.B.

Por lo general, las lesiones no responden al tratamiento, pero desaparecen espontáneamente. Sin embargo las recurrencias no son raras. No es necesario ningún tratamiento, pero muchas veces se administran complejo vitamínico B.

LENGUA PLEGADA

Es por lo general una anomalía de desarrollo.

Tiene varios sinónimos, (lengua fisurada, lengua escrotal, lengua disecada).

La frecuencia de la lengua plegada ha sido estimada en un 5% de una población norteamericana, y del 3% en una población alemana.

La frecuencia es mucho mayor entre los enfermos con retraso mental, y en enfermos en edad avanzada.

La lengua plegada es uno de los signos del síndrome de Melkerson - Rosenthal.

Desde el punto de vista clínico los pliegues o fisuras pueden presentar grandes variaciones morfológicas.

Los tipos más frecuentes son una ostensible fisura central, anteroposterior, de la que irradian lateralmente fisuras más pequeñas a modo de las nervaduras de una hoja, éste tipo queda claramente demostrado cuando el enfermo estira la lengua. Otros tipos son el cerebriforme y

el transversal, viéndose este último en la mujer de 71 años de edad, en la cual la lengua plegada se asocia a desaparición de las papilas.

Las fisuras pueden ser relativamente superficiales o profundas, en éste último caso se acumularan residuos de alimentos que determinarán una inflamación.

El 20% de las lenguas plegadas se hallan superpuestas a una lengua geográfica.

SINDROME DE MELKERSON _ ROSENTHAL .

Los enfermos en los que se observa la aparición simultánea de parálisis facial unilateral, edema de la cara y lengua plegada se agrupan bajo el nombre de éste síndrome.

Este síndrome recidivará en la mayoría de los enfermos durante la primavera y el otoño, determinando un engrosamiento permanente de los labios, como también pueden afectarse los párpados, nariz y mentón.

El edema del labio alcanza muchas veces la mucosa bucal; esta mucosa tumefacta toma el aspecto de una almohadilla y se halla dividida por surcos de profundidad variable, y ligeramente rojiza.

La tumefacción del paladar y de la encía en algunos de los casos.

A veces las alteraciones linguales consisten solamente en una fisura media profundizada. La lengua plegada puede ser demostrativa de una predisposición hereditaria para el desarrollo de una parálisis facial. En la mayoría de los casos se han encontrado al microscopio alteraciones granulomatosas.

LENGUA PILOSA NEGRA

La lengua pilosa negra es el término que se aplica a una proliferación extraordinaria de las papilas filiformes que confiere a la lengua un aspecto vellosa. Esta alteración se sitúa siempre adelante del surco terminal.

Las papilas filiformes se alargan o engruesan, - la elongación puede deberse a un retardo en el desprendimiento normal de la capa cornea de la papila filiforme o bien a un aumento del ritmo de formación del material queratinizado. Cada papila filiforme puede alcanzar una longitud de 15 a 20 mm y un diámetro de 2 mm. En la mayoría de los casos la zona afecta del dorso de la lengua aparece como una felpa.

El color de la lengua vellosa puede variar desde el blanco a amarillo, o de verdoso a azulado y, generalmente desde el pardo hasta el negro. Por consiguiente el uso de la expresión * lengua pilosa negra * es a veces motivo de confusión, para estos casos deberá aplicarse el término de * lengua pilosa *

La pigmentación se debe a una proliferación de microorganismos cromógenos. La patogenia de la lengua pilosa permanece oscura. Un número considerable de casos de lengua pilosa son ideopáticos.

LENGUA PILOSA

Es característico que los pelos miren hacia los bordes laterales de la lengua. El paciente se queja de una sensación de cosquilleo cuando las papilas tocan la mucosa del paladar. Una lengua pilosa ideopática puede desaparecer rápidamente o persistir durante años.

Se conoce cierto número de factores que producen esta alteración, especialmente el uso de antibióticos y corticoesteroides, también el uso de ciertos enjuagues, por ejemplo agua oxigenada, una mala higiene bucal, el abuso del tabaco y los trastornos gastrointestinales.

En casos de lengua pilosa provocados por los antibióticos, se han sugerido que el fármaco altera la flora microbiana, permitiendo una proliferación de hongos.

HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FOLIACEAS

Es posible que las papilas foliáceas, localizadas en el plano posterolateral de la lengua, inmediatamente por delante del músculo patalogloso, pueden irritarse y pueden ser el motivo de que el enfermo acuda no rara vez al --odontólogo en un estado de cancerofóbia. El tamaño de las papilas foliadas varía considerablemente. En algunas personas son apenas crestas apreciables, mientras que en otros consisten en enormes proyecciones redondeadas.

Los síntomas que producen las papilas foliáceas pueden ser debidos en parte a una infección de las vías respiratorias altas, y en parte a la irritación.

Los trastornos aparecen por lo regular en mujeres en la segunda mitad de la vida. Los enfermos son a menudo desdentados y las prótesis dentarias inferiores pueden haber traumatizado la zona de las papilas foliáceas que empiezan a inflamarse, el núcleo de las papilas se compone de tejido linfoideo, es fácil comprender que pueden hipertrofiarse cuando reaccionan otras partes del sistema linfoideo de la faringe, se hace sensibles a la irritación mecánica.

LENGUA CRENADA

Las impresiones o muescas de los dientes observables en el borde de la lengua no son un fenómeno raro. A causa de su aspecto festoneado este estado recibe el nombre de lengua crenada. Las señales producidas por los dientes pueden tener distinta etiología.

Un gran número de personas presentan un hábito anormal de comprimir la lengua y algunas de empujarla. Ambos hábitos determinan la producción frecuente de impresiones dentarias en la lengua.

Al comprimir la lengua contra los dientes el traumatismo ejercido es más nocivo que si los dientes hubiesen tenido superficies lisas. El traumatismo causaba una inflamación de la periferia de la lengua conduciendo a una ligera macroglosia y ello a su vez era motivo de que las huellas se acentuaran. Cualquier hipertrofia de la lengua puede acompañarse de huellas causadas por los dientes.

TUBERCULOSIS DE LA LENGUA

Son bastante raras las tuberculosis clínicas - de la lengua; pero los exámenes en serie de los tejidos bucales durante las autopsias indican una frecuencia mayor -- que la que podría pensarse.

Las lesiones tuberculosas suelen encontrarse en pacientes con tuberculosis avanzada, pero a veces aparece - en enfermos sin ningún otro síntoma demostrable de la enfermedad.

Pueden deberse al contacto de los tejidos con - material infectado, a extensión directa de una lesión tu--berculosa, o a diseminaciones hematógica o linfática.

La lengua es el foco más frecuente de las lesiones, pero pueden encontrarse también en mejillas, labios y paladar. Se conocen también lesiones tuberculosas de glándulas salivales o invasión de granuloma dental periapical.

Estas lesiones además de ser muy frecuentes son muy dolorosas. En general se presentan en los lugares donde los bordes del órgano entran en contacto con dientes rugosos, agudos o rotos o con algún otro foco irritativo.

Las lesiones tuberculosas de la boca se caracterizan por un dolor intenso, constante y progresivo que dificulta mucho la alimentación y el reposo.

A veces es muy difícil de diagnosticar las lesiones de la mucosa oral si no se sospecha de tuberculosis, y diferenciar entre úlceras y granulomas de ésta región.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la tuberculosis de la boca sólo puede ser un complemento del tratamiento de la enfermedad general.

En su primera fase consistirá en hacer una buena evaluación y una buena higiene bucal eliminando los focos de irritación.

Se puede utilizar con bastante éxito la estreptomicina para las lesiones tuberculosas locales de la lengua.

MONILIASIS

Es una inflamación de la mucosa bucal provocado por el desarrollo de un hongo llamado *Cándida Albicans* que a la observación microscópica está formada por un entrecruzamiento de filamentos sutilísimos. Es una afección típica de los lactantes sobre todo de los débiles, enfermos y desnutridos; a veces puede presentarse en el adulto en el curso de enfermedades crónicas intensamente consuntivas.

El diagnóstico es difícil; en la punta y en los márgenes de la lengua así como en la superficie de los carrillos se aprecian unas placas blancas o blanco grisácea.

Actualmente esta enfermedad es más frecuente en adultos y en éste caso existen casi siempre antecedentes de administración de antibióticos o esteroides, o xerostomía y de enfermedades generales como la diabétes o leucemia.

FACTORES PREDISPONENTES A LA MONILIASIS

A) IRRITANTES LOCALES CRÓNICOS COMO LAS PROTESIS.

- B) Alteraciones notables en la flora microbiana de la boca.
- C) Esteroides Corticosuprarrenales.
- D) Irrradiación de cabeza y cuello.
- E) Hospitalización.
- F) Enfermedad general como la diabétes.

Las placas de Muguet al contrario de otras ~~muee~~ chas placas blancas, pueden borrarse cuando se les frota de jandojando superficies expuestas dolorosas y sangrantes.

De vez en cuando las placas cambian de localiza-
ción y de tamaño. No hay síntomas generales o son muy le-
vez en comparación con otras estomatitis, pudiendo haber la
aparición de un sabor desagradable (metálico) con pérdida
del sentido del gusto y pueden ir precedidas también por -
una sensación de ardor en boca y garganta.

