



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA UNAM
CARRERA DE ODONTOLOGIA

LA LENGUA:
MEDIO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES
DIVERSAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
ANA MARIA ESPITIA MARTINEZ

San Juan Iztacala, México.

1979



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.

INDICE.

	Página.
Prólogo.....	1
<u>Capítulo 1</u>	3
<u>Generalidades de la Lengua.</u>	
1.1. Embriología.	
1.2. Histología.	
1.3. Anatomía.	
1.4. Fisiología.	
<u>Capítulo 2</u>	21
<u>Medios de Diagnóstico y Exámen de la Lengua.</u>	
<u>Capítulo 3</u>	27
<u>Anomalías Congénitas y de Desarrollo.</u>	
<u>Capítulo 4</u>	38
<u>Lesiones de Origen traumático.</u>	
<u>Capítulo 5</u>	53
<u>Lesiones Linguales Causadas por Agentes Alérgicos.</u>	
<u>Capítulo 6</u>	60
<u>Manifestaciones en Lengua por Deficiencias Vitamínicas.</u>	
<u>Capítulo 7</u>	67
<u>Anomalías Linguales Causadas por Discrasias Sanguíneas.</u>	

	Página.
<u>Capítulo 8</u>	79
<u>Manifestaciones Linguales de Enfermedades Sistémicas.</u>	
<u>Capítulo 9</u>	98
<u>Neoplasias Benignas en Lengua.</u>	
<u>Capítulo 10</u>	110
<u>Neoplasias Premalignas en Lengua.</u>	
<u>Capítulo 11</u>	113
<u>Neoplasias Malignas en Lengua.</u>	
<u>CONCLUSIONES.</u>	
<u>BIBLIOGRAFIA.</u>	

Prólogo.

Al hacer esta tesis, el fin que persigo es tratar de dar la importancia debida a un órgano, que si bien es pequeño en tamaño es también un centro fundamental para diagnosticar un sin número de enfermedades, por lo cual debemos estar conscientes de que todo Cirujano Dentista debe tener extensos conocimientos teóricos que lo capaciten para hacer un diagnóstico satisfactorio de -- las enfermedades que puedan presentarse en este órgano -- para llevar a cabo un buen plan de tratamiento.

Debido a que no se le ha conferido la atención necesaria por algún autor específico, es menester más el llevar a cabo una serie de Recopilaciones Bibliográficas para integrar los conocimientos existentes sobre dicha estructura.

Mi marcada inclinación hacia este tema surgió en el momento de realizar una inspección bucal cuidadosa de algunos pacientes y darme cuenta que un alto porcentaje presentaba, en Lengua, variados signos de enfermedades sistémicas importantes, los cuales por mis pocos conocimientos no me fue posible diferenciar satisfactoriamente y por lo tanto llegar a un diagnóstico adecuado, de tal manera que decidí ampliarlos en este tema -- que es de vital importancia dentro de la Odontología y así poder efectuar una correcta evaluación del paciente.

La Lengua es un órgano muy importante del Sistema Estomatognático que interviene en funciones esenciales como: Masticación, Deglución, Gustación y Fonación. Está compuesta por una parte relativamente fija que es la base y una móvil, formada principalmente de fibras musculares que la hacen susceptible a diferentes cambios de posición para realizar las funciones anteriormente mencionadas. Está situada en la parte media del espacio incluido en la herradura que forma la mandíbula.

Además de encontrarse en este órgano signos de enfermedades sistémicas, tiene alteraciones propias que van desde afecciones simples, pudiendo ocasionar imposibilidad funcional, mutilación de esta estructura, o bien

muerte del paciente, sin que en muchas ocasiones éste se percate de lo grave de su padecimiento.

Con ésto quiero decir que todos los Cirujanos -- Dentistas, debemos hacer entender que nuestra labor, no solo consiste en hacer extracciones dentarias, remociones de caries y restauraciones dentales, sino que nuestro campo de acción es bastante extenso y también que no solo podemos realizar tratamientos quirúrgicos de las alteraciones bucales en el nivel en que éstas se presenten, sino que también podemos prevenirlas, que es lo más importante y ésto lo vamos a conseguir con conocimientos y llevando a cabo una buena Odontología.

Es por ésto la importancia del papel que desempeña el Odontólogo al diagnosticar enfermedades sistémicas por medio de las manifestaciones clínicas, así como enfermedades propias de la Lengua; para ésto debemos contar con una interconsulta con el Médico General y así aumentar la eficacia en el cuidado del paciente, realizando un esfuerzo mancomunado hasta llegar al tratamiento adecuado.

A pesar de que este trabajo va a ser una Recopilación Bibliográfica, los objetivos que quiero alcanzar en éste, considero que no van a estar exentos de errores, pero lo llevaré a cabo con esmero, esfuerzo y dedicación y estoy segura que al llegar al fin del mismo voy a tener los suficientes conocimientos teóricos para ponerlos en práctica de acuerdo a los casos que se me presenten y así, no solo diagnosticar la Patología Lingual de que se trate, sino también elegir un adecuado plan de tratamiento, previniendo con estos conocimientos problemas mayores para el paciente.

Así pues estoy consciente que para llegar a una evaluación satisfactoria se necesita preparación, dedicación y estudio, ya se trate de padecimientos benignos, malignos o bien trastornos sistémicos que puedan manifestarse en este órgano.

Capítulo 1.

Generalidades de la Lengua.

1.1. Embriología.

Desde el punto de vista de su desarrollo, la lengua es considerada como un saco de membrana mucosa que se -- llena posteriormente con músculo en crecimiento.

Los arcos branquiales desempeñan un papel muy im -- portante en el desarrollo de la lengua.

Durante la quinta semana de vida embrionaria apare -- cen en la porción interna del arco de la mandíbula dos -- protuberancias mesenquimatosas, cubiertas por epitelio, -- las cuales son de forma oval y reciben el nombre de Pro -- tuberancias Linguales Laterales. Una pequeña proyección -- media se alza entre ellas, de forma hasta cierto punto -- triangular, esta elevación se llama tubérculo impar, que es el primer indicio del desarrollo de la lengua. Estos -- tres abultamientos resultan de la proliferación del meso -- dermo en las porciones ventrales del arco mandibular, los -- cuales aumentan considerablemente de tamaño y llegan a -- soldarse en la línea media de la lengua. Por detrás del -- tubérculo impar se forma otra elevación media llamada -- Cópula que une el segundo y tercer arcos branquiales for -- mando así una elevación media y central. La cópula se ex -- tiende hacia atrás desde el tubérculo impar hasta la pro -- tuberancia primordial que señala el comienzo de la Epi -- glotis.

A cada lado de la cópula se desarrolla tejido del mesodermo del segundo, tercer y cuarto arcos branquiales uniéndose íntimamente formando la estructura de la len -- gua.

El punto que une el primer y segundo arcos bran -- quiales está representado por el agujero ciego atrás del surco terminal, este punto es considerado como límite en -- tre el cuerpo y la raíz de la lengua.

La mucosa que cubre el cuerpo de la lengua, se ori -- gina a partir de las elevaciones linguales laterales del arco de la mandíbula.

Las papilas linguales se empiezan a formar desde -- la onceava semana del período embrionario; las papilas --

circunvaladas aparecen a la décimo segunda semana y las papilas gustativas a la décimo cuarta semana de vida intrauterina.

Debajo de la cubierta ectodérmica, se encuentra - una masa cinética de fibras musculares especializadas, - bien desarrolladas y preparadas para realizar las múltiples funciones que se tienen que llevar a cabo con este órgano.

Es aquí en esta estructura donde está más avanzada la actividad muscular.

Los músculos linguales se originan de masas mesodérmicas que, se derivan de los mioblastos que emigran desde los miotomas de los somitas occipitales.

Como en la formación de la lengua intervienen cuatro arcos branquiales y cada uno de éstos tiene un nervio, la lengua está inervada por los cuatro nervios de los arcos branquiales.

La inervación sensitiva del cuerpo de la lengua - se deriva de la rama lingual, rama del maxilar inferior y éste a su vez rama del nervio trigémino. Las yemas -- gustativas son inervadas por el nervio facial en sus -- dos tercios anteriores de la lengua. Las papilas circunvaladas en los dos tercios anteriores y la raíz de la - lengua son inervados por el nervio glossofaríngeo. La rama laríngea superior del vago inerva una pequeña área - de la lengua por delante de la Epiglotis.

Los músculos linguales son inervados por fibras - del nervio hipogloso que acompañan a los mioblastos desde los miotomas de los somitas occipitales.

Los órganos del gusto aparecen durante el tercermes de vida intrauterina. En el niño no son tan numerosos como en el feto, pero todavía se hallan diseminados por todo el dorso de la lengua y en la mucosa de los carrillos.

1.2. Histología.

La lengua es un saco de músculos estriados recubiertos por una membrana mucosa.

Las fibras musculares estriadas se entrelazan en los tres planos del espacio, separados por gran cantidad de tejido conjuntivo.

La mucosa se presenta fuertemente adherida a la masa muscular a causa de la penetración del tejido conjuntivo de la lámina propia entre las fibras musculares.

El epitelio es escamoso estratificado y un poco queratinizado.

La membrana mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa y debajo de ella se encuentra la submucosa. En la superficie superior, la mucosa muestra numerosas protuberancias pequeñas que le dan un aspecto rugoso e irregular, debido a la presencia de gran número de pequeñas elevaciones del epitelio oral y de la lámina propia que reciben el nombre de papilas linguales y son de tres tipos.

1.2.1. Papilas Filiformes.

Cada papila es una elevación cilíndrica de la lámina propia y de epitelio.

Cada una de ellas tiene una papila primaria cubierta de epitelio y forma revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias que de ellas se extienden.

1.2.2. Papilas Fungiformes.

La parte superior de cada papila primaria es anchura por lo cual presenta gran cantidad de papilas secundarias de la lámina propia; el epitelio puede ser muy delgado y translúcido.

En el epitelio pueden presentarse corpúsculos gustativos.

1.2.3. Papilas Caliciformes o Circunvaladas.

Cada papila tiene una papila primaria central de lámina propia. Hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde ésta, hasta el epitelio estratificado no queratinizado que cubre toda la papila.

1.2.4. Papilas Foliadas.

Son pliegues mucosos paralelos, que se encuentran en los bordes laterales de la lengua a nivel de la unión del cuerpo y la raíz.

Presentan corpúsculos gustativos en la mitad de su superficie vertical.

1.2.5. Botones Gustativos.

Son ovoides y notorios, de ellos depende el sentido del gusto, se encuentran dispuestos en el epitelio lingual de las papilas caliciformes y papilas fungiformes en la superficie del epitelio de la mucosa de la boca y garganta.

Presenta dos tipos de células:

1.2.5.1. Sostén o Sustentaculares.- Son fusiformes, - presentan núcleos esféricos debilmente coloreados, dispuestos a manera de duelas de barril, alrededor del poro gustativo interno.

1.2.5.2. Ciliares.- Se encuentran en número de cuatro a dieciseis en cada yema gustativa, son largas y delgadas, con un núcleo central alargado y cada una en la superficie apical libre tiene pestañas cortas gustativas- que sobresalen en la cavidad del poro gustativo externo.

En esta parte de la lengua se encuentran pequeñas prominencias y depende de acúmulos de nódulos linfáticos, muchos de ellos poseen centros germinativos que -- hay en la lámina propia, por debajo del epitelio plano estratificado, recibiendo el nombre de tejido amigdalario. El que se encuentra en el techo de la lengua constituye

la amígdala lingual.

El epitelio plano estratificado no queratinizado que envuelve el tejido linfático, se extiende hacia la profundidad de este órgano para formar cavidades que reciben el nombre de Criptas, por las cuales pasan los linfocitos a través de sus paredes epiteliales estratificadas hasta alcanzar la luz de éstas. Se encuentra solamente en el dorso de la lengua, cerca de los órganos del gusto, sus conductos se abren en el surco peripapilar de las papilas caliciformes, de éstas depende que se mantenga limpia y libre de restos la luz de las criptas.

Los linfocitos emigran a través del epitelio que recubre estas placas de tejido linfático, pero principalmente a través de las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta alcanzar la luz de éstas. Las células epiteliales superficiales del revestimiento de las criptas se descaman en la luz de éstas; el resultado es que la luz de las criptas pueden contener acúmulos de restos formados por linfocitos y células epiteliales descamadas.

1.3. Anatomía.

La lengua, es el principal órgano del sentido del gusto, tiene forma de cono, constituye gran parte del piso de la boca, parte muy importante para emitir el sonido y la palabra, es la que inicia el acto de la masticación y la deglución de los alimentos.

1.3.1. Conformación Externa.

Se divide en dos porciones, una anterior o bucal y la otra posterior o faríngea.

Presenta dos caras, dos bordes, una base y una punta.

1.3.1.1. Caras. - Las dos caras presentan una porción superior y otra inferior.

1.3.1.1.1. La cara superior está relacionada por adelante

con la bóveda palatina; por atrás con la cavidad de la faringe. En la parte media tiene un surco medio que la divide en dos partes simétricas, el cual termina hacia atrás a unos dos y medio centímetros de la raíz del órgano, en una depresión que recibe el nombre de agujero ciego, de aquí se origina un surco poco profundo denominado surco terminal dirigiéndose hacia afuera y a cada lado de la punta.

Las dos terceras partes de esta superficie es rugosa y está cubierta de papilas. En el tercio posterior hay tres repliegues que la unen a la epiglottis, es el más liso y contienen glándulas mucosas y folículos linfáticos.

1.3.1.1.2. La cara inferior descansa en el suelo de la boca, unida a la mandíbula por la mucosa que sale del suelo de la boca a la cara lingual de la encía.

Esta se eleva en la línea media formando el frenillo lingual, a cada lado de éste se elevan dos pequeños tubérculos y en el vértice de éstos se ven los orificios de los conductos excretorios de las glándulas sublinguales.

En las paredes laterales de esta cara se notan las dos venas raninas.

Bordes. - Son libres y redondeados, más delgados por delante que por atrás, esto corresponde a los arcos dentales.

Base. - Es ancha y gruesa, relacionada con:
Los Músculos Milohioideos y Geniohioideos.
Hueso Hioides.
Epilottis.

Punta o vértice. - Es aplanada de arriba a abajo, en su parte media se juntan los dos surcos medios superior e inferior.

1.3.2. Armazón o Esqueleto. - Está representado por dos membranas. La Membrana Glosohioidea y el Septum Me-

dio o Tabique Lingual.

La Membrana Glosohioidea, es una hoja fibrosa situada en la parte posterior de la lengua y dispuesta -- transversalmente. Se inserta por abajo en el borde superior del cuerpo del hioides para perderse en el espesor de la lengua.

El Septum Medio o Tabique Lingual, es una lámina-fibrosa colocada en la línea media, entre los dos músculos genioglosos, tiene forma de hoz cuya base se fija en el centro anterior de la membrana glosihioidea y con el hioides, su punta termina en el vértice de la lengua. Su borde superior es convexo, se dirige paralelamente a la cara dorsal de la lengua. Su borde inferior es cóncavo y está en relación con las fibras internas del geniogloso.

1.3.3. Músculos de la Lengua.

Son los encargados de dar forma y movilidad a la lengua, comprende 17 músculos; 8 pares y 1 impar y éstos a su vez se dividen en:

Extrínsecos. - Músculos que tienen su origen fuera de la lengua.

Intrínsecos. - Músculos que tienen su origen dentro de ella.

Extrínsecos:

Geniogloso.	par.
Hiogloso.	par.
Estilogloso.	par.
Palatogloso.	par.
Faringogloso.	par.
Amigdalogloso.	par.
Lingual Inferior.	par.
Lingual Superior.	impar.

Intrínsecos:

Transverso.	par.
-------------	------

1.3.3.1. Geniogloso.

Es el más voluminoso de los músculos de este órgano, de forma aplanada, extendido en abanico a cada lado del plano medio.

Orígen.- Se origina en un pequeño tendón de la apófisis geni superior, en la cara interna de la sínfisis mentoniana. Las fibras inferiores se dirigen hacia atrás y a bajo, hasta fijarse en la parte superior del cuerpo del hioides, sus fibras medias se dirigen hacia atrás para fijarse en la cara profunda de la mucosa, desde la membrana glosohioidea hasta la punta. Las superiores se dirigen hacia arriba penetrando en toda la longitud de la cara inferior, hasta la punta de la lengua.

Acción.- Cuando este músculo se contrae, se deprime --- fuertemente la lengua sobre el piso de la boca y sobre la cara posterior del maxilar inferior.

1.3.3.2. Hiogloso.

Es una hoja plana de fibras, tiene forma de un -- cuadrilátero situado en la parte lateral e inferior de la lengua.

Orígen.- Se origina en la parte lateral del cuerpo y en toda la longitud del hasta mayor del hioides. Estas porciones se dirigen casi verticalmente hacia arriba y penetra en la parte interna en la porción media del Estilogloso, aquí se doblan hacia adentro, haciéndose horizontales y mezclándose con los fascículos superiores -- del Estilogloso para terminar en el Septum Medio, desde la base hasta la punta de la lengua.

Acción.- Deprime la lengua y la tira hacia atrás.

1.3.3.3. Estilogloso.

Músculo alargado y delgado que va de las caras anterior y externa de la apófisis estiloides y en el liga

mento estilomaxilar a las paredes laterales de la lengua. Desde aquí se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante y se divide en el borde de la lengua en tres -- porciones y fascículos.

Fascículos Inferiores. - Que penetran entre las dos porciones del hiogloso y siguen en parte con el lingual inferior y en parte con el geniogloso.

Fascículos Medios. - Siguen el borde de la lengua hasta la punta.

Fascículos Superiores. - Se doblan hacia adentro y terminan en el Septum Lingual.

Acción. - Dirige la lengua hacia arriba y atrás aplicándola sobre el velo del paladar.

1.3.3.4. Palatogloso o Glosostafilino.

Situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar, desciende hacia afuera y luego se curva para terminar en la base y en el borde de la lengua, confundándose sus fibras con las del faringogloso y de la porción media del estilogloso.

Acción. - Dirige la lengua hacia arriba y atrás.

1.3.3.5. Faringogloso.

Es el fascículo lingual del constrictor superior de la Faringe, está representado por paquetes de fibras musculares, las cuales terminan confundándose con los fascículos del glosostafilino, del estilogloso y las fibras del lingual inferior.

Acción. - Dirige la lengua hacia atrás y arriba.

1.3.3.6. Amigdalogloso.

Es un delgado fascículo aplanado, nace en la apo-

neurosis faríngea a nivel de la amígdala y se dirige hacia adelante para perderse en la base de la lengua.- Cambia de dirección para hacerse transversal y se entrecruza con el del lado opuesto.

Acción.- Eleva la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

1.3.3.7. Lingual Superior.

Es un músculo impar, mediano, situado debajo de la mucosa de la cara dorsal de la lengua, desde la base hasta la punta.

Orígen.- Nace en la base de la lengua por tres fascículos: Uno medio que se desprende del pliegue glosopiglótico medio y dos fascículos laterales procedentes de las hastas menores del hioides. Estos tres fascículos convergen para terminar en la cara profunda de la mucosa hacia la punta de la lengua.

Acción.- Eleva la punta de la lengua y al mismo tiempo la dirige hacia atrás.

1.3.3.8. Lingual Inferior,

Situado en la cara inferior de la lengua.

Orígen.- Nace de las hastas menores del hioides, se dirige hacia adelante y arriba y termina en la mucosa que reviste la punta de la lengua.

Acción.- Acorta la lengua en sentido anteroposterior y dirige su punta hacia abajo y atrás.

1.3.3.9. Transverso de la Lengua.

Se compone de fibras que se originan en el Septum lingual y se dirigen lateralmente en los bordes laterales de la lengua.

Acción.- Aproxima los bordes de la lengua a la línea media.

Mucosa Lingual.

La Mucosa Lingual, es delgada y transparente en la cara inferior de la lengua, ésta se hace más gruesa en los bordes laterales alcanzando su máximo espesor en la cara dorsal, cerca de la línea media. Su consistencia, escasa, en la cara inferior y en los bordes, es también mucho mayor en la cara dorsal. Su color es rosado en la cara inferior, en la cara superior es rosado después de las comidas y blanco amarillento después de una abstinencia de algunas horas y principalmente por la mañana en ayunas.

Las papilas de la lengua se dividen en cuatro grupos según su forma:

1.3.4.1. Papilas Filiformes.

Son pequeñas elevaciones angostas, de forma cónica, de cuyo vértice salen varias prolongaciones filiformes, le dan a la lengua un afelpado característico. Estas papilas ocupan la porción de la "V" lingual, dispuestas en series lineales, miden de 2 a 3 mm. de alto, pueden presentarse en número de 5 a 30 y pueden dividirse a su vez en hilos, de lo cual se deriva el nombre de filiforme, no poseen corpúsculos gustativos. Son de color blanquesino debido al grosor y densidad del epitelio que las forma.

1.3.4.2. Papilas Fungiformes,

Tienen un tallo cilíndrico delgado con la parte superior dilatada, esto les da un aspecto de hongo, miden hasta 1.8 mm. de alto y 1mm. de espesor, se encuentran situadas en la cara dorsal de la lengua, pero principalmente en los bordes y en el vértice, se encuentran en número de 9 a 11, presentan una coloración roja oscura. Algunas papilas fungiformes poseen uno o varios corpúsculos gustativos.

1.3.4.3. Papilas Caliciformes.

Son de gran tamaño, se encuentran en número de 7 a 11, se localizan en el dorso de la lengua, forman la "V"

lingual que separa el cuerpo de la raíz, están compuestas de :

Un mamelón central o papila, ligeramente entrelazada, adherida a la base.

Rodete circular que la rodea a manera de caliz.

Un surco circular marcado y está situado entre la papila y su rodete.

Los órganos del gusto son muy numerosos en las paredes de las papilas dentro del surco circular.

1.3.4.4. Papilas Foliadas.

Pliegues verticales que se encuentran localizados en los bordes y en la parte más posterior de la lengua cerca de la base.

1.3.4.5. Papilas Hemisféricas.

Se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

1.3.5. Glándulas.

Se presentan de dos clases:

1.3.5.1. Glándulas Foliculares.

Situadas por detrás de la "V" lingual en el dorso de la lengua, formando una serie continua desde la epiglotis a las papilas caliciformes y desde una amígdala a la otra. Son pequeñas elevaciones de forma irregular que pueden ser hemisféricas o lenticulares, miden de 1 a 4 mm. de diámetro, presentan en su punta un pequeño orificio que conduce a una cavidad central.

1.3.5.2. Glándulas Mucosas.

Están dispuestas en tres grupos:

1.3.5.2.1. Posterior. - Que es impar y medio que comprende todas las glándulas situadas por atrás de la "V" lingual.

1.3.5.2.2. Lateral. - Que se encuentra a lo largo de los bordes desde las papilas caliciformes, hasta la punta. - Hay un pequeño grupo especial a nivel de las papilas foliadas conocido con el nombre de Glándulas de Weber.

1.3.5.2.3. Anteroinferior. - O grupo de la punta situado en la cara inferior de la lengua y a cada lado de la línea media y son las Glándulas de Blandin.

1.3.6. Vasos y Nervios.

1.3.6.1. Arterias. La arteria principal de la lengua - es la rama lingual de la Carótida Externa.

La Facial y la Faringea ascendentes también proporcionan ramas.

1.3.6.2. Venas. - Las venas se dirigen en mayor parte a la cara externa del músculo hiogloso uniéndose en un tronco común, la vena lingual, que desemboca en la Yugular Interna.

1.3.6.2. Linfáticos. Estos forman debajo de la mucosa -- por delante de la "V" lingual una red subpapilar.

Los troncos y tronquitos que nacen de esta red se dividen en:

1.3.6.3. Linfáticos Posteriores. - En número de 4 a 6; se dirigen unos hacia la epiglotis y los otros hacia las amígdalas, para terminar en ganglios, en número de 2 a 3 situados por delante de la Yugular Interna.

1.3.6.4. Linfáticos Apicales o Anterointeriores. - En número de 2, se introducen en el espesor de la lengua -- terminando uno, en los ganglios suprahioides y el otro en los ganglios de la cadena Yugular Interna.

1.3.6.5. Linfáticos Medios o Centrales. - Se originan en la parte media de la red mucosa y se dirigen a los ganglios linfáticos de la cadena Yugular Interna.

1.3.6.6. Linfáticos Laterales o Marginales.- Salen de -- los bordes de la lengua, en número de 8 a 10. Terminando unos, en los ganglios submaxilares y otros en los gan -- glios yugulares internos.

1.3.6.4. Nervios.

1.3.6.4. Nervios Motores.- Estan destinados al cuerpo muscular, se originan de:

1.3.6.4.1.1. El nervio Facial para el Estilogloso y el - glosioestafilino y a veces también para el lingual infe - rior.

1.3.6.4.1.2. El Hipogloso para los otros músculos de la lengua.

1.3.6.4.2. Nervios Sensitivos.- Estan destinados a la mucosa.

Orígen:

Rama lingual del maxilar inferior, se distribuye - en las papilas en las partes anterior y bordes de la len - gua, es el nervio que da sensibilidad a los dos tercios - anteriores de la lengua.

Cuerda del Tímpano, rama del facial que se encuen - tra en la vaina del lingual, se considera como el nervio del sentido del gusto en los dos tercios anteriores de - la lengua.

Rama Lingual del Glosofaringeo, se distribuye por - la mucosa de la base, bordes de la lengua y papilas cali - ciformes, proporciona filetes gustativos y fibras de sen - sibilidad a esta región.

Laringeo Superior, proporciona ramas finas para la raíz del órgano lingual en la proximidad de la epiglottis.

1.4. Fisiología.

La lengua participa activamente en la deglución, - fonación, masticación, succión y gusto.

1.4.1. Deglución.

Es el paso de los alimentos desde la boca al estó-

mago, ésto se lleva a cabo en tres etapas:

1.4.1.2. Bucal.-La lengua lleva el alimento hacia la faringe, por la aplicación constante de la misma en el paladar, mediante movimientos voluntarios, también se llevan a cabo movimientos involuntarios cuando el alimento ha --
llegado a la faringe.