TRATAMIENTO

El Muguet se trata mediante el control de la cau-
sa del debilitamiento, por ejemplo la diabetes, siempre que
sea posible suprimiendo el empleo de antibióticos, si ésta
medida no es incompatible con la salud del paciente; enjua-
gando la boca del recién nacido con saliva de la madre para
fomentar el desarrollo de otros organismos y administrando
nistatina cien mil unidades cuatro veces al día.

ACTINOMICOSIS

La actinomicosis es causada por hongos bacteriformes, el *Actinomyces Israeli* anerobio, y la *Nocardina Asteroi* des aerobio. Se presenta en una de las tres formas: Cervicofaciales, abdominal o pulmonar.

La actinomicosis cervicofacial es la más común; - comprende casi un 50% de todos los casos. Afecta a la mandíbula y la porción superior del cuello y se supone que resulta de un traumatismo local, como la extracción de un diente o de una fractura. Estas circunstancias abren una puerta a los microorganismos, que son habitantes normales de la boca.

Clínicamente la enfermedad comienza como una tumefacción por encima de la parte superior del cuello, debajo de la oreja o encima de la mandíbula. La enfermedad puede progresar por extensión tisular directa, y rara vez por medio de los linfáticos o la sangre.

La piel se vuelve roja o rojo azulada y tirante. Algunas zonas de la piel se abren y descargan pus, que a -

menudo contienen granos pequeños de color amarillento (granos de azufre) cada uno de los cuales representa una colonia de hongos. Los senos que han descargado pus se curan, pero aparecen otros, en un proceso continuo de ruptura y curación que se sucede, de modo que la enfermedad puede persistir durante años y deja cicatrices desfigurantes.

Hay que distinguir la actinomicosis lingual primaria de las neoplasias, úlceras tuberculosas, gomas sifilíticas o otras enfermedades infecciosas crónicas caracterizadas por granulomas, por ejemplo la histoplasmosis.

En la actinomicosis de la lengua suele existir un pequeño nódulo profundo, indoloro en un principio y que molesta muy poco. La lesión va creciendo y 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 lesiones grandes la disfagia es un síntoma de primer plano.

Se puede diagnosticar porque es indoloro y el tacto es duro, con varias fistulas y supuración persistente aunque cuando se trata de actinomicosis cervicofacial se puede confundir con una osteomielitis.

Se requiere un exámen macroscópico de la secreción , en busca de gránulos de azúfre, y un cultivo de anaerobiosis que permitirá encontrar los microorganismos causales.

TRATAMIENTO

Es frecuente en adultos y su tratamiento corresponden al cirujano bucal y al médico. La penicilina y demás antibióticos son agentes terapéuticos eficaces, aunque la curación puede tardar varios meses.

GLOSODINEA

En la glosodínea existe el dolor o una sensación muy desagradable en la lengua. Entre los numerosos factores predisponentes se encuentran deficiencias nutricionales anemia, xerostomia, cancerofobia, envenenamiento por metales pesados y el síndrome posmenopáusicos. Suele afectar a mujeres de edad mediana o edad avanzada, y acompañarse frecuentemente de sequedad en la boca.

Pueden existir agentes etiológicos múltiples, y - el reconocerlos todos, pone a prueba la paciencia del clínico. Se trata de pacientes nerviosos y tensos en quienes - los factores irritativos locales desempeñan un papel de primer plano, muchas veces la glosodínea es de origen psicossomático.

Los factores irritantes locales pueden corresponder a costumbres particulares, disposición irregular de los dientes inferiores, a veces con grandes depósitos calcáreos prótesis o dispositivos ortodónticos, medicamentos, pastas - dentrificas, y en algunas mujeres alergia a los productos de belleza.

Los síntomas de la lengua ardorosa que se acompañan de los cambios generales de color, a veces con atrofia papilar, deben hacer pensar en un tratamiento general. En ocasiones pueden ser útiles la distribución y el color de las lesiones para reconocer la etiología. En la anemia perniciosa la punta y los bordes de la lengua presentan un color rojo intenso, y el dolor muestra episodios espontáneos de remisión y exacerbación muy típicos.

TRATAMIENTO

Cuando viene acompañada de cambios clínicos observables trata primero de buscar causas generales antes de buscar factores locales que la esten produciendo.

Deben eliminarse los factores locales irritantes y darse atención especial a la corrección de ciertos hábitos que pueden producir irritación lingual. Se puede administrar un antimicrobiano no irritante, por su efecto psicológico. En ocasiones los pacientes con irritaciones linguales obtienen un alivio sintomático mascando parafina ordinaria y cubriendo con la parafina reblandecida las zonas irregulares de los dientes para que la lengua descance sobre la superficie lisa y así suministrar una cubierta calmante al órgano.

No debe emplearse para ello goma de mascar ordinaria, ni goma de mascar que contenga aspirina por su acción irritante que contiene.

Los trastornos más comunes son la deficiencia de complejo vitamínico B, neuropatías por diabetes no diagnosticada y las anemias por deficiencia de hierro.

VII

ANOMALIAS LINGUALES Y SU TRATAMIENTO ANQUILOGLOSIA

La anquiloglosia es la consecuencia de un frenillo lingual demasiado corto. Esta anomalía del desarrollo es relativamente rara. En un estudio hecho a un grupo importante de niños, Mc. Eney y Gaynes no encontraron necesario intervenir para liberar el órgano.

La anquiloglosia parcial no tiene ningún significado clínico. Es raro que éste trastorno llegue a dificultar el habla. Sólo en cuatro de mil pacientes con anomalías de lenguaje se pudo atribuir el trastorno a un frenillo demasiado corto.

Cuando la anomalía es grave es posible corregir quirúrgicamente el frenillo lingual.

MICROGLOSIA

El término microglosia significa lengua pequeña por la atrofia producida por la parálisis labioglossofaríngea la esclerosis lateral amiotrófica, etc.

Tanto la microglosia como la aglosia se observan a veces en fetos mal formados, no obstante es raro encontrarlas en niños vivos.

La aglosia es otra anomalía de desarrollo que - significa falta de la lengua.

MACROGLOSIA

Procede del griego, macro (grande), glosia - (lengua), por su desarrollo exagerado tanto en espesor como en longitud.

Puede ser un hecho congénito o bien la consecuencia de inflamaciones linguales (glositis) repetidas o crónicas, de acromegalia, de cretinismo, etc. La lengua tan enorme constituye un obstáculo para la masticación, sobre todo para la palabra que no puede resultar clara, suelta, comprensible; por estar contenida la lengua por dentro de las arcadas dentarias, los márgenes de las mismas estan marcados por las huellas de los dientes, que pueden llegar a provocar ulceraciones. Con cierta frecuencia al ser la lengua demasiado grande sale por la boca estando semiabierta, y por el contacto con el aire la punta lingual se seca y se endurece.

Algunos autores afirman haber observado macroglosia tan acentuadas, que la punta lingual sale de la boca y -- llega colgando hasta el pecho.

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

La macroglosia puede provenir también de alteraciones de tipo linfagioma, o hemangioma. Se observó macroglosia adquirida en casi 40% de los pacientes con amiloidosis generalizada.

La biopsia de la lengua demostró depósito de sustancia amiloide en éste órgano. Una lengua crecida puede afectar importantemente el desarrollo de la mandíbula y la oclusión.

TRATAMIENTO

Puede ser necesario un tratamiento po Rx., o quirúrgico según la causa y la gravedad del transtorno.

LENGUA FISURADA O ESCROTAL

Es una de las anomalías de desarrollo más frecuentes en éste órgano. Se encuentra en niños, en lactantes, pero es más frecuente en el adulto. No hay predisposición racial, ni sexual, pero se sabe que las fisuras anormales de la lengua constituyen una característica familiar.

El hecho de que la profundidad de los surcos o de las fisuras aumenten con la edad en ciertos individuos podría hacer dudar de que la lesión tenga siempre su origen en el desarrollo embrionario.

En un experimento con animales a base de alimentación deficiente en complejo B, se mostró división en la red de Malpighi formándose fisuras, con lo cual se mostró que la alimentación deficiente de complejo B y de pocas proteínas durante 90 días presentaban fisuras clínicas de la lengua.

Las fisuras pueden variar en número, profundidad y longitud pudiendo disponerse longitudinalmente, distribuyéndose en forma ramificada como una red venosa o formar a veces ángulos rectos con los bordes de la lengua.

Las fisuras pueden variar y con frecuencia el paciente ignora que presenta surcos o fisuras anormales de la lengua, que dichos surcos se ven difícilmente, y solamente son visibles, si los bordes del órgano se doblan hacia abajo.

A veces se presenta una leve inflamación en las fisuras debido al desdoblamiento microbiano de restos de alimentos, éste trastorno se acompaña de molestias variables -- aunque no exista dolor.

Si hay dolor, los pacientes muchas veces empie--zan a tener una lesión precancerosa o maligna. De hecho la lengua con fisuras anormales no tiene ningún significado patológico.