1.4.1.2. Faringea.-Al ser empujado el bolo alimenticio - hacia la parte posterior de la boca, estimula zonas receptoras del reflejo de deglución que rodea el Istmo de las Fauces, principalmente a nivel de los pilares amigdalinos, de ahí salen impulsos para el tallo cerebral para desencadenar la siguiente serie de contracciones musculares.

1.4.2.1. El paladar blando se eleva para cerrar las conas impidiendo con ésto, que los alimentos pasen a las - fosas nasales.

1.4.1.2.2. Los Pliegues palato faringeos de ambos lados de la faringe se aproximan a la línea mediana y se forma así una hendidura longitudinal. La cual permite el paso de los alimentos previamente triturados, no así el de los - trozos grandes.

1.4.1.2.3. La Aproximación de las cuerdas vocales y la basculación de la epiglottis impide el paso de los alimentos a la tráquea.

1.4.1.2.4. La Laringe es llevada hacia arriba y adelante por los músculos que se insertan en el hueso hioides, haciéndose más grande el orificio superior del esófago. El esfnter hipofaríngeo que rodea el orificio se relaja y da paso libre al bolo alimenticio de la faringe posterior al esófago superior.

1.4.1.2.5. Al mismo tiempo que ocurre la elevación de la faringe y la relajación de esfnter hipofaríngeo, el constrictor superior de la faringe produce una onda peristáltica rápida pasando el bolo alimenticio al constrictor inferior y luego al esófago.

1.4.2. Masticación.

Es un proceso biomecánico, en el cual la lengua interviene por medio de sus movimientos irregulares colocando el alimentos sobre la superficie masticatoria de los dientes para su fragmentación y trituración, estimulándose con esto la producción de más saliva y dando como resultado la formación del bolo alimenticio.

1.4.3. Succión.

Es una función muy importante durante el periodo de lactancia, siendo de vital importancia para la alimentación y se produce al romperse el vacío que forma la lengua, carrillos, labios y paladar.

1.4.4. Fonación.

La lengua al igual que los incisivos anteriores desempeña un papel muy importante dentro del lenguaje, sus movimientos están destinados a producir sonidos ininteligibles. Los movimientos más comunes son los que realiza conjuntamente con los labios, adosándose la lengua a los dientes superiores por su cara palatina, produciendo la articulación de las consonantes.

1.4.5. Gusto.

Es una sensación provocada por la excitación de los receptores específicos del gusto, receptores del sentido químico general, táctiles y térmicos de la boca y sobre todo de los receptores del olfato.

1.4.5.1. Receptores.

Botones Gustativos. - Cada botón está hecho de células de sostén y células ciliares que son los receptores gustativos, están distribuidos en el dorso de la lengua, las caras anterior y posterior de la epiglotis, la pared posterior de la faringe, en todo el velo del paladar y sus pilares anteriores, excepto en la úvula. Las células

gustativas están dispuestas alrededor de una pequeña cavidad denominada poro gustativo. Desde la punta de cada célula, varias microvellosidades hacen protrusión hacia afuera a través del poro gustativo, proporcionando la superficie receptora para el gusto.

En el hombre existen aproximadamente 10 000 botones gustativos.

Entre las células gustativas se encuentra una red terminal de 2 o 3 fibras nerviosas gustativas. Estas fibras se encuentran introducidas en la profundidad de los pliegues de las membranas de las células gustativas, existiendo estrecho contacto entre las células gustativas y los nervios.

Cada botón gustativo está inervado por cerca de 50 fibras nerviosas e, inversamente, cada fibra nerviosa recibe una entrada de impulsos de 5 botones gustativos en promedio. Si el nervio sensitivo es seccionado, el botón gustativo degenera y finalmente desaparece. Sin embargo, si el nervio se regenera, las células circunvecinas se organizan en nuevos botones gustativos. Esto ilustra el principio de las funciones de las fibras nerviosas.

1.4.5.2. Vías Gustativas.

Los receptores gustativos son células sensoriales oblongas, las cuales al unirse forman botones gustativos.

Cada célula sensorial se continúa por prolongaciones delgadas que se proyectan en el poro gustativo.

Las fibras nerviosas sensitivas procedentes de los tercios anteriores de la lengua pasan por el nervio lingual y la cuerda del tímpano, mientras que las fibras gustativas del tercio posterior alcanzan el tallo cerebral a través de los nervios glosofaríngeos y vago. Todas las fibras gustativas periféricas terminan en el núcleo del haz solitario, del Bulbo Raquídeo.

De la segunda neurona alojada en el núcleo de este fascículo, la vía gustativa central cruza al otro lado y, con el Lemnisco interno llega al Tálamo. La tercera neurona la conecta con la Corteza Cerebral y en la parte más inferior de la Circunvolución postcentral y en el Opérculo.

Desde el haz solitario gran número de impulsos pasan directamente a los núcleos salivales superior e infe-

rrior y éstos a su vez transmiten impulsos a las glándulas submaxilar y parótida para controlar la secreción de saliva al tiempo de ingerir alimento.

1.4.5.3. Exitación de los Receptores.

El estímulo adecuado para la exitación de los receptores gustativos, se lleva a cabo por la introducción en la boca de substancias solubles, que a través del poro, - penetran en el interior de los botones gustativos, estimulando sus células sensoriales.

1.4.5.4. Clasificación de los Gustos.

En el hombre existen cuatro sabores básicos:

Dulce.

Acido.

Salado.

Amargo.

Estas modalidades básicas ya no se pueden descomponer, pero, si se pueden combinar resultando sabores mixtos.

1.4.5.5. Topografía de la Sensación Gustativa.

1.4.5.5.1. La sensibilidad máxima para el dulce se encuentra en la punta de la lengua.

1.4.5.5.2. Para el ácido en los bordes.

1.4.5.5.3. Para el amargo en la base de la lengua.

1.4.5.5.4. Para el salado en la punta y en los bordes

El gusto desempeña un papel fisiológico de mucha importancia, pues regula la ingestión de alimentos y contribuye así a mantener la constancia del medio interno.

Capítulo 2.

Medios de Diagnóstico y Examen de la Lengua.

En todo paciente, es necesario llevar a cabo un examen de la lengua con detenimiento; para ésto deberá disponerse de una buena iluminación, ya sea directa, o bien indirecta.

La fuente directa puede ser natural o artificial y la indirecta o refleja, se obtiene por un espejo dentro de la boca del paciente.

El mejor campo iluminado está dado por la luz artificial directa o con la luz del día.

2.1. Medios de Diagnóstico.

2.1.1. Inspección.

Este método permite observar a la lengua en posición estática, dinámica y estado de las partes blandas de la boca; para ésto es necesario que el paciente se encuentre en posición correcta y completamente relajado.

Para examinar la forma y color, es preferible que el órgano descansa pasivamente en posición normal, también se debe observar número y distribución de papilas, así como signos de inflamación de éstas.

Se puede envolver la punta de la lengua con una gasa y extraerla, para una inspección más detallada, empleando compresas para limpiar y eliminar restos alimenticios. Es indispensable utilizar separadores de mejillas o depresores linguales, para tener una mejor visibilidad.

2.1.2. Palpación.

El sentido del tacto es un medio de diagnóstico muy importante. El contacto con una superficie permite comprobar si está húmeda, seca, si es lisa o rugosa y a veces la temperatura del órgano.

La palpación debe hacerse de preferencia con guantes.

Este es el mejor medio para valorar tono muscular y consistencia de la lengua, por lo tanto debe realizarse con mucho cuidado, para así, poder localizar lesiones superficiales ocultas.

Esta maniobra puede ser:

Directa (digital), revela caracteres de consistencia y sensibilidad, pudiendo ser por presión digital y/o por presión bidigital.

Indirecta se lleva a cabo con aguja, bisturí. Explora sensibilidad y la presencia de cuerpos extraños.

2.1.3. Determinación de la Función.

Este medio de diagnóstico es muy importante, ya que permite descubrir anomalías del lenguaje y movilidad.

Esto se observa durante el interrogatorio, oyendo hablar y vigilando los movimientos que lleva a cabo el paciente.

2.1.4. Vitropresión.

Es un medio de diagnóstico que sirve para el estudio de las papilas linguales.

Se coloca un porta objetos en la superficie dorsal de la lengua presionando, así se pueden observar los engrosamientos del epitelio, descamaciones y heridas de este órgano.

2.1.5. Dermatoscopia.

Es el examen de la piel y mucosas, mediante un lente de aumento con iluminación.

Es de gran utilidad para observar los caracteres de las papilas linguales; así como establecer la diferencia entre atrofia e hipertrofia de papilas, iniciación de pigmentaciones melánicas y edemas incipientes de la mucosa.

También pueden ser visibles con el dermatoscopio algunas pequeñas fisuras de la Lengua Escrotal.

2.1.6. Fluorescencia. (Luz de Wood).

Luz que puede ser producida por una lámpara a vapor de mercurio, no menos de 100 w.

Esta luz dirigida a los tejidos en un cuarto oscuro, es un medio de diagnóstico nuevo para los Cirujanos Dentista.

En la lengua, la luz de Wood, da un color rosa anaranjado, el cual desaparece en zonas con hipertrofia y con atrofia papilar.

2.1.7. Fotografía.

La fotografía forma parte de un examen semiológico completo, ayuda a observar la evolución de la lesión, frente a la terapéutica utilizada y tiene un valor muy importante como medio de diagnóstico.

El tipo de fotografía que más se utiliza es a color, ya que así, se observan mejor los cambios ocurridos en este órgano.

2.1.8. Biopsia.

Es la obtención de una porción de tejido vivo mediante procedimientos quirúrgicos con fines de diagnóstico y esto se va a llevar a cabo mediante el examen microscópico de los tejidos involucrados.

Tipos:

Biopsia Incisional.

Biopsia Excisional.

Biopsia por Punción o Aspiración.

Corte por Congelación.

2.1.8.1. Biopsia Incisional.

Es la obtención de una pequeña porción de tejido de la lesión; este tipo de procedimiento se utiliza en lesiones grandes o difusas abarcando tejido sano y tejido sospechoso.

2.1.8.2. Biopsia Excisional.

Es la extirpación completa de la lesión; ésto se realiza con mayor frecuencia en lesiones de pequeño tamaño, abarcando principalmente tejido sospechoso, pero también tejido sano.

2.1.8.3. Biopsia de Sacabocado.

Es la obtención de tejido mediante un instrumento especial, que extrae una pequeña porción de tejido. Este tipo de biopsia no se utiliza en lesiones bucales.

2.1.8.4. Biopsia por Punción o Aspiración.

Es la obtención de pequeñas porciones de tejido de estructuras profundas por medio de una aguja (aguja de Vin-Silverman) y estilete.

Debido a la pequeña cantidad de tejido que se obtiene por éste método, es a veces imposible el diagnóstico y por lo tanto debe utilizarse solo, cuando no se pueden llevar a cabo otros tipos de biopsia.

2.1.9. Corte por Congelación.

Es el congelamiento rápido del tejido extirpado, para lograr en unos cuantos minutos la interpretación microscópica. Este método se realiza casi siempre, cuando se está efectuando una intervención quirúrgica y hay duda acerca de que el tejido que se ha eliminado sea maligno.

Foco de la Biopsia. - Se debe realizar evitando: - zonas de necrosis; cercanía a hueso, cartilago y dientes, debe tomarse siempre tejido del borde de la lesión, el tamaño del tejido que se obtiene debe medir 1 - cm³. (.5 mm. de tejido sano y .5 mm. de tejido patológico).

Reglas para Llevar a Cabo una Biopsia. - No debe inyectarse anestésico dentro de la lesión, no debe presionarse el tejido patológico, no tomar tejido necrótico

co, poner la muestra en un fijador (formol al 10 %) , - no utilizar soluciones antisépticas que contengan Yodo- (el Yodo altera las características de las células).

Técnica para hacer una Biopsia.

Asepsia de la región que se va a escindir, así como de los tejidos vecinos.

Anestesia por infiltración.

Incisión.- En el caso de Biopsia Excisional, se debe hacer en tejido normal, alrededor de la lesión. Cuando se trate de una Biopsia Incisional el corte es de forma elíptica.

Se coloca el corte en un frasco de boca ancha, que contenga formol al 10 %.

La sutura se realiza mediante puntos aislados.

2.1.10. Citología Exfoliativa.

Es un medio de diagnóstico que consiste en la obtención de células superficiales, para llevar a cabo un exámen citológico.

Este método solo define la presencia o ausencia de células malignas.

2.1.10.1. Técnica.

Asepsia de la zona donde se va a realizar el fro - tis.

Con un depresor lingual se debe raspar repetidas veces la superficie de la lesión. Las raspaduras se deben colocar en la porción central de 2 o más porta objetos -- de 2.5 por 7 cm. fijándose las células inmediatamente --- (Formol al 10 %, Etilenglicol).

Es muy importante anotar los datos del paciente tan to en el frasco de la biopsia, como en un extremo del por ta objetos.

Se debe anexar una hoja que describa, fecha, zona - de donde procede, breve aspecto clínico, medio de obten - ción, tipo de anestésico y fijador utilizado, esto se debe hacer tanto en la Biopsia como en la Citología Exfolia tiva. Una vez seco el fijador, se deben remitir los porta- objetos al laboratorio.

2.2. Exámen de la Lengua.

Se le pide al paciente que abra la boca y se observa en primer término la movilidad de la lengua: de existir alguna dificultad en su movilidad habitual, es que hay alguna causa patológica (parálisis unilateral o parálisis lingual total). Si por el contrario, su movilidad es excesiva, indica algún trastorno de tipo nervioso.