Algunos opinan que éste estado predispone a la -glositis migratoria benigna, simultáneamente ayuda a la localización del liquen plano y también que las fisuras anorma--les de la lengua y la glositis migratoria benigna se presenta con una asociación frecuente.

Cuando presentan síntomas dolorosos en las zonas de fisura, los bordes de la lengua deben desplazarse hacia -bajo estando la lengua ligeramente fuera de la boca.

TRATAMIENTO

Se pueden limpiar las fisuras con una solución de peróxido de hidrógeno al 3% para eliminar los restos de alimentos. Se puede aplicar a las zonas inflamadas un antibacteriano leve y también resulta calmante un enjuague tibio o una aplicación de leche de magnesia sobre la lengua.

LENGUA BIFIDA

Es una anomalía de desarrollo que viene siendo una división simétrica de la punta de la lengua, a consecuencia de una fusión incompleta de las mitades laterales del -- órgano.

La lengua bífida constituye una rarísima anomalía de desarrollo que no pasa de ser una curiosidad clínica.

GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

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

La glositis romboidea media se encuentra principalmente en el hombre de 78 a 80% de los casos en ciertas series y suele diagnosticarse entre los 30 ó 40 años. Su frecuencia va de 1.14 a 14.4%, y la mayor parte de autores aceptan una cifra media de 2.4% en la población joven en -- E.U.A.

La anomalia se debe a una parte del tubérculo impar que nace del piso de la faringe, entre los arcos branquiales primero y segundo. Este resto del tubérculo medio puede considerarse como base por raíz de la lengua, desprovista de papilas.

La glositis romboidea media tiene la misma consistencia muscular que el resto de la lengua. La lesión suele ser indolora, salvo en caso de inflamación secundaria de las zonas fisuradas.

En general la glositis romboidea media se descubre accidentalmente durante un exámen de la boca. Si la lesión es de gran tamaño, y en especial cuando presenta un contorno fisurado o sobresaliente, existen cambios inflamatorios leves, con el dolor correspondiente y en ocasiones hemorragia submucosa; esto puede hacer pensar en una neoplasia.

Si la lesión es dolorosa el paciente suele acudir al consultorio, para que se estudie la naturaleza y el significado de la lesión. El dentista o el médico quizá no conozcan ésta anomalía de desarrollo, lo que puede aumentar el temor y el miedo a un tumor maligno.

Estas lesiones tienen importancia sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico diferencial. Habitualmente es posible establecer el diagnóstico por localización y las características generales (incluyendo el color), la consistencia muscular de la masa carente de papí

las que ocupa la porción posterior en la línea media de la lengua. Es preciso descartar un quiste del conducto tirogloso o una glándula tiroides aberrante.

La glositis romboidea media no requiere ningún tratamiento salvo en caso de inflamaciones leves y en fisuras. Pueden tomarse entonces las medidas necesarias para hacer una biopsia en caso de que el paciente presente una cancerofobia.

Pero en ninguno de los casos esta indicada la extirpación quirúrgica de la lesión ya que no se ha encontrado ningún caso de tumor maligno primario originado en una lesión de glositis romboidea media.

LENGUA NEGRA VELLOSA

La lengua negra verdadera es un trastorno caracterizado por alargamiento de las papilas filiformes, y desarrollo de un hongo que produce un pigmento negro. Cuando las papilas filiformes alcanzan 3 mm de longitud o más, es cuando la lengua presenta el aspecto vellosa.

Se debe distinguir de la pseudolengua negra, cambio de color en la capa superficial debido a frutas, dulces, medicamentos o fármacos, o de la pigmentación superficial debida a la descomposición de la sangre. El color anormal de la lengua suele depender de sustancias extrañas.

Se ha observado también que al bajar el ph de la lengua ofrecía más resistencia el órgano al desarrollo de lengua negra.

La lengua negra se debe a un crecimiento excesivo de bacterias, mohos u hongos productores de pigmentos, que se acompañan de aumento de las capas superficiales del órgano.

La terapéutica tomada para otras enfermedades por vía oral como antibióticos, penicilina, tetraciclina, griseoflúvina disminuyen por productos de la flora bucal sim

biótica normal, inhibiendo el desarrollo de hongos y la formación de esporas. Otros antibióticos como la aureomicina estimulan el desarrollo de las levaduras. Si aparece lengua negra vellosa durante el tratamiento con antibiótico, puede volver a presentarse al emplear de nuevo éste medicamento en fechas posteriores.

La lengua vellosa negra se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta y en ambos sexos.

TRATAMIENTO

Es inofensiva y suele curarse espontáneamente, no es necesario suspender el antibiótico causal, sino que hay que cepillar la lengua con mayor frecuencia posible, en la mayoría de los casos el pronóstico es excelente.

GLOSOPIROISIS - GLOSODINIA

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

La lengua dolorosa o ardorosa puede constituir - una manifestación temprana, en general inespecífica, de un - trastorno general; puede ser también de origen local, o in-- cluso psicógeno.

La glosodinia se acompaña frecuentemente de se-- quedad en la boca, pueden existir agentes etiológicos múlti-- ples. Debe percatarse de la importancia de comprender al - paciente, ya que en general padece diversas enfermedades ge-- nerales reales o imaginarias, se trata de pacientes nervio-- sos y tensos en quienes los factores irritativos locales de-- sempeñan un papel de primer plano, suele ser de origen psico-- somático.

En las mujeres menopáusicas, puede relacionarse con cancerofóbia. En la parálisis agitante, alcoholismo -- crónico, neurosis de ansiedad y esclerosis múltiple, puede - encontrarse glosodinia acompañada de temblor de la lengua.

VIII
ALTERACIONES DE LA CAPA SUPER-
FICIAL DE LA LENGUA .

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

En una época se pensaba que el aspecto de la lengua podría indicar el grado de salud de todo el tubo digestivo; no es exactamente así; pero en ciertas deficiencias nutricionales, se observan manifestaciones linguales digestivas comunes.

Algunas enfermedades generales pueden acompañarse de cambios de la lengua.

En la glositis atrófica, la cubierta protectora de la lengua es inadecuada, pueden aparecer lesiones de hiperqueratosis por irritaciones menores.

No se ha descubierto una predisposición a las lesiones malignas en las lenguas atróficas.

ATROFIA DE LA CUBIERTA SUPERFICIAL
DE LA LENGUA

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

Ciertos factores fisiológicos pueden afectar la cubierta lingual, que siempre es más pronunciada en la mañana, después de una noche de sueño, cuando los tejidos de la cavidad bucal se encuentran en estado de relativo reposo.

Cuando hay atrofia en la capa que recubre la lengua, desaparecen primero las papilas filiformes y luego las fungiformes. Si el trastorno no es muy grave, ni muy prolongado, las papilas se regeneran, apareciendo primero las fungiformes y luego las filiformes. Las papilas calciformes y foliadas no participan de estos cambios, estos pueden considerarse como estructuras anatómicas más o menos constantes.

Los cambios atróficos de las papilas pueden deberse a una deficiencia de uno o varios sistemas enzimáticos de oxidasas. La falta de hierro o la incapacidad de utilizar este elemento, trastorna la función de enzimas de citocromos o de Warburg. La deficiencia de ácido nicotínico o la falta de riboflavina impide la función de los sistemas -

enzimáticos a base de flavina y piridina.

LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA

La lengua se lesiona con frecuencia al interponerse entre los dientes durante caídas, peleas, ataques epilépticos, mordeduras accidentales o a veces lesiones infligidas en el consultorio del cirujano dentista.

Son frecuentes durante los ataques epilépticos - las laceraciones linguales que producen cicatrices importantes, a veces con deformidad, debe administrarse anestésia general. Estas cicatrices deben distinguirse de las que se observan en la sífilis crónica.

En ocasiones se producen traumatismos linguales durante intervenciones quirúrgicas sobre la boca. Las pinzas o los elevadores pueden resbalar y lesionar la lengua; también puede haber laceración al fracturarse un diente.

Las heridas de la lengua siempre deben suturarse aunque la hemorragia se puede controlar sin recurrir a la sutura.

GLOSITIS DE MOELLER

No es seguro que la glositis de Moeller represente una entidad clínica separada. En éste síndrome se encuentran en la cara superior de la lengua zonas dolorosas -- bien delimitadas que carecen de papilas.

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

El síntoma más característico en éste síndrome es un dolor quemante intenso. El inicio es progresivo y el transtorno se localiza en la zona de lesión, que se localiza generalmente en la punta y en los bordes de la lengua. En general el dolor aumenta al ingerir alimentos o líquidos calientes o muy sazonados. Con frecuencia los pacientes se quejan de la pérdida del sentido del gusto.

Es raro que estas lesiones se extiendan y se confundan; esto ayuda a distinguir las de la glositis migratoria benigna. Al hacerse un diagnóstico de glositis de Moeller deben descartarse el eritema multiforme y las erupciones medicamentosas de tipo fijo.

Es conveniente considerar el síndrome de la glositis de Moeller como secundario a alguna enfermedad general que debe buscarse para aplicarle un tratamiento específico.

En las primeras etapas de la anemia hipocrómica, la lengua puede presentar los síntomas mencionados, pero -- cuando la anemia hipocrómica se vuelve más intensa la lengua palidece y presenta una atrofia difusa de los músculos y la cubierta papilar.

Los medicamentos locales solo permiten aliviar - el dolor momentáneo.

LENGUA SUPERNUMERARIA

Es necesario distinguir la lengua supernumeraria de la lengua bifida, se han comunicado algunos casos pero - son muy raros.

Iwata, Sercer y Menzel han descrito una estructura parecida a la lengua que se proyecta desde el pilar consilar en lugar de una amigdala.

En asociación con ésta anomalía ha habido apla--sia parcial del paladar blando, atresia de la oreja y en un paciente (Menzel) parálisis facial.

Estos casos tal vez hayan sido ejemplos del síndrome del primero y segundo arcos branquiales.

LENGUA HENDIDA

La parte de la lengua anterior a las papilas --
circunvaladas está formada a partir de dos tubérculos lateral
les que se fusionan en la línea media entre la cuarta y quina
ta semanas embrionarias. La falta de fusión de los tubércul
os dá lugar a una lengua hendida (bífida, lobulada).

La lengua lobulada, es decir, la división de la
lengua es dos, tres o cuatro lóbulos, está asociada con el -
síndrome orofaciodigital.

La lengua bífida también se observa en asocia---
ción con una hendidura mediana de la mandíbula, también pue-
de ocurrir como un fenómeno aislado o combinado con paladar
hendido.

ANQUILOGLOSIA PARCIAL

La anquiloglosia parcial (lengua atada) se debe a la cortedad congénita del frenillo lingual o una fijación que se extiende desde la mucosa gingival lingual hasta cerca de la punta, restringiendo la extensión de la lengua.

Keizer y Stucke describieron anquiloglosia en tres generaciones. Uno de los niños de la tercera generación, tenía una anquiloglosia más extensa, estando la porción marginal lateral de la lengua fusionada con el suelo de la boca.

Había diastemas asociados con un frenillo hiperplásico en las áreas incisivas superior e inferior, puede ser de origen hereditario.

La anquiloglosia también se ha observado asociada con labio leporino - paladar hendido, síndrome de la fosa labial congénita, pero esta combinación no es frecuente.

También hay casos de anquiloglosia en el síndrome orofaciodigital y con mandíbula hendida, la anquiloglosia parcial aislada no es conocida.

ANQUILOGLOSIA TOTAL Y LATERAL

La fijación completa de la lengua al suelo de la boca o a la encía alveolar debe ser extremadamente rara en vista de la escasez de casos comunicados.

En dos de tres comunicaciones había también una anomalía en una extremidad, se observó la misma en la abuela del niño con ésta malformación.

Estos casos son del síndrome del primer y segundo arcos branquiales.

ANQUILOGLOSIS GLOSOPALATINA

La fijación de la punta de la lengua al paladar duro puede estar asociada con otras anomalías (síndrome de anquiloglosia superior). Las manos y pies presentan frecuentemente alteraciones. Un lado puede estar alterado, mientras que el otro es normal.

Estas anomalías han sido sindactilia, hipoplasia del pulgar, clinodactilia, peromelia, atrofia de la piel de los dedos, ausencia de las uñas, ectodactilia y ausencia de los huesos tersianos.

Se ha observado la asociación con parálisis facial y con parálisis del sexto nervio craneal, así como una anencefalía.

La lengua está fijada al paladar duro o cresta alveolar superior. Si hay también paladar hendido, la lengua está fijada al borde inferior del tabique nasal.

La fijación lingual tiene lugar en la parte anterior de la lengua, a veces la punta de la lengua ha estado ligeramente hendida. Ha habido hipoplasia de la porción central del labio superior y subdesarrollo de la mandíbula

MOVIMIENTOS ANORMALES DE LA LENGUA
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 por el medio ambiente
te.

El origen de la lengua tubular no es totalmente
genético, punto de vista que está de acuerdo con la falta de
concordancia de ésta característica en gemelos idénticos.

El movimiento o el doblamiento hacia arriba de -
la lengua, que es la capacidad de sacar la lengua más allá -
de los labios y doblar la punta hacia atrás sobre el cuerpo
de la lengua sin ayuda de los dientes, a este movimiento se
le llamó de carácter recesivo genético.

El movimiento de girar la lengua de un lado al -
otro, es debido a un gen denominante autosonómico, mientras
que el acto de doblar sería debido a un recesivo autosonómico
co.

El acto de girar la lengua como el de doblarla -
presentan mayor coordinación entre los gemelos monocigóticos.

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 trébol. No se ha establecido si ésta anomalía es genética.

Se han comunicado varios casos de personas que pueden colocar la punta de la lengua por detrás del paladar blando y dentro de la nasofaringe.

También hay personas que pueden tocarse la punta de la nariz con la lengua, pero este movimiento se observa con más frecuencia.

GLANDULA TIROIDEA LINGUAL

La presencia del tejido tiroideo dentro de la lengua indica una detención parcial o incompleta del descenso embriológico de esta glándula.

Puede haber tejido heterotópico en cualquier parte a lo largo del trayecto normal del conducto tirogloso, la localización más frecuente es la base de la lengua en el foramen caecum. Cuando es superficial, suele sobresalir, tiene color purpúreo y es almenada, algunas veces origina hemorragias. Se ha observado dentro del cuerpo de la lengua, - situación sublingual y raras veces en la porción anterior de la lengua.

Los pacientes con tiroides heterotópico no hay - tejido tiroideo en la localización normal, su extirpación -- puede provocar un mixedema.

El nódulo tiroideo desplazado es en ocasiones -- asiento de un adenoma o carcinoma.

El nódulo heterotópico mide aprox. 2 cm a 3 cm y es semejante al de una glándula tiroidea normal, aunque la -

encapsulación es menos bien definida, lo cual puede llevar al diagnóstico erróneo del carcinoma. Muy pocas veces hay - disfagia, disfonía y disnea. Este trastorno es más frecuente en mujeres, volviéndose la masa aparente en la pubertad o durante el embarazo y tendiendo a variar en tamaño.

El diagnóstico establecido mediante biopsia suele efectuarse mediante el uso de yodo radiactivo.

El tiroides lingual da una sensación de solidez a la palpación, lo cual sirve para diferenciarlo de una amígdala lingual hipertrofiada.

SINDROME OROFACIODIGITAL

Está caracterizado por pseudohendiduras de la línea media del labio superior y partes laterales del paladar duro, hendiduras de la lengua y paladar blando, frenillo hiperplásico, anomalías de los dedos y limitación de sexo femenino.

Este síndrome al parecer se transmite como un carácter dominante ligado al cromosoma X que es letal en varones.

El abombamiento frontal, hipertelorismo ocular e hipoplasia unilateral del orificio de la nariz se combinan con los signos mencionados antes para dar una facies bastante característica. El desarrollo intelectual, las alteraciones esqueléticas son cierto aplanamiento del ángulo nasión-silla-basion y acortamiento, engrosamiento y osteoporosis de los dedos. Estos se hallan frecuentemente mal formados.

Las manifestaciones bucales más llamativas son las hendiduras asociadas con hiperplasia del frenillo, suele haber una pequeña hendidura del labio superior que penetra -

el borde bermellón. Al retraer el labio se observa que hay un ancho frenillo reduplicado engrosado o hiperplásico asociado con una pseudohendidura. Esto elimina en parte el pliegue mucobucal en esta zona.

Frecuentemente no es posible una retracción completa a causa de estas bandas.

El paladar esta hendido completamente lateralmente, extendiéndose profundos surcos bilaterales medialmente desde los frenillos bucales maxilares; el paladar queda dividido en una porción anterior que contiene los incisivos y caninos y dos procesos palatinos posteriores.

El paladar blando esta con frecuencia hendido completa y asimétricamente. En algunas personas se extiende una gran cresta ósea desde la cresta alveolar medialmente hacia la línea media en el área canino-bicuspidé, teniendo cierta semejanza con un torus desplazado.

El pliegue mucobucal inferior hay numerosas bandas fibrosas gruesas que eliminan el surco, hienden la crestahipoplástica inferior y, por extensión, bifurcan, trifurcan o tetrafurcan la lengua.

Son frecuentes la malposición de los dientes caninos maxilares, caninos y bicúspides supernumerarios e infraoclusión.

Se observó la aplasia de los incisivos laterales mandibulares, debido al efecto de las bandas fibrosas sobre los gérmenes dentales en desarrollo.

La mandíbula se ha descrito como pequeña o hipoplásica con una rama corta.

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR

Una enfermedad ampollar hereditaria, presenta 4 variantes. El tipo simple heredado de forma dominante suele presentarse en los puntos de presión y se manifiesta en la infancia. Un tipo distrófico que origina una cicatrización variable e incluso la pérdida de las extremidades distales se subdivide en una forma menos grave, transmitida con herencia dominante, y una forma más más mutilante transmitida con herencia recesiva.

La cuarta variante, una forma letal recesiva asociada con una atrofia esquelética, suele terminar fatalmente en los tres meses de la vida.

Las lesiones orales que se observan se caracterizan por eritema, ampollas y ulceraciones, pueden producir o no escarificación, puede sobrevenir una degeneración maligna.