Antes de examinar la movilidad se observa a la lengua en posición normal.

Se le pide al paciente que saque la lengua y se examina el tercio anterior, medio y posterior. Este último se examina traccionando con una gasa la punta de la lengua, utilizando primero visión directa; también se puede uno auxiliar de un espejo para completar el exámen mediante visión indirecta.

La punta de la lengua debe llevarse, primero hacia la comisura labial izquierda y luego a la derecha - observando su borde y las papilas foliadas.

Se procede a examinar la cara ventral de este órgano y el piso de la boca, pidiéndole al paciente que lleve la punta hacia arriba, hasta tocarse el paladar, ayudándonos con un espejo o abatelenguas para mantenerla en posición y permitir así la mejor observación examinando el frenillo lingual, plexos venosos y las glándulas de Blandin.

Capitulo 3.

Anomalias Congénitas y de Desarrollo.

Aglosia o Agenesia.

Microglosia.

Anquiloglosia. { Parcial.
Total.
Glosopalatina.

Macroglosia. { Congénita.
Adquirida.

Lengua Hendida o Bífida.

Lengua Acanalada, Escrotal y Fisurada.

Lengua Negra Velloso.

Lengua Supernumeraria.

Varices Linguales.

Glosotis Romboidea Media.

Glositis Migratoria Benigna.

Nódulo Tiroideo Lingual

Quiste del Conducto Tirogloso.

Capitulo 3.

Anomalías Congénitas y de Desarrollo.

3.1. Aglosia o Agenesia y Microglosia.

Son anomalías congénitas extraordinariamente raras. La Aglosia es la falta de la lengua y la Microglosia significa lengua pequeña.

La Aglosia en muchos casos está asociada con otras anomalías congénitas y de desarrollo, especialmente, las que afectan a las extremidades. También defectos bucales como micrognatia, paladar hendido e hipertrofia de las glándulas sublinguales y submaxilares -- pueden asociarse a las anomalías de la lengua,

Características Clínicas. - La facies es estrecha con el mentón deprimido, que produce un aspecto de pájaro, se puede presentar en ambos sexos. Los defectos en las extremidades pueden variar entre peromelia y falta de un solo dedo. En algunos casos se puede presentar sindactilia y ausencia de uñas en los dedos.

Aunque haya Aglosia, la lengua puede estar presente en algunos pacientes en forma de una pequeña protuberancia localizada, que se ha desarrollado normalmente que es la cópula. La ausencia de la lengua deja una cavidad grande, en el fondo de la cual puede verse la Epiglotis.

Estos pacientes mueren generalmente a temprana edad, es muy raro encontrarlas en niños vivos.

Los pacientes con Aglosia no pueden llevar a cabo las funciones en las que interviene la lengua.

En la Microglosia los pacientes pueden realizar funciones, pero en forma deficiente.

3.2. Anquiloglosia.

La Anquiloglosia, es un estado en el cual, hay parcial o total adherencia, ya sea al piso de la boca o al paladar duro.

3.2.1. Anquiloglosia Parcial.

Sinonimia.- Lengua Atada.

Anomalia congénita, que se debe a la cortedad del frenillo lingual, o a una fijación que va desde la mucosa lingual hasta cerca de la punta, impidiendo la extensión de la lengua.

Los pacientes con este defecto presentan dificultades fonéticas importantes.

Tratamiento.- Algunos pacientes que presentan Anquiloglosia parcial se corrigen solos; pero la mayoría son tratados quirúrgicamente, mediante seccionamiento del frenillo lingual.

3.2.2. Anquiloglosia Total.

Esta anomalía es el resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca o en la encía alveolar; -ésto es a consecuencia de un frenillo lingual demasiado corto, es un defecto que se presenta en raras ocasiones.

Al tratar de sacar la lengua hacia adelante, el cuerpo de la misma se arquea con la punta dirigida hacia abajo, no alcanzando a sobresalir de los incisivos inferiores.

3.2.3. Anquiloglosia Glosopalatina.

Es la fijación de la punta de la lengua al paladar duro o cresta alveolar superior, este caso es rarísimo.

Si hay también paladar hendido, la lengua está fijada al borde inferior del tabique nasal.

La porción anterior de la lengua, es la parte que se fija. Algunas veces la punta de la lengua presenta una ligera hendidura; la mandíbula está muy desarrollada; un hallazgo constante es la microdoncia, principalmente en los incisivos.

3.3. Macroglosia.

La macroglosia, es un agrandamiento de la lengua,

se observa con mayor frecuencia que la aglosia y la microglosia. Puede ser congénita o hereditaria.

3.3.1. Congénita o Primaria.

Es debida al desarrollo exagerado de los músculos de la lengua, que puede estar relacionado con una hipertrofia muscular generalizada que afecte a todo el cuerpo o no.

La principal causa en los casos observados, en niños al nacer o durante el periodo neonatal, un linfangioma, hemangiolinfangioma o como ya dije anteriormente hipertrofia muscular o agrandamiento debido a neurofibromatosis congénita.

3.3.2. Secundaria o Adquirida.

Es debida a la relajación de los músculos de la lengua, siendo resultado de algún tumor del mismo órgano, como el linfangioma, hemangioma difuso y en algunas ocasiones por bloqueo de los vasos linfáticos en caso de que sea una neoplasia maligna. La lengua en estas condiciones puede alcanzar tal tamaño, que resulta difícil la lactancia y el habla.

Los trastornos endócrinos como el hiperpituitarismo y la acromegalia con aumento de la mandíbula, extracción de los dientes inferiores, ocasionan relajación muscular y aumento del tamaño de la lengua.

El aumento de tamaño de la lengua puede ser también debido a: Amiloidosis, cretinismo, mixedema infantil y el Síndrome de Down.

Características Clínicas.- La macroglosia de cualquier tipo puede presentar su superficie dorsal exageradamente irregular, los nódulos llegan a medir 1 a 3 mm., alcanzando algunos el tamaño de una uva.

La lengua por el gran tamaño que presenta empuja los dientes anteriores hacia afuera, ésto es debido a la fuerza de los músculos que intervienen, todo esto da lugar a una mal oclusión. Se observan edentaciones en los bordes y en la punta de la lengua.

Tratamiento.-Eliminación de la causa principal, en algunos casos se puede realizar el corte quirúrgico para reducir el volúmen de este órgano.

3.4. Lengua Hendida o Bífida.

Es la presencia de una hendidura en la línea media de la lengua. Es una anomalía rara que se debe a la falta de fusión de los tubérculos laterales, también recibe el nombre de Lengua Lobulada.

Características Clínicas.- La lengua parcialmente hendida, es más común y se manifiesta como un surco profundo en la línea media que afecta a la mandíbula.

La función de este órgano presentando esta anomalía se encuentra perturbada. Es muy frecuente la inflamación de la base del surco, debido a la acumulación de residuos y microorganismos.

Tratamiento.- En caso de presentarse inflamación se debe hacer limpieza de la hendidura con un antiséptico, haciendo uso de una gasa o un isopo; Hacer enjuagues con agua tibia

3.5. Lengua Acanalada, Escrotal y Fisurada.

Es una anomalía de desarrollo muy común en este órgano, puede presentarse en niños, pero es más frecuente en el adulto.

Características Clínicas.- Se manifiesta como múltiples surcos o arrugas, pueden dirigirse lateralmente a la fisura lingual media, pueden variar, la longitud, número y la profundidad de los surcos, pero generalmente son simétricos. Las fisuras pueden distribuirse en forma ramificada., o formar a veces ángulos rectos en los bordes de la lengua.

La lengua escrotal presenta surcos más numerosos, pero menos profundos, que le confiere a la lengua un aspecto rugoso.

La lengua fisurada es indolora, excepto en casos en que se presenta una leve inflamación, debido a desdoblamiento microbiano de residuos de alimentos.

Puede presentarse en ambos sexos y en cualquier raza.

Tratamiento.- Cuando hay síntomas dolorosos, producidos por la irritación, se deben, estirar y aplanar las fisuras, estando la lengua ligeramente fuera de la boca; se pueden limpiar las fisuras con una solución de Peróxido de Hidrógeno al 3 % para eliminar los residuos alimenticios, utilizando una gasa o un isopó.

También se puede aplicar un antibacteriano leve; un enjuague tibio o una aplicación de leche de magnesia sobre la lengua.

3.6. Lengua Negra Velloso.

Es un proceso benigno caracterizado por alargamiento de las papilas filiformes y desarrollo de un hongo que produce un pigmento negro; las papilas parecen pelos cortos y gruesos.

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

Los factores etiológicos suelen ser:

Terapéutica con antibióticos; ya que estos disminuyen la flora bucal normal y ayuda a la formación de esporas.

También otros antibióticos como la aureomicina - (estimulan el desarrollo de levaduras).

Características Clínicas.- La lengua vellosa, es más frecuente en hombres que en mujeres. En el tercio medio del dorso de la lengua. Se presentan elevaciones filiformes, de color oscuro a negro. En ocasiones las papilas filiformes son tan largas, que tocan el paladar y producen hormigueo o náuseas.

Tratamiento.- En algunas ocasiones suele curar espontáneamente.

Frotar la lengua en las superficies alargadas, para así producir su eliminación.

Frotar la lengua con una solución de ácido salicílico del 10 al 15 % en alcohol.

Aplicación de una solución acuosa al 20 % de caprilato de sodio. (fungicida).

Aplicación local de acetónido de triancinolona - al 0.25 %.

Se debe indicar al paciente que cepille el dorso

de la lengua durante 5 min. 2 o 3 veces al día.

3.7. Lengua Supernumeraria.

Es una anomalía extraordinariamente rara, se presenta como una estructura que tiene parecido con la lengua y se proyecta desde el pilar tonsilar en lugar de una amígdala.

Esta anomalía se encuentra asociada con:

Aplasia parcial del paladar blando, atresia de la oreja y parálisis facial.

3.8. Varices Linguales.

Es una lesión adquirida, y da como resultado de una vena sometida a gran presión hidrostática, pero que los tejidos circulantes no la pueden sostener. Se presenta en personas de edad avanzada.

Una varice, es una vena dilatada o tortuosa.

Las varices de las venas raninas son muy comunes, también pueden presentarse en los bordes laterales de la lengua, se presentan en forma de racimos de color rojo o violeta.

No hay ninguna relación entre esta anomalía y enfermedades sistémicas.

Tratamiento.- No está indicado ninguno.

3.9. Glositis Romboidea Media.

Es una anomalía del desarrollo de la lengua, se produce por falta de retracción del tubérculo impar previamente a la fusión de las mitades laterales de la lengua.

Características Clínicas.- La Glositis Romboidea Media se presenta como una zona nodular lisa, inmediatamente por delante de las papilas caliciformes.

La Glositis Romboidea Media consiste en placas localizadas en el dorso de la lengua, se presentan como placas aplanadas o ligeramente elevadas, de color rojo, que destaca sobre el color rosa pálido de los tejidos linguales normales que los rodea, no contiene pa

pilas filiformes. Esta anomalía tiene la misma consistencia muscular que el resto de la lengua.

Se presenta con mayor frecuencia en el hombre.

En algunas ocasiones existen cambios inflamatorios leves, con dolor y a veces hemorragia submucosa, lo cual puede hacer pensar en una neoplasia para esto lo más conveniente es hacer una biopsia, con el objeto de calmar al paciente.

Tratamiento.- No se requiere ningún tratamiento; solo en inflamaciones leves de las fisuras, para esto lo más conveniente es limpiar la lengua con un isopo o una gasa con una solución de Peróxido de Hidrógeno, - agua tibia o aplicación de Leche de Magnesias.

3.10. Glositis Migratoria Benigna.

Sinonimia.-Rash Migratorio, Eritema Emigrante de la lengua, Glositis Areata Exfoliativa, Erupción Migratoria, Lengua Geográfica.

Es una enfermedad benigna de etiología desconocida, es más frecuente en los niños y adultos jóvenes, que en personas de edad avanzada.

La tensión emocional o la ansiedad prolongada, pueden ser una causa del eritema emigrante.

Características Clínicas.- Este lesión consiste en -- múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes de la lengua, su contorno es irregular.

La lesión suele aparecer en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplanadas, de color rojo brillante en el dorso de la lengua, extendiéndose sobre los bordes laterales, hasta la punta. Los rebordes son bien definidos, amarillos y ligeramente elevados. Las lesiones mayores suelen alcanzar de 2 a 3cm. de diámetro, los bordes se presentan como halos inflamatorios, las papilas sanas son más altas que las normales y son de color amarillento. Las superficies lisas carecen de papilas filiformes y fungiformes, los órganos del gusto localizados en esas papilas están ausentes, esto explica la carencia del gusto en pa --

cientes que padezcan esta anomalía.

Al crecer o cambiar de sitio las placas, pueden unirse adquiriendo una disposición parecida a un mapa (Lengua Geográfica).

Las zonas de descamación permanecen por corto -- tiempo en un lugar, luego cicatrizan y aparecen en otro sitio (Glositis Migratoria Benigna), pueden persistir por semanas o meses y después desaparecen espontáneamente, para aparecer otra vez en una fecha posterior.