El cuadro histológico habitual es el de una ampolla subepitelial con inflamación dérmica subyacente, o sin ella, que puede contener eosinófilos.

En la epidermosis ampollar simple y en las formas más leves de la variante distrófica, las ampollas aparecen a veces en localizaciones intraepiteliales, estos se han interpretado como evidencia de reparación epitelial en la base -- más que como una diferencia en el lugar de origen de las ampollas.

LIQUEN PLANO

El liquen plano es una enfermedad de la piel y tónica mucosa, se desconoce su causa exacta, aunque la aparición de la lesión puede estar precedida por un stress emocional.

En la piel el liquen plano se presenta como lesiones escamosas múltiples, rojas o violáceas, que causan prurito y aparecen en cualquier parte del cuerpo. No obstante las superficies flexoras de la muñeca y pierna constituyen las localizaciones más comunes. Las lesiones son de distribución simétrica.

Las lesiones del liquen plano no son más frecuentes en la cavidad bucal que en la piel; menos del 50% de los pacientes con manifestaciones orales muestran lesiones cutáneas.

El liquen plano comprende cerca del 9% de las lesiones blancas de la mucosa bucal. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y su promedio de duración es de 45 meses. Aparece entre los 20 y 80 años siendo la edad promedio alrededor de los 49 años.

Las lesiones bucales del liquen plano pueden dividirse en:

- A) La variedad no erosiva, más frecuente.
- B) La variedad Bulosa o erosiva.

La proporción de pacientes que presentan variedad erosiva del liquen plano va aumentando aunque esto puede depender hasta cierto punto de la duración de la enfermedad en el momento de atender al paciente.

VARIEDAD NO EROSIVA

La variedad no erosiva del liquen plano no presentan síntomas, o muy pocos. Muchas veces el dentista es el primero en ver las lesiones, durante un examen general o el paciente puede notar una irregularidad o una irritación - en las mejillas o un ligero cambio de coloración de los labios.

Una vez identificadas las lesiones, el paciente suele preocuparse y vigilar de cerca su evolución. Esta - reacción no es sorprendente, en el interrogatorio a estos pa cientes revela en general una personalidad nerviosa con tem-

drato de cortetraciclina al 2%, tres veces al día durante - tres días, se puede lograr una mejoría momentánea, pero no se cura el fenómeno patológico.

Se cree que la vitamina A absorbida, combate la hiperqueratosis patológica.

peramento emotivo, y en ocasiones insomnios rebeldes.

Las lesiones del liquen plano suelen ser bilaterales; sin embargo, una lesión unilateral no descarta éste diagnóstico. No hay cambios observables de elasticidad o flexibilidad de los tejidos afectados bajo el dedo del examinador.

En ocasiones los cambios hiperqueratósicos de tono azulado tienen una distribución difusa y pueden afectar la mayor parte de la mucosa de la mejilla, constituyendo un problema de diagnóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento del liquen plano no erosivo, debe encaminarse al paciente, más que a la enfermedad haciéndole saber que su estado no es de gravedad y en los pacientes con cancerofobia deben recibir una atención especial a base de psicoterapia o con el complejo de sedantes como los barbitúricos.

En general la terapéutica medicamentosa es ineficaz pero pueden responder bien a lavados bucales con clorhi-

LI QUEN PLANO EROSIVO

En las primeras etapas, la lesión bulosa puede simular una vesícula de herpes. Más tarde se instala la erosión, que puede alcanzar algunos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. En ocasiones, en la periferia de las lesiones, puede verse un arco de extensiones dendríticas blanco azulosas dispuestas radialmente; esta morfología es fundamental para el diagnóstico.

Las lesiones bulosas pueden afectar la mucosa de las mejillas, los tejidos alveolares, anodontos, la lengua, las encías vecinas y el paladar.

Tales lesiones erosionadas, dolorosas, muestran fases de exacerbación que suele coincidir con trastornos emocionales, o con el período menstrual de la mujer, en ocasiones las zonas erosionadas y el dolor son casi constantes.

Deben buscarse cuidadosamente, en los labios de los pacientes susceptibles de sufrir liquen plano erosivo, las lesiones típicas lineales en forma de llama o dendríticas, se deben distinguir de las leves descamaciones que acompañan a las deficiencias nutricionales.

Dichas descamaciones desaparecen al humedecer y extender los labios; con la misma maniobra se acentúan las lesiones del liquen plano. Esta observación debe reañizarse con luz natural. Las lesiones mucosas de la estomatitis aftosa recurrente y las deficiencias hormonales pueden demostrar un cuadro clínico semejante al del liquen plano erosivo.

Las lesiones aftosas aisladas son más transitorias, y las que se observan en la menopausa se caracterizan por hipoqueratosis.

TRATAMIENTO

El tratamiento del liquen plano erosivo es sumamente difícil. Son raras las remisiones espontáneas, y suelen tardar mucho en presentarse. Se pueden prescribir trociscos de anestésicos o soluciones anestésicas como tratamiento sintomático en caso de dolor intenso. Puede emplearse también un antimicrobiano leve, pero no están indicados los antibióticos.

El pronóstico es muy malo en cuanto a la desaparición completa de la enfermedad.

En individuos con grandes lesiones de liquen pla

no erosivo, la atención del paciente y el alivio sintomático del dolor ponen a prueba la imaginación y la paciencia del -- clínico. La mayor parte de los pacientes llegan a sufrir -- una cancerofóbia que obligue a repetirles periódicamente que estas lesiones son relativamente benignas, conviene sugerir -- una consulta con el psiquiatra.

Es preciso mencionar el asunto de la degenera--
ción maligna de las lesiones erosivas.

IX
GRANULOMA FACIAL

El granuloma facial se caracteriza por los nódulos o placas rojizos aislados, en la cara.

Histológicamente, existe un denso infiltrado inflamatorio del corion superior y del mesocorion que contiene numerosos eosinófilos mezclados con algunas células plasmáticas, linfocitos, células cebadas, neutrófilos e histiocitos.

Este trastorno afecta a las estructuras orales, sobre todo a la lengua.

El granuloma traumático es ulcerado, dura de varios días a unas pocas semanas, e histológicamente se parece al localizado en la cara.

Se presenta en cualquier edad, en cualquier sexo y cura espontáneamente.

DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL BENIGNA

Heredada como una enfermedad dominante autosómica, se caracteriza por la presencia de placas engrosadas, -- blancas, asintomáticas, sobre la mucosa oral, y conjuntiva -- bulbar perilímbica hiperémica.

A menudo va acompañada de fotofobia y puede terminar en ceguera con proliferación de la córnea.

Suele aparecer en la lactancia y persiste durante toda la vida, puede confundirse con una leucoplasia. Existe hiperqueratosis variable, acantosis y células disqueratósicas eosinofílicas en la capa superior espinosa o mesospinosa, el llamado patrón de * células intracelulares * parecido a -- los cuerpos redondos, estos son especialmente evidentes si se emplea el método de Papanicolaou en células exfoliadas.

Las alteraciones en el corion son mínimas, no se han observado casos de degeneración maligna.

PAQUIONIQUIA CONGENITA

Enfermedad heredada de forma dominante autosómica, se caracteriza por un engrosamiento de la queratina subungueal de la porción distal de las unas.

Existen lesiones palmares, plantares, orales y corneales asociadas.

Las lesiones orales se caracterizan por placas blancas en la mucosa bucal, generalmente localizadas por detrás a lo largo de las líneas interdentes.

La lengua puede estar también afectada, por lo común se aprecian dientes natales.

Histológicamente, esta entidad se parece al nevo esponjoso blanco y a la disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria.

Existe una extensa paraqueratosis en ausencia de estrato granuloso, acantosis, edema intracelular y núcleos picnóticos.

NEVO ESPONJOSO BLANCO

Es una enfermedad heredada de forma autosómica dominante que puede existir al nacer o aparecer hacia la pubertad.

Se caracteriza por las placas esponjosas blancas en cualquier parte de la mucosa bucal, con variable afectación de la mucosa esofaríngea, anal, vulvar y vaginal.

El aspecto histológico es similar al observado en la paquioniquia.

ACANTOSIS NIGRICANS

Se manifiesta en forma de placas verrugosas, aterciopeladas, hiperpigmentadas localizadas generalmente en los pliegues cutáneos del cuello, axilas e ingle.

Las lesiones situadas en los labios y en la mucosa oral descritas como placas verrugosas han sido observadas hasta en un 50% de los pacientes, existen tres tipos generales cuya diferenciación es importante desde el punto de vista pronóstico.

A) Acantosis Nigricans Benigna.

Una genodermatosis heredada de forma autosómica dominante presente al nacer o que aparece en una fase posterior de la vida y que no va asociada con trastornos generales.

B) Acantosis Nigricans Maligna.

No genética, invariablemente asociada con un proceso maligno interno, por lo general un adenocarcinoma del conducto gastrointestinal.

C) Seudoacantosis nigricans.

Asociada con trastornos endócrinos o con obesidad, y reversible cuando la obesidad y el trastorno endocrino son corregidos.

Histológicamente, los tres tipos muestran hiperqueratosis y ensanchamiento de la zona espinosa, pero con eminencias estrechas, de forma que existe cierto parecido con --acantosis y atrofia. Existe una variable hiperpigmentación de la capa basal y la dermis no es llamativa.

La lengua y los labios se afectan muy a menudo y en grado máximo. El dorso de la lengua presenta hipertrofia y elongación de las papilas y produce surcos profundos, Pueden aparecer excrecencias papilomatosas en la lengua, labios, comisuras de la boca y mucosa bucal y palatal.

Las encías pueden estar igualmente afectadas.

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA

Transmitida como un rasgo autosómico dominante, se caracteriza por hemorragia de las mucosas (en especial de la nariz) .

Se encuentran mas a menudo en la piel y en la cara, en la piel alrededor de las uñas de los dedos de las ma--nos y de los pies y en la mucosa oral.

Las lesiones se localizan en la lengua, paladar, labios, mejillas y encías, manifestándose en forma de manchas rojas a púrpura que pueden ser maculosas o papulosas.

Las lesiones palidecen a la presión, pero no desaparecen por completo.

ACRODERMATITIS ENTEROPATICA

Es una rara enfermedad que suele empezar en los dos primeros años de vida, se caracteriza por diarrea, alopecia, dermatitis periorificial.

La dermatitis suele comenzar en forma de ampolla y vesículas, y acaba resolviéndose en forma de descamación y eritema.

Los hongos candida albicans suelen estar presentes en grandes cantidades en el conducto gastrointestinal.

Existe una capa saburral blanca de la lengua y de la mucosa bucal que parece candidiasis, muchos pacientes responden a la diyodohidroxiquinolina.

Histologicamente el cuadro es una dermatitis aguda o subaguda inespecífica, existen vesículas intraepidérmicas asociadas con grados variables de espongirosis, elongación del estrato reticular, edema y dilatación vascular de las papilas dérmicas, y un infiltrado dérmico predominantemente linfocítico e histiocítico.

NECROSIS LINGUAL ISQUEMICA

Es un raro trastorno, que se supone secundario a una embolia y a una enfermedad aterosclerótica generalizada.

Es posible que sean ejemplos de afectación lingual en la arteritis a células gigantes (llamada arteritis temporal).

Se ha observado palidez, claudicación intermitente, o una franca gangrena de la lengua.

FIBROSIS SUBCUTANEA ORAL.

El proceso puede afectar a varias zonas de la mucosa oral, faringe y esófago y parece ser algo más frecuente en mujeres. La etiología es desconocida.

El comienzo puede ser insidioso. La mucosa oral aparece en primer lugar que quema y luego se vuelve rígida, produciendo una incapacidad para protruir la lengua o para silbar.

La afectación del tejido retromolar produce trismo y disfagia y dolor referido en oídos, así como sordera.

El trastorno puede ir precedido o acompañado de formación de vesículas. Existen bandas fibrosas en la mucosa bucal, rafe pterigomaxilar y mucosa labial. La mucosa se vuelve blanca, pálida o pigmentada, de aspecto cicatrizal y firmemente adherida al tejido subyacente.

Las papilas de la lengua experimentan a menudo la atrofia. El proceso puede predisponer al desarrollo de leucoplasia.

AMILOIDOSIS

Se caracteriza por la acumulación de una gluco--
proteína fibrosa característica en los espacios extracelula--
res, puede presentarse una formación general primaria sin - -
trastornos asociados, o en una forma secundaria acompañando a
una amplia variedad de procesos inflamatorios crónicos tan di-
versos como la tuberculosis, la fiebre mediterránea familiar
y la artritis reumatoidea.

La amiloidosis está relacionada con la mieloma -
múltiple. Los repetidos estímulos antígenos, originan la --
producción de células plasmáticas formadoras de anticuerpos
y de células reticuloendoteliales productoras de amiloide que
liberan su contenido en la circulación.

Producen amiloide los tumores odontogénicos epi-
teliales calcificantes, el carcinoma medular de la glándula -
tiroides, y el adenoma pancreático, y esta sustancia se en---
cuentra en depósitos pancreáticos.

Los resultados se obtienen con la tioflavina T
con el microscopio fluorescente, o coloración directa con -
algodón.

LESIONES LINGUALES CAUSADAS POR
ESTADOS CRENCIALES DE -
VITAMINAS
TIAMINA (VITAMINA B)

La tiamina es importante para el metabolismo de los hidratos de carbono y se encuentran en cereales nueces, levadura, etc.

Las lesiones de la boca por deficiencia de vitamina B1 o tiamina rara vez son lo bastante raras para que el paciente busque atención especializada. Se dice que los estados carenciales de esta vitamina produce hipersensibilidad de la mucosa bucal e hipersensibilidad de los dientes.

La mucosa de la boca, la lengua y los tejidos de la encía pueden tener un aspecto satinado, con un color rosa peculiar. Es común en el crecimiento e hipertrofia de las papilas fungiformes, con persistencia de los relieves dentales, en los bordes de la lengua. Pueden aparecer versículas en la unión mucocutánea del labio. En esta misma zona cabe encontrar pequeñas fisuras como lesión inicial. En general las mujeres notan muy pronto estas fisuras, puede exis-

►
tir predisposición a erupciones herpéticas en deficiencia -
de tiamina y de complejo B en general.

La administración de tiamina y de complejo B cons-
tituye la terapéutica específica para este tipo de lesiones.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B₂ (RIBOFLAVINA)

La deficiencia de riboflavina en el hombre provo-
ca vascularización de la cornea, como queratitis, y más tar-
de ulceración corneana, queilosis, palidez peribucal y dema-
titis seborréica del pliegue nasolabial y la oreja.

La riboflavina existe en los huevos y en las ho-
jas verdes.

La unión cutáneomucosa de los labios, la lengua,
y en menor medida la mucosa de las mejillas muestran un co-
lor púrpura o magenta característico en la deficiencia de -
Riboflavina y el clínico puede tener a veces la impresión -
de una ligera cianosis.

Las papilas fungiformes están hipertrofiadas y edematosas y comunican al dorso de la lengua un aspecto -- granulosa especial.

Hay atrofia completa o parcial de las papilas - filiformes. Son frecuentes las lesiones inflamatorias, en especial en la punta y los bordes de la lengua.

También es común observar depresiones debidas a los dientes de dichos bordes.

La terapéutica vitamínica en individuos con poca fluorescencia lingual suele aumentar o restaurar ésta - hasta un nivel normal. Sin embargo, no debe considerarse - esta maniobra como prueba de deficiencia nutricional.

La carencia de riboflavina se trata por administración de 25 a 50 mg. de éste factor vitamínico, en varias dosis junto con otros componentes del complejo vitamínico B y de la vitamina C. Esta indicada la administración parenteral en caso de deficiencia grave o de absorción difícil. Quizá se requiera de una administración bucal o parental de larga duración.

DEFICIENCIA DE ACIDO NICOTINICO

El ácido nicotínico se encuentra en las carnes magras, hígado, patatas y verduras.

Cuando hay deficiencia de éste ácido la lengua se vuelve roja y brillante, en general sin papilas; no es raro encontrar úlceras superficiales ligeras o en las etapas iniciales de las deficiencias graves y de mayor duración, la lengua es dolorosa, de color rojo brillante, y carece totalmente de papilas.

Estas alteraciones papilares pueden ser reversibles o no, según la gravedad y la duración del trastorno. Las mucosas son muy rojas también y en general duelen mucho. Es común en la pelagra una gingivostomatitis ulceronecrotica secundaria. Responde bien a la terapéutica con nicotinamida y complejo vitamínico B.

Con frecuencia los pacientes con estomatitis presentan lesiones clínicas debidas a deficiencias nutricionales de otros elementos del complejo B.

Con frecuencia la deficiencia crónica de complejo B ocasiona crecimiento de la lengua, las parótidas y a veces las submaxilares.

El tratamiento consiste en dosis altas de niacina pues no provoca efectos indeseables. Las dosis elevadas de ácido nicotínico pueden dar lugar a una vasodilatación generalizada, enrojecimiento y cefalea punzante. Aunque estas reacciones pueden alarmar al paciente no son peligrosas.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B₁₂ (ACIDO FOLICO)

El ácido fólico llamado también sustancia o vitamina M o L se aisló en escamas amarillo brillante lanceoladas,

El ácido fólico se destruye fácilmente con el calor en medio ácido y en los alimentos en temperatura ambiente.

Es indispensable el ácido fólico para la función

del sistema hematopoyético (evita la anemia macrocítica nutricional, y estimula la formación de leucocitos). Los individuos con deficiencia de ácido fólico excrementan cantidades altas de ácido forminoglutámico con la orina.

Este ácido es específico en el tratamiento del Esprue síndrome de mal absorción que se caracteriza por diarrea, glositis, leucopenia y pigmentación de la piel. Las manifestaciones bucales son muy notables y algunos clínicos esperan que se presenten antes de establecer un diagnóstico!

El paciente se queja de sensación de lengua ardorosa y tambien mucosa bucal. La lengua se hincha con crecimiento y prominencia de las papilas fungiformes, aparecen fisuras superficiales en la lengua y son comunes las lesiones vesiculares herpéticas. En ocasiones se observa graves úlceras de la lengua y mucosa.