Esta lesión suele ser asintomática, pero en algunos casos puede haber ardor, prurito o sensibilidad siendo ésta más frecuente, cuando las lesiones presentan un componente inflamatorio importante.

Los cortes microscópicos muestran ausencia de papilas filiformes y fungiformes, pérdida de queratina, adelgazamiento del epitelio y cantidades variables de un exudado inflamatorio en el tejido subepitelial.

Tratamiento.-Si los agentes causales se eliminan de momento, no se requiere tratamiento.

En algunas ocasiones las lesiones desaparecen por sí solas. Se puede administrar complejo "B".

Tratamiento sintomático para aliviar las molestias del paciente.

3.11. Nódulo Tiroideo Lingual.

El Nódulo Tiroideo Lingual, es una anomalía benigna, en el cual se encuentra la presencia de folículos de tejido tiroideo dentro de la lengua.

El Nódulo Tiroideo desplazado, puede ser asiento de un Adenoma o Carcinoma.

Etiología.- Se cree que se deba a la insuficiencia funcional de la glándula tiroides principal del cuello.

Características Clínicas.-Se manifiesta como una masa nodular en la base de la lengua, o cerca de ella y en algunas ocasiones en la línea media. La localización más frecuente, es la base de la lengua. Cuando la le-

sión es superficial tiene color purpúreo, el tamaño de la lesión es de 2 a 3 cm. de diámetro, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

Los síntomas que presenta el paciente son: disfagia, disfonía, disnea, hemorragias con dolor y sensación de tensión en la garganta. Estos síntomas pueden variar en cada paciente.

Tratamiento.-Lo primero que se debe hacer es realizar un minucioso exámen de la Glándula Tiroides, observando: localización normal en pacientes que presentan aumentos de volúmen en la línea media, zona lingual y sublingual. El diagnóstico se realiza mediante el uso de Yodo radiactivo, para determinar si la glándula está localizada normalmente y si la masa lingual es como una glándula Tiroides ectópica.

La terapéutica que se utiliza es con hormona Tiroides, lo cual disminuye el tamaño de la lesión.

En algunas ocasiones se realiza la eliminación quirúrgica para eliminar el nódulo.

3.12. Quiste del Conducto Tirogloso.

El Quiste del Conducto Tirogloso, es un quiste del desarrollo, que puede presentarse a lo largo del conducto tirogloso embrionario, entre el agujero ciego y la glándula Tiroides. Es poco frecuente.

Etiología.- Puede ser originada a partir de una infección de los residuos epiteliales del conducto por el drenaje proveniente de una alteración de los órganos respiratorios superiores.

Características Clínicas.-El aspecto clínico varía de acuerdo a su localización. En la línea media o a un lado de ella se presenta como una masa quística, firme, su tamaño varía de milímetros a centímetros.

Cuando se localiza en la base de la lengua o en su musculatura produce gran malestar, sobre todo disfagia. Cuando se localiza en la región anterior del cuello se observa, como una masa elevada, de superficie lisa, de consistencia dura o blanda, móvil, esto indica que es una masa encapsulada.

A veces el quiste forma una fistula, que se abre en la superficie cutánea o mucosa en la región anterior del cuello en la línea media y cerca del hueso hioides, contiene un exudado seroso.

Tratamiento.- Consiste en llevar a cabo la extirpación quirúrgica, realizando este procedimiento relativamente radical para así, evitar recidiva.

Capítulo 4.

Lesiones de Origen Traumático.

Causadas por:

Agentes Mecánicos.

Agentes Físicos.

Agentes Químicos.

Capítulo 4.

Lesiones de Origen Traumático.

El traumatismo, es una lesión producida por el efecto de un agente vulnerante, la mayoría de los cuales son ocasionados por accidentes de tránsito, luchas caídas, práctica de algunos deportes, accidentes por armas de fuego y sustancias químicas orgánicas e inorgánicas.

Los traumatismos capaces de determinar lesiones bucales son muy variados y de diferente importancia, és to depende de las características del agente, intensidad y dirección del mismo.

4.1. Reparación de los Traumatismos de la Mucosa Bucal.

Las heridas de la mucosa bucal, pueden ser superficiales o abarcar el espesor de la misma.

Si la herida queda limitada a los estratos superficiales, ésta se repara por multiplicación celular, la cual empieza en la capa de células basales o germinativas.

Quando las heridas del epitelio bucal, abarcan todo el espesor de la mucosa, la reparación se realiza por multiplicación celular de los epitelios continuos, en los cuales hay gran actividad mitótica en la capa basal y espinosa, para luego crecer en altura, y reparar así la herida.

Las lesiones generalmente reparan sin dejar cicatrices ostensibles.

4.1.1. Clasificación de traumatismos.

Contusiones.- En este tipo de traumatismo, no se interrumpe la continuidad de la mucosa, pero se pueden producir hematomas y equimosis.

Heridas.-Es cuando se produce solución de continuidad de la mucosa bucal.

Heridas Contusas.-A la solución de continuidad de la mucosa, se añade la contusión.

4.2. Tipos de Traumatismos.

4.2.1. Lesiones Mecánicas.

Clasificación.

4.2.1.1. Dentarios y/o protéticos.

4.2.1.2. Agentes diversos.

4.2.1.3. Ocupacionales.

4.2.1.1. Dentarios y/o Protéticos.

Los traumatismos dentarios y protéticos son la causa de frecuentes procesos benignos, que pueden sufrir transformación a malignas.

4.2.1.1.1. Mordeduras Accidentales.

La zona más comúnmente afectada por esta lesión es la lengua, mucosas bucales y los labios.

Una mordedura accidental se puede producir al hablar o al comer, observándose, heridas pequeñas, equimosis o hematomas.

Una de las heridas que más se conocen en la lengua es la originada durante las crisis epilépticas, ocasionando éstas dolor intenso, algunas veces hemorragias, hematomas y edema; alterándose las funciones en las que interviene la lengua.

Histológicamente. - En las mordeduras accidentales se observa ruptura de capilares, producción de hematomas y edema.

Tratamiento. - La cicatrización es espontánea, rara vez hay que recurrir a la sutura.

4.2.1.1.2. Ulceraciones Traumáticas.

Una ulceración es la pérdida de substancia con tendencia a la cicatrización, esta lesión se considera como precancerosa.

Etiología.- Dientes con procesos cariosos muy avanzados, mal posiciones dentarias, aparatos protésicos mal ajustados.

Localización.- Bordes y cara ventral de la lengua.

Características Clínicas.- La úlcera puede ser superficial o profunda, se presenta como una pérdida de sustancia, bien delimitada, rodeada por un halo eritematoso, edema de consistencia blanda. El centro de la lesión es blanco grisáceo, presenta dolor, el cual puede irradiarse al oído cuando se presenta en el borde de la lengua.

Histológicamente.- En los primeros estadios hay pérdida de sustancia cuyo lecho alcanza el corion reticular, recubiertos por densos exudados inflamatorios fibrinolíticos. En períodos más avanzados se desarrolla untejido de granulación, asociado generalmente con infiltrados inflamatorios plasmocitarios con neutrófilos -- polinucleares, que concluye con una fibrosis cicatrizal.

Diagnóstico Diferencial.- Se debe hacer con el Epitelioma Espinocelular Ulcerado, muchas veces es difícil hacerlo en la clínica y es preferible realizar mejor una Biopsia de la lesión.

Tratamiento.- Eliminar el agente causal y esperar de 7 a 15 días, si no cura en este tiempo se debe llevar a cabo una biopsia y así llegar al diagnóstico correcto.

Evolución.- La úlcera traumática es una lesión frecuente y cuando es crónica y recidivante, debe ser considerada como un proceso precanceroso.

4.2.1.1.3. Mucosa Mordiscada o Mordiscato Buccarum.

Es una lesión que determina cambios en la superficie de la mucosa, se presenta a cualquier edad, en ambos sexos con alteraciones emocionales.

Etiología.- Mordisqueo constante de la mucosa bucal.

Localización.- Bordes de la lengua, labios y carrillos.

Características Clínicas.- se presenta como pliegues --- de color blanco, edematoso, con descamación superficial, bien delimitada dentro del alcance de los dientes.

Histológicamente.- En la mucosa mordiscada se produce - un desgarramiento superficial del epitelio mucoso, con - formación de algunos pequeños colgajos y aparición de - Leucoedema.

Tratamiento.- A nivel local, son de gran utilidad los un güentos con corticoides, masajeando la zona afectada.

Al paciente también se le debe tratar mediante -- psicoterapia.

4.2.1.1.4. Fibroma Irritativo.

Sinonimia.- Papiloma fibromatoso por irritación o traumático.

Lesión que es producida por un factor irritativo- crónico de la mucosa bucal.

Localización.- Bordes y dorso de la lengua.

El punto que origina este proceso puede ser una - papila lingual que se hipertrofia, sobresaliendo de la - superficie de la lengua.

Histológicamente.- Es una hiperplasia simple fibromato- sa que no sufre transformación maligna.

Tratamiento.- quirúrgico.

4.2.1.1.5. Glositis Marginal.

Es una lesión de los bordes linguales, que pueden manifestarse en pacientes con problemas psicológicos, a- sí como en caso de mal oclusión dentaria.

Características Clínicas.- Los bordes linguales apare- cen enrojecidos, edematosos, las papilas que correspon- den a esta zona, se encuentran atrofiadas, observándose en algunas , ocasiones indentaciones.

4.2.1.1.6. Enfermedad de Riga Fede.

Lesión traumática que sufre la lengua, según algunos autores (Kurt H. Thoma) se debe a la presencia de dientes natales en la lactancia, que en el momento de la succión la lengua hace presión en los bordes incisales, dando como consecuencia esta lesión; según otro autor (David Grinspan) se observa en niños con tos convulsiva, en los cuales la lengua es proyectada hacia adelante al momento de toser, resultando traumatizada con los incisivos centrales inferiores, dando como resultado una lesión ulcerada con base infiltrada.

Tratamiento.- Sintomático.

Cura sin complicaciones.

4.2.1.1.7. Epulis Fisurado.

La hiperplasia fibromatosa es una ulceración traumática, que se presenta en muy raras ocasiones en el surco lingual, siendo más frecuente en el surco vestibular.

Etiología.- Irritación continua de prótesis, que no han sido modificadas de acuerdo a las condiciones de cambio constante de los rebordes alveolares, siendo necesarias en cada prótesis el sellado periférico, para un mejor ajuste.

Localización.- Rara vez se presenta en lengua, principalmente se localiza en los surcos gingivolabiales y gingivoyugales, siendo más frecuente en el maxilar superior.

Características Clínicas.- Al principio la acción irritativa da lugar a un proceso inflamatorio, pudiendo existir o no fisuras.

Se puede formar uno o varios mamelones paralelamente al borde de la prótesis, disponiéndose como las hojas de un libro.

Histológicamente.- Se produce una proliferación de tejido conjuntivo especialmente de fibras colágenas, acompa

ñado de una neovascularización, que da un aspecto rojizo a la zona afectada.

Evolución.- Es lenta pero constante, siempre en relación con el factor irritativo.

Diagnóstico.- Su aspecto clínico y la relación con el agente causal facilitan el diagnóstico.

Tratamiento.- Se suprime el factor irritativo, mediante cambios o corrección de la prótesis, excisión del tumor.

Pronóstico.- Es favorable, la lesión una vez extirpada no recidiva si se ha corregido el agente causal.

4.2.1.2. Agentes Externos Diversos.

El cepillo dental cuando se usa inadecuadamente, es capaz de producir abrasiones, atrofia de la mucosa y hasta abscesos por la penetración de una cerda en los tejidos bucales.

El rollo de algodón puede ocasionar lesiones traumáticas en la mucosa bucal, ya que generalmente se usa en Odontología como medio aislante.

La lesión se produce porque se coloca el rollo de algodón seco en la mucosa, que al sacarlo produce abrasión.

4.2.1.3. Ocupacionales.

Instrumentos de trabajo sostenidos con los labios y los dientes.

Esto se debe a que en algunas profesiones los trabajadores sostienen sus útiles de trabajo con los dientes o los labios.

Por Ejemplo:

El zapatero y el carpintero los clavos; la peinadora los pasadores etc.

Esto puede dar lugar a inflamaciones circunscritas, fisuras y ulceraciones de los labios y la lengua.

4.2.2. Lesiones Físicas.

Clasificación.

Acción del calor.

Acción del frío.

Acción de la electricidad.

Acción de las radiaciones.

4.2.1. Acción del Calor.

El calor, al actuar sobre los tejidos, puede producir lesiones denominadas quemaduras.

Las quemaduras de primer grado se caracterizan -- porque la piel o las mucosas se ponen eritematosas por vasodilatación; las de segundo grado presentan ampollas o se encuentra desintegrada la membrana basal epitelial; las quemaduras de tercer y cuarto grado, presentan lesiones que alcanzan la dermis, llegando a ocasionar necrosis y escaras que al desprenderse, dejan ulceración y cicatrices; en las quemaduras de quinto grado hay carbonización de los tejidos, lo mismo que en las quemaduras de sexto grado.

Lesiones Bucales por Quemaduras.

Agentes.- Fuego, líquidos y alimentos calientes y a veces por cigarrillos, como personas que se duermen con el cigarro en la boca o la costumbre de fumar al revés.

Las partes más afectadas por las quemaduras son el paladar y la punta de la lengua, el dolor es intenso pero pasa rápido; generalmente son quemaduras de primer y segundo grado, la ampolla se rompe y deja una erosión que se epiteliza y forma una cicatriz.

Histológicamente.

Grado 1.- Son lesiones congestivas y degenerativas reversibles.

Grado 2.- Hay formación de ampollas subepiteliales. El epitelio mucoso sufre fenómenos de necrosis aguda, con tumefacción del citoplasma de sus células dando al techo ampollar los caracteres de membrana blanquesina edematosa. Las lesiones coriónicas son discretas y se encuentran ubicadas en el sector papilar.

Grado 111.- Se caracteriza por lesiones de necrosis aguda del epitelio mucoso y del tejido conectivo del corion en casi todo su espesor, incluida la zona reticular. Las células sufren pignosis nuclear y cariólisis. Las fibras colágenas se encuentran tumefactas. Los vasos aparecen dilatados y elásticos. La reparación se inicia con producción de un fenómeno inflamatorio agudo, afluencia de neutrófilos polinucleares que se encuentran en el límite entre la zona normal y la necrosada. Los neutrófilos liberan fermentos proteolíticos y esto determina la aparición de un surco de delimitación de la escara necrótica, la cual será eliminada y reemplazada por tejido de granulación que dará como resultado la formación de una cicatriz.

Tratamiento.- En caso de que las lesiones sean muy extensas se usan corticoides con Orabase.

En las quemaduras profundas, se elimina el tejido necrosado cuando está en vías de esfacelarse.

Se administran analgésicos para el dolor y antibióticos para prevenir la infección, con corticoides, por vía general y antiinflamatorios (Heparinoides, pafna).

Para acelerar la cicatrización de las lesiones son útiles los vasodilatadores y las enzimas proteolíticas.

4.2.2. Acción del Frio.

Agentes.- Hielo, líquidos, cloruro de etilo.

Lesiones Bucales.- Labios hinchados con ampollas y cubiertos de costras o ulceraciones, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos regionales.

Presencia de odontalgias al llegar a zonas muy frías, siendo en especial dientes mal obturados o en el cuello de los dientes por retracción gingival. La cicatrización es muy lenta.

4.2.3. Acción de la Electricidad.

Las lesiones más frecuentes de la mucosa bucal-

por quemaduras eléctricas se observan en niños, que han mordido la terminal de un cable no aislado.

Los tejidos bucales ofrecen poca resistencia a la corriente eléctrica.

Localización.- Labios, comisuras y lengua.

Características Clínicas.- La lesión presenta poco dolor, quizá éste se deba a la destrucción de las terminaciones nerviosas, cuando se produjo la quemadura.

Las necrosis, al principio, es de color blanco grisáceo; después se hace oscura, marrón o negra, la lesión está bien delimitada.

En 30 días se hace la reparación de partes blandas. Las cicatrices son variadas y por lo general retráctiles y fibrosas, dejando deformidades y pérdida de substancia.

Puede haber pérdida espontánea de saliva y en algunas ocasiones de alimentos, sin embargo los resultados a largo plazo son satisfactorios.

Tratamiento.- Lo primero que se debe hacer, es calmar el dolor, administrar antibióticos y antiinflamatorios.

Debe dejarse que evolucione espontáneamente la escara y su esfacelo; si hay paro cardíaco o respiratorio se debe recurrir a la respiración artificial. - La mayoría de los pacientes se recobra de este accidente si la corriente no es de alta tensión, también son útiles los tónicos cardíacos.

4.2.3.1. Galvanismo.

El galvanismo se puede comparar con una pila eléctrica en el interior de la boca.

Dos metales diferentes pueden provocarla y determinar lesiones de la mucosa.

Características Clínicas.

Síntomas Subjetivos.- El paciente puede quejarse de -

sabor metálico, dolor en la punta de la lengua, aumento de secreción de las glándulas salivales.

Síntomas Objetivos.- Inflamación aguda y crónica, erosiones, leucoedema, úlceras y pigmentaciones.

Tratamiento Eliminar la causa, la cual una vez suprimida las lesiones curan fácilmente.

Pronóstico.- Favorable cuando se hace un diagnóstico correcto.

4.2.4. Acción de las Radiaciones.

Las radiaciones pueden dar manifestaciones cutáneas y mucosas agudas y alteraciones crónicas a largo plazo.

Las manifestaciones inflamatorias causadas por la terapia radiante se denominan radioepitelitis o radiomucocitis.

Con la terapia convencional aparece un eritema -- transitorio a las 24 hrs., a la semana un eritema y edema más extensos con comienzo de necrobiosis. A los 12 días hay necrosis franca en la zona irradiada. Tiene el aspecto de una pseudomembrana de color grisáceo. A las tres semanas puede producirse esfacelo de la necrosis y hay pérdida de substancia. La zona necrótica es dolorosa, frágil y sangra al menor contacto, hay halitosis y dificultad en la deglución y fonación. La mucosa bucal cicatriza en un período de 2 a 3 semanas.

Alteraciones Agudas.

Aparición de un eritema a los pocos días de la lesión, seguida de hiperpigmentación de varias semanas.

Cuando la dosis es suficiente, se puede producir úlceraciones y necrosis.

Efectos a Largo Plazo.

Puede haber atrofia y queratosis por radiación has-

ta carcinomas basales o de células escamosas.

Las mucosas son más sensibles a los rayos X. Las zonas más sensibles son: el paladar blando, úvula, mucosa oral, labios, lengua y paladar duro.

Características Clínicas.- Enrojecimiento inicial, seguido de edema, luego se forma una membrana de color amarillo.

La mucosa de la lengua y del paladar duro, en raras ocasiones presenta eritema o edema. Los orificios de los conductos excretores de las glándulas salivales menores presentan pequeños puntos.

Alteraciones Tardías.

En la mucosa existe atrofia y puede aparecer después de numerosas y mínimas exposiciones a las radiaciones. La Xerostomia da como consecuencia la destrucción de las glándulas salivales mayores y menores.

La lengua puede presentar ausencia completa de papilas; pudiéndose producir en algunos casos hiperplasia de las papilas filiformes. (Lengua Velloso).

La normalización de los epitelios irradiados se produce rápidamente, aunque en algunos casos en que la dosis ha sido de gran magnitud, la cicatrización es lenta y tórpida.

Histológicamente.- En las fases avanzadas hay atrofia epitelial que se alterna con focos de hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y en ocasiones alteraciones sugestivas de un carcinoma epitelial de células escamosas. El colágeno de la dermis o del corion muestra en ocasiones degeneración basófila o esclerosa.

4.2.3. Lesiones Químicas.

La acción irritativa de diversas sustancias químicas que entren en contacto con la mucosa bucal pueden ocasionar lesiones graves.

Para llegar a un diagnóstico adecuado, es necesario realizar una buena Historia Clínica.

Los ácidos forman una costra de cauterización de color característico.

Acido Clorhídrico, blanco grisáceo; el ácido Carbónico, gris blanquesino; el ácido Nítrico, amarillo - naranja; el ácido Oxálico, gris blanquesino; el ácido-Sulfúrico, marrón, rojizo o negro; el ácido Crómico, amarillo; el ácido Acético, blanquesino.

4.2.3.1. Acido Acetil Salicílico.

Es una quemadura química que se observa frecuentemente en la boca y es causada por la colocación de una tableta que contenga ácido acetil salicílico; en algún diente con un proceso carioso muy avanzado, ya que algunas personas la usan para calmar las odontalgias, produciendo una sensación de quemazón, la zona afectada queda de color blanco.

La exposición corta a este medicamento, produce necrosis química caracterizada por una lesión blanca y arrugada, mientras que la exposición prolongada produce una necrosis química, la cual es húmeda, blanca y tumefacta.

4.2.3.1. Estomatosis Profesionales.

4.2.3.2.2. Lesiones Causadas por Substancias Químicas Inorgánicas.

Cobre. - La exposición a este metal ocasiona una coloración verdosa en encías y lengua.

Plata. - La exposición al metal produce, un moteado gris en la mucosa de las encías, lengua y mejilla.

Oro. - Empleado en la terapéutica de la artritis ocasiona un sabor metálico y lengua dolorosa.

Cinc. - Se ha observado cauterización de la mucosa oral y faríngea con costras necróticas.

Bismuto.-Algunos autores afirman que este metal provoca decoloración de la lengua, encías y mucosa oral. En algunas ocasiones provoca ulceraciones.

Vanadio.-La exposición a este metal ocasiona una coloración negro-grisácea de la lengua.

No Metales y sus Componentes.

Amonio.- Algunos autores observaron glositis ampolloar, causada por la aspiración defectuosa de una pipa que contenía amonio.

4.2.3.1.2. Lesiones Causadas por Substancias Químicas Orgánicas.

Gasolina.-En la intoxicación por inhalación, se describen lesiones necróticas de la mucosa oral y huesos maxilares.

Tetracloruro de Carbono.-Produce irritación de la mucosa oral, con hemorragias gingivales.

Alcohol.-Ocasiona que toda la mucosa oral se encuentre irritada.

Dimetil Sulfato.- Cuando la exposición es corta, se encuentra irritada la mucosa bucal y en exposición prolongada puede haber necrosis.

4.2.3.1.3. Compuestos Aromáticos.

Vinil Benceno.- Da lugar a hemorragias de encías y lengua.

Aminas Aromáticas.- En la Exposición a este compuesto, todas las mucosas pueden adoptar una coloración azulada, en algunas ocasiones puede haber parestesias linguales, sequedad y quemazón en la cavidad oral.

4.2.3.1.4. Substancias de Origen Vegetal.

Tabaco.- La mayoría de los trabajadores de este producto sufre gingivitis agudas ó crónicas.

Aceite de Canela y Otros Aceites Esenciales.- provoca tumefacción y enrojecimiento de labios y mucosa oral.

4.2.3.1.5. Substancias de Origen Animal.-

Polvo Prolifero.- Las personas que trabajan esta industria sufren gingivitis dolorosas.

Lana.-La manipulación del polvo de la lana produce gingivitis crónica.

Veneno de Insectos.- Los apicultores, sufren picaduras de algunos insectos que afectan los labios y en ocasiones mucosa oral con dolor muy intenso.

4.2.3.1.6. Otras Estomatosis.

Sopladores de Vidrio y de Instrumentos de Viento.

Los sopladores de vidrio distienden la mucosa bucal, formando una bolsa, suele volverse de color gris - blanquesino y en ocasiones puede llegar a fisurarse.

A causa del trauma mecánico se afectan los labios y la lengua.

Capitulo 5.

Lesiones Linguales Causadas por Agentes Alérgicos.

Edema Angioneurótico.

Estomatitis Venenata.

Estomatitis Medicamentosa.

Capítulo 5.

Lesiones Linguales Causadas Por Agentes Alérgicos.

La alergia, es una alteración que engloba el estado de hipersensibilidad adquirida por la exposición a una sustancia específica y la capacidad alterada -- del organismo vivo, para reaccionar a una nueva exposición a este alérgeno?

Hay dos tipos de reacciones alérgicas:

Un tipo de reacción denominada Reacción Inmediata por la hipersensibilidad, en la cual el torrente sanguíneo en sí parece ser el sitio real donde tiene lugar la reacción antígeno-anticuerpo y los síntomas consiguientes se deben a la liberación de histamina o sustancias similares e incluye edema angioneurótico, formación de vesícula, eritema y anafilaxia.

El segundo tipo de reacción es la Reacción Retardada por hipersensibilidad, las reacciones de este tipo en la mucosa bucal pueden ser el resultado del contacto directo con los medicamentos o por la administración sistémica.

La extensión del daño tisular puede ser localizada o diseminada por todo el cuerpo.

La severidad de los síntomas en los dos tipos de reacciones, guarda relación con la velocidad con que el antígeno es introducido en el torrente sanguíneo. Así pues los síntomas pueden ser mínimos si tiene lugar la absorción a través de la piel, más severa si es por inyección intramuscular o endovenosa.

Las reacciones del segundo tipo incluyen, estomatitis venenata, estomatitis medicamentosa.

La respuesta del organismo puede adoptar la forma simple de erupción cutánea como una reacción leve o la forma de reacción generalizada, que pone en peligro la vida del paciente como una anafilaxia intensa; por eso es muy importante tener un conocimiento completo de la farmacología, mecanismo de acción normal y tóxica de los medicamentos más frecuentemente usados en -- Odontología.

5.1. Edema Angioneurótico.

Sinonimia.-Angioedema, Edema de Quincke, Urticaria Gigante, Enfermedad de Bannister.

El Edema Angioneurótico, es un complejo sintomático, que acompaña a diversas enfermedades infecciosas, trastornos endócrinos o alteraciones emocionales relacionadas con hipersensibilidad.

Etiología.-Se piensa que el Edema Angioneurótico se debe a alergia a medicamentos, trastornos endócrinos, infecciones focales, exposición al frío, anafilaxia, produciendo hipersensibilidad del Sistema Neuromuscular.

Zonas más Afectadas.-Párpados, Mentón, Labios, Lengua, Carrillos y a veces Manos y Pies.