Existen generalmente queilosos angular con gingivitis. Estas manifestaciones pueden aparecer una vez instalado el Esprue.

Por lo general los síntomas bucales desaparecen rápido con la terapéutica de ácido fólico, complejo vitamínico B y vitamina C.

LESIONES TRAUMATICAS DE ORIGEN QUIMICO

PENICILINA

Los tejidos se vuelven de color rojo intenso apareciendo gran número de pequeñas erosiones dolorosas hasta verdaderas úlceras.

El paciente puede sufrir dolor lingual con exfoliación de papilas filiformes.

Un efecto colateral inquietante pero que no requiere la suspensión de la terapéutica, es la aparición de lengua negra vellosa. Los pacientes que desarrollan lengua negra al emplear cualquier antibiótico suelen mostrar otra vez el trastorno en caso de una nueva administración'

TETRACICLINAS

Produce cambios inflamatorios de la mucosa bucal. La administración tópica o parenteral va seguida en ocasiones de queilitis, una estomatitis difusa con glositis. Los síntomas más comunes son sequedad de la boca con ardor, dolor y prurito. Estos pacientes pueden presentar lesiones

que hagan pensar en estomatitis herpética aguda. Si el clínico no tiene presente estas reacciones alérgicas puede incurrir en el error de prescribir otros antibióticos.

Otro efecto colateral de los antibióticos de tipo tetraciclina es la tendencia a la aparición de infecciones secundarias por moniliasis. Estas infecciones no siempre se limitan a la cavidad bucal. La moniliasis bucal secundaria a la aplicación de antibióticos de amplio espectro es más frecuente en el adulto.

ESTREPTOMICINA

La administración de estreptomicina puede acompañarse de erupción medicamentosa o dermatitis. Así mismo - - otra reacción indeseable con el uso de estreptomicina o de dihidroestreptomicina es la parentesis circunbucal.

Esta terapéutica puede dar lugar a una variedad grave de estomatitis erosiva. Se han observado edema de los labios y úlceras superficiales de la mucosa labial de la lengua.

Estos síntomas pueden aparecer un tiempo después de suspendida la terapéutica con estreptomicina.

CLORAMFENICOL

Después de administrar cloramfenicol, se señalaron reacciones raras, pero que pueden ser graves e incluso mortales como púrpura trombocitopenia.

También se observaron estomatitis difusa, faringitis, y glositis.

ACTINOMICINA D

Este antibiótico se aplicó por vía intravenosa durante cinco días para el tratamiento del cáncer avanzado.

Casi el veinte por ciento de los pacientes sufrieron úlceras de la lengua, del piso de la boca o del paladar blando entre los días quinto y decimoquinto del tratamiento. Las úlceras persistieron de cuatro a diecisiete días.- Pueden emplearse trociscos anestésicos para el ali-

vio sintomático del dolor.

Al suprimir el fármaco, cicatrizan pronto las le
siones bucales.

XII

TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS DE LA LENGUA

MUCOCELE.

El mucocele es un quiste que contiene mucus; aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal y comprende 2.8% de las biopsias orales. Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Si se localiza profundamente, la palpación pone en manifiesto una formación circunscrita que se desplaza con facilidad; con excepción de la mitad anterior del paladar duro (que carece de glándulas salivales) puede producirse en cualquier otro lugar de la cavidad bucal.

Los labios y la lengua constituyen los sitios -- preferidos, las lesiones superficiales se abren frecuentemente y, luego de descargar una sustancia mucoide viscosa, se colapsan. Apenas parecen haber curado, recidivan.

Esta secuencia clínica de ruptura, descarga y recurrencia puede continuar durante meses.

Microscópicamente la lesión plenamente desarro--

llada consiste en una cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por esta sustancia pueden observarse células redondas, tumefactas al parecer en degeneración. El revestimiento del quiste habitualmente está formado únicamente por tejido de granulación y, en circunstancias extremadamente raras por epitelio.

La glándula salival así como el tejido conectivo en la vecindad del mucocele, muestran infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

En un estado temprano de mucocele, como en uno que se ha abierto y descargado, no resulta posible reconocer ninguna cavidad quística nítidamente delimitada y la lesión consiste en una infiltración difusa de la zona afectada con mucus.

Los mucocelos se forman como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una glándula salival, posterior a la acunulación de saliva de los tejidos.

Por consiguiente el tratamiento es la eliminación del quiste junto a la glándula asociada.

Como las glándulas salivales menores están cerca de la superficie, suelen extirparse junto con el mucocele, luego de lo cual se lleva a cabo una curación.

QUISTE MUCOSO

El quiste mucoso es una rara lesión quística de la cavidad bucal, que suele aparecer en los labios, mejillas o lengua.

Se trata de un pequeño crecimiento remitente, - cuyo tamaño pocas veces excede de unos pocos milímetros.

Microscópicamente se caracteriza por una cavidad quística llena de mucus, revestida por un epitelio cúbico o cilíndrico que consiste en células mucosas.

Esta lesión se diferencia del mucocele en que su causa no radica en la ruptura del conducto, en que está revestida de epitelio y que no se asocia, por lo general, con glándulas mucosas.

La escisión quirúrgica es curativa.

QUISTE LINFOEPITELIAL

El quiste linfoepitelial de la cavidad bucal - tiene un tamaño que oscila entre tres milímetros. Se -- trata de una lesión libremente desplazable y no ulcerada, - que puede perdurar pocos meses o muchos años.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, y aparecen entre el lapso comprendido entre los 15 y 65 años (promedio 36 años). Alrededor del 65% de las lesiones - se presentan en el piso de la boca, y cerca del 40% en la - superficie lateral y ventral de la lengua. En raras oca-- ciones en el paladar blando o en la zona palatoglosa.

Microscópicamente es un quiste bien circunscrito revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado de - una densa zona de linfocitos, toda la lesión está cubierta por la mucosa oral.

El tratamiento consiste en una simple enuclea-- ción. Se cree que ésta lesión se origina en una formación de la mucosa bucal que se denomina amígdala bucal. Se tra-- ta de estructuras nodulares circunscritas, de uno a tres mi-- límetros que se observan en la mucosa del paladar blando, -

superficie ventral y piso de la boca. Aproximadamente de 20% de la población las padece.

Estan compuestas por una cripta revestida de epitelio y circundada por tejido linfoide denso.

PAPILOMA

El papiloma es un tumor benigno, que comprende - cerca del 2% de las biopsias bucales. Puede aparecer en - cualquier lugar de la cavidad bucal, pero las localizacio-- nes habituales son los labios, la lengua, el paladar y la - úvula. Los pacientes pueden ser de cualquier raza, edad o sexo.

Clínicamente, el papiloma de la cavidad bucal es un crecimiento pedunculado con forma de coliflor y de color blanco, en el interior de la cavidad bucal las lesiones son de consistencia blanda, en tanto que las expuestas en - los labios suelen ser ásperas y escamosas.

Los cortes microscópicos revelan una lesión con forma de coliflor compuesta por un tallo delgado y numerosas proyecciones digitales. Las proyecciones están cubiertas por un epitelio escamoso estratificado y poseen un número de tejido conectivo laxo. El epitelio puede mostrar hiperqueratosis, siendo por lo demás normal. Los papilomas no experimentan transformaciones malignas a diferencia de - lo que ocurre en otras localizaciones, como la vejiga urinaria o el tracto gastrointestinal.

HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA

En presencia de una serie de afecciones, como es el caso de las úlceras crónicas infecciosas micóticas y sequestros óseos, el epitelio de la cavidad bucal puede experimentar una proliferación semejante a la de un tumor benigno. Además la hiperplasia epitelial y los crecimientos tumorales pueden presentarse incluso sin causa aparente. Estas proliferaciones reciben el nombre de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, puede ser primaria (ideopática) o secundaria.

Clinicamente la lesión puede ser una úlcera, un nódulo o una placa.

Las localizaciones habituales son los labios, la lengua y las crestas alveolares.

Las características microscópicas revisten mucha importancia y constituyen la única base para el diagnóstico.

Consisten en una acentuada proliferación del epitelio y una invasión aparente de los tejidos subyacentes.

La proliferación epitelial se aparece superficialmente a un carcinoma de células escamosas, no obstante todas las células epiteliales son normales y no muestran disqueratosis. La ausencia de disqueratosis es el único criterio para el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de crecimiento.

La lesión no produce metástasis; como puede causar infiltración local, la escisión constituye el mejor tratamiento. Algunas personas mejoran espontáneamente.

El término de queratoacantoma (o también molluscum sebaceum, carcinoma autocurativo, verrugoma) se aplica a una lesión cuya característica es una hiperplasia pseudoepiteliomatosa exuberante. Originalmente constituye una lesión de la piel, sin embargo aparece también en los labios, la lengua y la cresta alveolar. Suele afectar a los caucásicos en la tercera década de la vida o después.

Clínicamente se presenta como una lesión caracteriforme que contiene una masa de queratina y que cuyo tamaño oscila entre 0.5 cm y 2 cm. Los cortes microscópicos ponen de manifiesto una lesión con una depresión central de queratina, alrededor de la cual, el epitelio muestra una acentuada proliferación (hiperplasia pseudoepiteliomatosa). Sin

embargo no hay disqueratosis, lo que representa la diferen-cia mas importante con el carcinoma de células escamosas.