Características Clínicas.-El signo clínico característico del Edema Angioneurótico es la tumefacción edematosa, difusa, lisa y engrosamiento de los tejidos afectados, debido a la acumulación de líquidos, es indoloro y suele durar 24 hrs. o varios días. Es imposible prever la frecuencia de ataque; unas veces se presenta diariamente, otras, a intervalos de meses y hasta años. La enfermedad afecta a ambos sexos, siendo menos frecuente en niños.

El foco de la lesión está precedido de prurito, ardor o una sensación desagradable de tensión y produce agrandamiento unilateral o simétrico, único o múltiple.

El hinchamiento de la boca se nota bastante debido a la gran cantidad de vasos y a la elasticidad de los tejidos, puede estar dificultada el habla, la masticación y la deglución.

La piel es de color normal, algunas ocasiones espálida o ligeramente enrojecida.

A la palpación hay cierto grado de dureza, algunas veces la zona afectada aparece blanda, lo cual indica que la acumulación de líquido está localizado superficialmente.

Tratamiento.-Sintomático, eliminar el agente causal. Administración de Antihistamínicos como la "Avapena", "Benadryl" o "Piribenzamina".

La enfermedad es molesta, pero raras veces, es -- peligrosa, salvo que se produzca un edema de glotis o -- paro respiratorio, siendo necesaria la traqueotomía de urgencia.

5.2. Estomatitis Medicamentosa.

Sinonimia.-Idiosincracia Medicamentosa, Sensibilidad a Medicamentos.

Es una lesión de tipo alérgico, que puede ser el resultado de la administración de un medicamento por cualquier vía, las lesiones pueden ser inmediatas o re -- tardadas. En personas alérgicas la gravedad de la le -- sión varía después de la dosis inicial, un sensibili -- zante y las reacciones no dependen de la dosis.

Etiología.-Medicamentos que producen sensibilización -- de los tejidos bucales.

Zonas más Afectadas.-Lengua, Piso de Boca, Paladar -- Blando, Mucosa Bucal y Labios.

Características Clínicas.-Las lesiones bucales suelen ser múltiples, de aspecto fungoide y erosivas; variando su presentación desde un eritema notable con formación de vesículas, hasta lesiones ulceradas o gangren -- sas.

Un amplio grupo de fármacos pueden dar una lesión semejante y tener manifestaciones variadas, rara vez -- los síntomas son importantes, sin embargo puede exis -- tir fiebre, malestar, sangrado, manifestaciones de púr -- pura y en ocasiones la muerte.

La erupción medicamentosa fija, puede existir co -- mo placas edematosas locales, lesiones vesiculares o -- eritematosas que en boca se abren formando una úlcera -- muy dolorosa.

Los medicamentos más frecuentes que dan lugar a -- manifestaciones en boca son los siguientes.

Penicilina.-Puede producir lengua pilosa, negra, parda o amarillenta; en esta lesión hay alargamiento y pigmentación de papilas filiformes que producen una es

pasa capa sobre la lengua. Después de la antibioticoterapia, las papilas linguales pueden descamarse y dejarla lisa, dolorosa, inflamada y erosionada.

Tetraciclina.-Suprime la flora intestinal del tubo digestivo, ocasiona queilitis, glosodinia y prúrito.

Estreptomycin.-Provoca dermatitis, parestesia circuncumal, estomatitis erosiva. Es ototóxica y también da lugar a ulceraciones en lengua y tejidos bucales.

Actinomicina.- Da origen a la formación de úlceras en lengua, piso de boca y paladar blando.

Cloramfenicol.-Provoca estomatitis difusas, neutropenia maligna, anemia aplástica, faringitis y glositis.

Fenotiacina.-Da lugar a efectos colaterales como la distonía de los músculos de cuello, cara, con espasmos musculares intermitentes. El tiempo de duración es de 1- a 5 min. ocasionando dolor.

Los espasmos musculares dolorosos pueden provocar anomalías del lenguaje desde lentitud del habla, hasta afasia completa.

Fenolftaleína.-Provoca erupciones en lengua, las cuales están formadas de ampollas, vesículas, erosiones o úlceras profundas.

Es un barbitúrico que forma parte de muchos laxantes y preparados para Hígado y Vesícula. Produce una erupción medicamentosa fija.

Memprobamato.-Puede presentar erupciones intrabucales fijas, situadas en labio, mucosa bucal y lengua, presenta prúrito y ardor en los tejidos bucales.

Tratamiento.-Eliminar el agente causal, las lesiones dolorosas se tratan con anestésicos tópicos y antimicrobianos locales del tipo de Neomicina y Bacitracina.

5.3. Estomatitis Venenata.

Sinonimia.- Es un tipo de alergia que resulta del contacto directo entre la piel o mucosa sensibilizadas -- por el alérgeno; cuando más extensa sea la exposición -- tanto mayor es la posibilidad del desarrollo de hipersensibilidad. En ocasiones una breve exposición a una mínima dosis puede originar sensibilización, o por otra parte, un contacto asintomático con el alérgeno -- puede haber estado presente durante mucho tiempo antes del desarrollo de la sensibilización.

Etiología?- Medicamentos usados en Odontología como: Antibióticos, cloroformo, preparados a base de Yodo y formol.

Materiales empleados como bases para prótesis y para obturaciones:

Bases de prótesis: acrílico, aleaciones que contienen cobalto, níquel, acero y vulcanita.

Preparados dentales o cosméticos aplicados por el paciente:

Dentifricos, polvos y pastas, enjuagues bucales, adherentes para dentaduras, lápiz labial, colorete y goma de mascar.

Zonas más Afectadas.- Labios, carrillos, cuello, garganta, piso de boca, paladar duro, lengua y las manos del Cirujano Dentista.

Características Clínicas.- La estomatitis se manifiesta por presencia de una sensación de ardor o prurito en el sitio de contacto, seguida por la aparición de un eritema y vesículas; una vez que éstas se rompen, la erosión puede ser extensa y se produce la infección secundaria, llegando a ser un caso serio.

Los medicamentos usados en Odontología pueden provocar edema intenso de los tejidos bucales. Disfonia y disfagia.

Las soluciones desinfectantes, son una fuente de irritación para los tejidos bucales del paciente y para las manos del Odontólogo.

Los materiales para prótesis y obturaciones pueden hacer que el paciente sufra sequedad de la boca, ar

dor, pérdida del apetito, trastornos gástricos y agitación, hay dolor en los tejidos donde se apoya la prótesis. Las reacciones alérgicas contra los acrílicos es muy rara. La sensibilidad puede aparecer poco después de la instalación de la prótesis, o no hacerlo por un tiempo o período considerable.

Los medicamentos empleados por el paciente pueden originar queilitis, estomatitis y esto tal vez se deba a algún componente del dentífrico, lápiz labial, goma de mascar o algún enjuague.

Los síntomas que sufre el paciente suelen ser exagerados. En la primera etapa el tejido afectado es de color rojo intenso y aspecto de cera, el paciente siente ardor y prurito intensos. En casos leves hay formación de úlceras superficiales y en casos graves se puede llegar a necrosis de los tejidos mucosos.

Tratamiento. - Eliminar el agente causal, administración de antihistamínicos (Avapena, Benadryl), anestésicos tópicos y antimicrobianos locales (Neomicina y Bacitracina) en caso de existir úlceras.

Capitulo 6.

Manifestaciones en Lengua por Deficiencias Vitamínicas.

Tiamina o Vitamina B₁.

Riboflavina o Vitamina B₂.

Acido Nicotínico o Niacina.

Acido Fólico.

Biotina.

Piridoxina o Vitamina B₆.

Cianocobalamina o Vitamina B₁₂.

Capitulo 6

Manifestaciones en Lengua por Deficiencias Vitamínicas.

Vitaminas.

Las vitaminas son compuestos orgánicos existentes en los alimentos, que pueden ser o no sintetizados por el organismo en cantidades adecuadas, que actúan en pequeñas dosis.

Son necesarias para el mantenimiento de las funciones metabólicas normales del organismo y de la salud.

Una buena nutrición durante el desarrollo de los tejidos bucales duros y blandos, es muy importante; ya que los fenómenos que tienen lugar durante el desarrollo y crecimiento del individuo condicionan la salud general de cada persona en el futuro.

La falta de cualquiera de las vitaminas en una dieta satisfactoria en todos sus elementos, ocasiona la aparición de una enfermedad por carencia denominada deficiencia vitamínica, que no se produce inmediatamente, sino después de algún tiempo (semanas o meses), cuando se han agotado las reservas de dicha substancia en el organismo. Esta enfermedad se puede prevenir o curar administrando la vitamina que falta, esto constituye las indicaciones principales para el uso de las vitaminas como agentes farmacológicos.

Vitaminas del Grupo "B".

Las deficiencias fisiológicas de los integrantes del complejo "B", son muy importantes y muy variadas. Estas substancias forman parte del Sistema Enzimático-indispensables para la nutrición y reparación celular y permiten al organismo disponer de la energía necesaria.

La carencia de cualquiera de los componentes origina una alteración del metabolismo celular, manifestándose en la boca en forma de lesiones en los tejidos blandos. La lesión oral de las deficiencias del comple

jo vitamínico "B", no es única y debe correlacionarse con otros hallazgos clínicos.

6.1. Tiamina o Vitamina B₁.

La Tiamina ha sido aislada en forma cristalina. - Es estable en calor seco, inestable en soluciones neutras o alcalinas.

Fuentes. - Legumbres como habas y guisantes, carne de cerdo, vegetales y fruta,

Características Clínicas Generales. - La deficiencia ligera provoca trastornos de la salud física y mental. El paciente suele volverse irritable y muy sensible al ruido y al dolor. En deficiencias graves y prolongadas hay pérdida del apetito, náuseas y vómitos, hipotensión arterial hasta valores sistólicos de 85 a 100 mm. de Hg., el trastorno suele acompañarse de edema y colecciones encerosas, pudiendo existir diarrea crónica y lesiones inflamatorias del tubo digestivo.

A la deficiencia de Tiamina se le conoce como Beri Beri, lo cual ocasiona graves polineuritis, parestesias, hipersensibilidad con debilidad muscular.

Manifestaciones en Lengua. - La lengua puede estar edematosa y enrojecida y las encías inflamadas. Es común el crecimiento e hipertrofia de las papilas fungiformes. - La lengua y la mucosa bucal presentan hipersensibilidad, hay indentaciones en lengua, vesículas en la unión mucocutánea del labio. Predisposición a erupciones herpéticas.

Terapéutica. - 50 mg. de Tiamina, tres veces al día junto con otros componentes del complejo "B" y también vitamina "C". En erupciones herpéticas aplicar 25 mg. diarios para suprimir la lesión.

6.2. Riboflavina o Vitamina B₂.

Se aísla bajo la forma de agujas pardo amarillentas.

Fuentes.- Leche, verduras, levaduras e hígado.

Características Clínicas Generales.- La deficiencia de -- Riboflavina da lugar a lesiones que afectan los ojos, -- la conjuntiva y la mucosa bucal, en lesiones oculares -- hay prurito, ardor, fotofobia y disminución de la visión. En casos graves, la córnea se ulcera y se vasculariza -- produciendo ceguera. Las lesiones de piel consisten en u na dermatitis escamosa que afecta pliegues nasolabiales- y región posauricular.

Manifestaciones en Lengua.- Puede existir una ligera glo- sodinia asociada con deficiencias de Riboflavina.

Las papilas fungiformes están hipertrofiadas y ede- matosas, confiriéndole a la lengua un aspecto granuloso-. Las papilas filiformes, se encuentran parcial o totalmen- te atrofiadas, especialmente en la punta y los bordes de la lengua.

La glositis se caracteriza por una coloración pur- púrea.

Terapéutica.- Administrar de 25 a 50 mg. diarios de vita- mina B₂, junto con otros componentes del complejo y vita- mina "C".

6.3. Acido Nicotínico o Niacina.

Se aísla bajo la forma de cristales blancos en for- ma de agujas.

Fuentes.- Carnes magras, hígado, patatas y verduras.

La vitamina se encuentra en tejidos animales en -- forma de Amida y en los tejidos vegetales como ácido ni- cotínico.

Características Clínicas Generales.- La deficiencia de- ácido nicotínico origina la Pelagra en el ser humano. Esta enfermedad se caracteriza por: Dermatitis, diarrea, demencia y defunción.

Se observa dermatitis escamosa simétrica en las re- giones expuestas de la cara, cuello, cabeza, antebrazos, codos y rodillas, con oscurecimiento, descamación y pro-

ducción de cicatrices, las lesiones se agravan por efecto de la luz solar y del calor.

Manifestaciones en Lengua.- La lengua está especialmente afectada, de un color rojo vivo, brillante, la descamación de las papilas linguales da origen a la llamada Lengua Calva.

Al principio se encuentran úlceras superficiales en la cara dorsal y en los bordes del órgano. A lo largo de los dientes, debidas a la tumefacción que este órgano presenta.

Más tarde se presenta descamación generalizada en el dorso de la lengua, volviéndose seca y de aspecto rojo musculoso. Las papilas están atrofiadas y necrosadas. La lengua se vuelve extremadamente sensible y presenta dolor al comer o al beber.

Terapéutica.- Aplicar de 150 a 300mg. de Niacinamida junto con otros componentes del complejo "B".

6.4. Acido Fólico.

Se aísla en forma de escamas amarillo brillantes lanceoladas.

Fuentes.- Se encuentra distribuido en la naturaleza, y en la alimentación equilibrada normal.