FIBROMA POR IRRITACION

Este fibroma comprende cerca del 7.5% y constituye un crecimiento tumoroidal más común de la cavidad bucal. Es la resultante de una irritación local. Se presenta como -- una lesión elevada, pedunculada o sesil, habitualmente con el color normal de la mucosa, aunque puede ser más pálida, su -- tamaño oscila entre pocos mm y algunos cm, pueden presentarse en cualquier lugar de la cavidad bucal; sin embargo, las regiones más frecuentes afectadas son la lengua, la mucosa oral y los labios, suele asociarse con una irritación local, como - la succión de la mejilla a través de un espacio interdental o edentado, al morderse los labios o el empuje de la lengua contra un diastema.

El fibroma por irritación se compone principalmente de colágeno denso, que muestra zonas de hialinización y escasos de vasos sanguíneos.

El número de células inflamatorias, si se extienden es mínimo, y toda la lesión está cubierta de epitelio escamoso estratificado, ya que puede presentar paraqueratosis.

El tratamiento del fibroma por irritación consiste en la escisión quirúrgica. No obstante si la causa persiste, la lesión vuelve a aparecer.

GRANULOMA PIOGENICO

Es un crecimiento semejante a un tumor que aparece a cualquier edad. Comprende cerca del 1.8% de todas las biópsias bucales y es algo más frecuente en las mujeres que en los hombres. Aproximadamente el 75% de las lesiones afectan a la encía; el porcentaje restante se distribuye en mejillas, labio, lengua, paladar, pliegue mucobucal y frenillo, en orden descendente de frecuencia. Las lesiones gingivales son más comunes en el maxilar que en la mandíbula, en la superficie bucal, más que en la lengua y en la parte anterior de los maxilares más que en las regiones posteriores.

Con excepción del área lingual correspondiente a los molares inferiores, las lesiones aparecen en todas las regiones de la encía.

El granuloma piogénico aparece habitualmente como un crecimiento elevado, blando, pedunculado o de base ancha, con una superficie roja suave, frecuentemente ulcerado, que sangra con facilidad y puede presentar el aspecto de una frambuesa. Su duración es de semanas a meses.

La lesión está parcial o completamente cubierta de epitelio escamoso estratificado, y cerca del 65% están ulceradas en parte o casi en su totalidad; un exudado fibrinoso cubre las zonas ulceradas. El grueso del tumor se compone de gran cantidad de pequeños capilares dispuestos a menudo en islotes o lóbulos, con tejido conectivo edematoso interpuesto. Es posible observar una infiltración leve o densa de leucocitos polimorfonucleares, plasmocitos y linfocitos.

La causa del granuloma piogénico es desconocida sin embargo por el hecho de que esta compuesto esencialmente de tejido de granulación, se cree que la lesión representa una reacción exagerada de los tejidos a algún --traumatismo local.

El tratamiento consiste en la escisión. A pesar de que constituyen lesiones benignas, el 16% recidiva después de la extirpación.

XIII

CIRUGIA DE LA LENGUA.

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

La cirugía está encaminada al tratamiento de tumores benignos, ya que los casos de malignidad, epitelomas o carcinoma; por ser éste órgano tan vascularizado linfáticamente, la difusión es extensa y rápida, por lo cual debe hacerse, no sólo la amputación total de la lengua, sino también la exéresis de la cadena linfática del piso de la boca y del cuello, lo que significa una intervención mutilante y casi siempre inútil, ya que la metástasis del mediastino - no pueden ser evitadas, ni controladas. En estos casos la radioterapia es el tratamiento indicado.

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

Los tumores benignos más frecuentes son los quistos

tes, que pueden ser removidos en forma habitual: enucleación cerrada del tumor con una cápsula.

Pueden encontrarse en la mucosa lingual 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, pueden encontrarse bocios o estrumas linguales, su extirpación es sólo indicada cuando ocasionan trastornos funcionales.

A éstas formaciones se les ha dado la significación de restos de tejido tiroideo a cuya extirpación total siguen manifestaciones de caquexia estrumitativa, o fenómenos de déficit glandular de larga duración.

Se pueden encontrar formaciones de quistes en la terminación del conducto tirogloso, que por su aspecto estructural fácilmente se diferencian de los anteriores.

Su tratamiento es la extirpación por enucleación cerrada.

Como padecimiento congénito, del dominio quirúrgico, pueden mencionarse la macroglosia, cuyo tratamiento conciste en la extirpación cuneiforme de un fragmento de la parte central y anterior de la lengua y así lograr su normalidad por medio de plastia reductora.

El principal problema en la cirugía de la lengua estriba en la hemorrágia, que con frecuencia obliga a practicar una ligadura previa de la arteria lingual, cuando la porción por amputar es lateralizada, en caso de que la intervención sea media, hemostasis, tendrá que hacerse directamente sobre el campo quirúrgico por pinzamiento de los vasos sanguíneos, ya que la ligadura de ambas arterias linguales acarrearía la gangrena del órgano.

En las amputaciones parciales de la lengua, hay que hacer la reconstrucción, de tal forma que quede un muñón útil para desempeñar la función propia de éste órgano.

Se hace la extirpación cuneiforme de un área mayor que la tumoral, que permite 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 a través de su espesor.

Por transfixión, se hacen dos cortes angulados, de la línea media hacia el borde, se hace la hemostásis, se realiza la plastia afrontando y suturando los bordes de la herida.

Cuando la amputación es más o menos amplia, no es raro que sobrevenga un edema que impide el paso del aire por obturación de la rinofaringe, si hay sospecha de que esto pueda ocurrir es conveniente practicar previamente una traqueostomía para asegurar la entrada del 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 se encuentra entre las dos arcadas y se produce un choque en el borde cervical de la mandíbula. Esto es frecuente en los niños y el tratamiento se limita a realizar 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.

XIV

C O N C L U S I O N

Al terminar esta tesis, podemos decir que es indispensable el estudio, en un estado normal del órgano desde el punto de vista de su histología, anatomía, embriología y fisiología, para que el cirujano dentista pueda localizar y distinguir las diferentes anomalías y alteraciones que son causadas por una u otra causa'

La exploración de la lengua es muy importante, ya que si existe alguna alteración o malformación en este órgano es donde nos damos cuenta del reflejo de muchas enfermedades del cuerpo humano.

Además existen padecimientos locales específicos de la lengua a los que muchas veces no se les dá importancia la cual se le debe tener, ya que pueden ser trágicas y a veces mortales para el paciente.

Por eso el principal objeto es el de tener ética y una conciencia profesional como cirujano dentista para el bien de la humanidad.

Debemos explorar perfectamente éste órgano de - vital importancia para cada ser humano y si encontramos - alguna afección debemos de indicar de inmediato lo que se debe hacer para evitar un mal mayor en el paciente.

Espero que esta tesis nos muestre poco o mucho de lo que se ha estudiado y escrito sobre éste órgano llamado * lengua *, sus afecciones, alteraciones, anomalías, padecimientos y algunas enfermedades para el bien de nuestros pacientes y la humanidad, para que el principal objeto sea el de servir siempre al paciente con toda nuestra sinceridad.

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

- 1.- Embriología Humana
Dr. Bradley M. Patten
3°Edición
Editorial Ateneo
Argentina, Buenos Aires.
- 2.- Tratado de Histología
Dr. Arthur W. Ham
Dr. Thomas Sydney Leeson
4°Edición
Editorial Interamericana, S.A.
- 3.- Anatomía Humana
Dr. Fernando Quiroz Gutierrez
Tomos I-II-III
Editorial Porrúa
- 4.- Compendio de Anatomía Descriptiva
Dr. Testut H. y Hatarjet A.
Editorial Salvat, S.A.
- 5.- Fisiología Humana
Dr. Fernando A. Housay
Editorial Ateneo
- 6.- Fisiopatología Bucal
Dr. Tiecek Stuteville C.
Editorial Interamericana, S.A.
- 7.- Medicina Bucal
Diagnóstico y tratamiento
Dr. Lester W. Burket
Editorial Interamericana, S.A.
- 8.- Patología Oral
Dr. Kurt H. Thoma
2°Edición
Editorial Uthea

- 9.- Patología Bucal
Dr. William G. Shafer
Dr. Barnet M. Hevy
Editorial Mundi
Buenos Aires
- 10.- Tratado de Odontología
Dr. Ciro Durante Avellanal
Vol. II
- 11.- Cirugía Odonto Maxilar
E.D.I.A.R. Soc. Anon. Editores.
Buenos Aires
- 12.- Patología Oral
Robert J. Gorlin
Henry M. Goldman
Editorial Mundi
Buenos Aires
- 13.- Técnicas Quirúrgicas
Dr. Palacio
- 14.- Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral
Dr. J. J. Pind - Borg
Editorial Salvat
- 15.- Anatomía Odontológica Orocervicofacial
H. Aprile
M. E. Figun
R. R. Garino
Editorial Ateneo
Buenos Aires.