Este factor es indispensable para el funcionamiento del tejido hematopoyético.

Características Clínicas Generales.- La deficiencia de Acido Fólico origina una anemia macrocítica. El inicio de la enfermedad es insidioso, con debilidad progresiva, pérdida de peso e irritabilidad.

El Acido Fólico es específico para el tratamiento del Espúe.

Manifestaciones en Lengua.- Las manifestaciones orales de deficiencia de ácido fólico son:

Estomatitis generalizada, glositis, queilosis y queilitis. El paciente se queja de sensación de ardor en la lengua y mucosa bucal.

La lengua se vuelve edematosa y roja en la punta

y bordes laterales. La atrofia de la papilas confiere a este órgano un aspecto rojo encendido y liso en el dorso. En ocasiones se observan graves úlceras de lengua y mucosa.

Terapéutica.- 5 mg. diarios de ácido fólico junto con otros componentes del complejo "B" y vitamina "C".

6.5. Biotina.

Se aísla en forma cristalina.

Fuentes.-Tejidos vegetales y animales, levaduras e hígado.

Características Clínicas Generales.- La deficiencia de biotina en los seres humanos produce dermatitis descamativa, palidez de la mucosa y de la piel, cansancio muscular, anorexia y alteraciones en el color.

Manifestaciones en Lengua.- Alteraciones en el color y en la superficie de la lengua (atrofia Papilar).

6.6. Piridoxina o Vitamina B₆.

La Piridoxina, es una sustancia cristalina blanca, soluble en agua y alcohol.

Fuentes.- Levadura de cerveza, trigo, hígado, riñones, espinacas y lechuga.

Se calcula que el hombre necesita de 1 a 2 mg. - diarios de esta vitamina.

Características Clínicas Generales.- En los lactantes la deficiencia de Piridoxina da origen a convulsiones, pudiendo ser causa de retraso mental. En los adultos la deficiencia provoca anorexia, pérdida de peso, conjuntivitis, dermatitis y neuritis periférica.

Manifestaciones en Lengua.- Glositis que va asociada con edema de la lengua, glosodinia, atrofia de papilas, principalmente en la punta. La lengua presenta una capa de color púrpura.

Terapéutica.- Administrar de 2 a 5 mg. diarios de vitamina B₆, junto con vitamina "C".

6.7. Cianocobalamina o Vitamina B₁₂.

Compuesto cristalino de color rojo, contiene cobalto.

Fuentes.- hígado, leche y sus derivados.

Características Clínicas Generales.- La deficiencia de Cianocobalamina da origen a la anemia perniciosa debido a un defecto en la absorción intestinal.

Hay inflamación del conducto gastrointestinal, de generación de las caras lateral y posterior de la Médula Espinal y de los nervios periféricos, parestesia y neuralgia del Trigémino.

Manifestaciones en Lengua.- Hay inflamación y atrofia de la lengua.

La mayoría de los pacientes con Anemia Perniciosa presentan brotes intermitentes de úlceras linguales, -- que pueden durar varias semanas. La lengua se vuelve dolorosa y enrojecida.

Hay inflamación y atrofia de las papilas linguales, dejando un dorso liso.

Terapéutica.-Strean; sugiere la administración de 1000-mg. diarios de vitamina B₁₂, para reducir intensidad y frecuencia del tic doloroso.

Fields y Hoff; sugieren que 6 inyecciones diarias de 1000 mg. de vitamina B₁₂ cristalina para vencer el dolor lancinante de la neuralgia del trigémino y para aliviar casi completamente la parestesia.

Capitulo 7.

Discrasias Sangüneas.

Enfermedades
que afectan a
los eritrociti-
tos.

Esprue.
Anemia Perniciosa.
Anemia Ferropénica y Síndrome de Plummer
Vinson.
Policitemia Vera.
Síndrome de Chediak-Higashi.
Leucemia.

Enfermedades-
que afectan a
las plaquetas.

Púrpura Trombocitopénica.

Enfermedades-
que afectan a
factores san-
guíneos espe-
cíficos.

Macroglobulinemia.

Capitulo 7.

Anomalias Linguales Causadas por Discrasias Sanguíneas.

Los componentes de la sangre, realizan funciones muy importantes en muchos mecanismos y procesos del organismo humano.

Cualquier alteración de algunos de estos componentes, trae como consecuencia, manifestaciones clínicas generales y bucales, pudiendo ser en algunas ocasiones - Manifestaciones Clínicas graves.

El hecho de que quizás, reacciones graves y a veces fatales pueden ser ocasionadas por procedimientos dentales en pacientes con discrasias sanguíneas debe poner alertas a los Cirujanos Dentistas para poder reconocer los signos bucales que existen en algunas de estas alteraciones.

Comroe, Collins y Crane formularon la siguiente lista de manifestaciones bucales importantes, que hacen necesario someter al paciente a biometría hemática.

- 7.1. Hemorragia espontánea de la encía o de las mucosas.
- 7.1.1. Numerosas petequias en la boca.
- 7.1.2. Dificultad para controlar hemorragia post-operatoria.
- 7.1.3. Palidez acentuada de las mucosas.
- 7.1.4. Infecciones agudas o crónicas reacias al tratamiento.
- 7.1.5. Atrofia de la papilas linguales sin causa aparente.
- 7.1.6. Molestias persistentes de la lengua y de la boca, sin pruebas de irritación local.
- 7.1.7. Ulceraciones de la boca acompañadas de fiebre.

7.2 Esprue.

Sinonimia.- Esteatorrea Idiopática, Enfermedad Celiaca.

Es una enfermedad que integra un grupo de padecimientos que comprende el Síndrome de Mala absorción.

Etiología.- Dietas inadecuadas, especialmente con deficiencias de vitamina B₁₂ y ácido fólico.

Edad y Sexo.- Se produce a cualquier edad y se presenta en ambos sexos.

Características Clínicas.- El Esprue, se produce tanto en países tropicales, como en zonas templadas.

Esta enfermedad empieza con trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento), heces abundantes, de color canela que contiene grandes cantidades de grasa no digerida, pérdida excesiva de calcio y por lo tanto hay deficiencia del mismo. Este trastorno del metabolismo, puede ocasionar osteoporosis y alteraciones esqueléticas, principalmente si la enfermedad se produce en niños.

Hay irritabilidad muscular, entumecimiento y hormigueo de extremidades, malestar y debilidad generalizados. Las lesiones cutáneas se caracterizan por pigmentación pardusca, en particular en la cara, cuello, brazos y piernas, piel seca con una erupción escamosa.

Manifestaciones en Lengua.- Puede haber glositis graves con atrofia de papilas filiformes. Sensación de dolor (glosodinia), y ardor (glosopirosis) de la lengua y mucosa bucal, puede haber erosiones vesiculares pequeñas y dolorosas.

Tratamiento.- Administración de Vitamina B₁₂ y ácido fólico, dieta rica en proteínas y pobre en grasas, en la dieta también debe existir minerales.

En caso de Esprue no tropical hay que suspender el consumo de Gluten de trigo o de harina de arroz.

Características Hematológicas.

La cantidad de eritrocitos está disminuida, hay -- macrocitosis, poiquilosis (variación en la forma de la célula). El contenido de hemoglobina en eritrocitos -- aumenta, esto es proporcional a su aumento de tamaño, -- ya que la concentración de hemoglobina corpuscular me -- dia es normal.

La Médula presenta hiper celularidad y grandes can -- tidades de eritrocitos inmaduros o megaloblastos con po -- cos normoblastos, lo cual indica una detención de la ma -- duración en la etapa megaloblástica.

7.3. Anemias.

La Anemia es la disminución de la cantidad de e -- ritrocitos circulantes, hemoglobina y leucocitos concen -- trados, por unidad de volumen de sangre.

A continuación solamente están descritas las Ane -- mias que producen alteraciones importantes a nivel del -- órgano lingual.

1.3.1. Anemia perniciosa.

Sinonimia. - Anemia Primaria, Anemia de Addison, Anemia -- de Biermer.

La Anemia Perniciosa es una enfermedad crónica -- por deficiencia de factor intrínseco necesario para la -- absorción en el ileon de vitamina B₁₂ (Factor Extrínse -- co).

Etiología. - Deficiencia del factor extrínseco.

Edad y Sexo. - La Anemia Perniciosa es una enfermedad de -- la vida adulta, casi nunca se presenta antes de los 30 -- años. Se presenta tanto en hombres como en mujeres.

Características Clínicas. - El comienzo de la enfermedad -- suele ser insidioso. El paciente se queja de debilidad -- generalizada, náuseas, vómitos, mareos, pérdida del a -- petito, diarrea y cefaleas.

Los síntomas ocasionados por la Anemia son:

Debilidad, disnea, palidez y edema ocasional. Los síntomas digestivos comprenden: anorexia, diarrea y sensación de plenitud. Los signos neurológicos, se deben a la degeneración de los haces laterales y posteriores de la Médula Espinal y son los siguientes: pérdida de los sentidos de vibración y postura, incontinencia urinaria y parestesia en extremidades. Algunos pacientes presentan psicosis.

Manifestaciones en Lengua.-Entre las primeras manifestaciones de la enfermedad, la lengua está roja, en su totalidad y por zonas, dorso y bordes laterales. Más adelante hay atrofia de papilas fungiformes y filiformes (Glositis de Hunter o de Moeller).

En los casos graves disminuyen todas las papilas de la lengua y se pierde en parte el tono muscular normal. La lengua se vuelve lisa y el paciente siente sensación de rigidez. Algunos enfermos pierden la sensación gustativa.

Características Hematológicas.- Esta enfermedad presenta períodos de remisión y exacerbación. Los cambios sanguíneos se dan en forma paralela a las características clínicas.

° La sangre periférica presenta macrocitosis con anisocitosis y poiquilocitosis. La cifra de hematies está proporcionalmente más disminuida que la hemoglobina. El volumen corpuscular medio está aumentado y la concentración corpuscular media de hemoglobina es normal.

La Médula Osea muestra gran cantidad de eritrocitos inmaduros, lo cual indica detención de la maduración en la etapa megaloblástica más primitiva. Los polimacrocitos o leucocitos polimorfonucleares grandes, con núcleos grandes polilobulados, también son característicos. Existe aclorhidria, el pH del contenido gástrico suele ser elevado.

Tratamiento.- Administrar una inyección mensual de Cianocobalamina (Vitamina B₁₂), durante toda la vida del paciente.

7.3.2. Anemia Ferropénica y Síndrome de Plummer-Vinson.

La Anemia Ferropénica, es una enfermedad causada por deficiencia de hierro.

El Síndrome de Plummer-Vinson, es una manifestación de esta anemia. Es uno de los pocos factores predisponentes conocidos del cáncer bucal.

Etiología.- Aportación inadecuada de hierro (carencia materna); alteración en la absorción de hierro (personas con aclorhidria); o pérdidas excesivas de hierro (menstruación abundante, embarazo).

Edad y Sexo.- La Anemia Ferropénica aparece a cualquier edad y el Síndrome se presenta entre los 30 y 40 años.

Se presenta principalmente en mujeres.

Características Clínicas.- Las pacientes son delgadas, con una facies pálida y demacrada, labios delgados e inelásticos, queilosis angular, no toleran dentaduras artificiales y por lo tanto son personas anodontas.

La disfagia se debe habitualmente a espasmos esofágicos, quedando, en algunas ocasiones, atrapados los alimentos en este lugar. La mucosa de la cavidad bucal y esófago está atrófica y carece de queratinización normal. En las zonas de atrofia de la mucosa, se desarrollan alteraciones leucoplásicas y carcinomatosas.

Presencia de coiloniquia (uñas en forma de cuchara) o uñas frágiles. En algunos pacientes se registró esplenomegalia.

Manifestaciones en Lengua.- El paciente puede tener hipersensibilidad en este órgano al ingerir las comidas calientes o muy condimentadas.

La lengua se presenta lisa, lustrosa especialmente en la punta y los bordes, de color rojo, hay dolor, atrofia de papilas filiformes y más tarde de fungiformes. La lengua con frecuencia está arrugada debido a la atrofia del tejido subyacente a la mucosa.

Características Hematológicas.- El examen de sangre reve

la una anemia microcítica hipocrómica de diversos grados. La concentración corpuscular media de hemoglobina es baja. Hay anisocitosis.

El exámen histológico de la Médula Osea teñida - bajo la reacción de azul de Prusia, es un método muy - sensible para valorar los depósitos de hierro. Es frecuente la aclorhidria.

Tratamiento.- La Anemia Ferropénica reacciona con la - administración de hierro y dieta rica en proteínas. Es necesario realizar un diagnóstico temprano, para así - poder empezar el tratamiento.

7.4. Policitemia Vera.

Sinonimia.- Policitemia Rubra Vera, Eritremia, Enferme - dad de Vaquez y Enfermedad de Osler.

Es una enfermedad que se caracteriza por aumento de la cantidad de globulos rojos, blancos y plaquetas - a consecuencia de una hiperplasia de la Médula Osea.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo?- Se produce en la mayoría de los casos en personas de edad comprendida entre 40 y 70 años.

Se presenta con mayor frecuencia en los hombres.

Características Clínicas.- El comienzo suele ser inci - dioso. La facies es pletórica, las mucosas son de co - lor rojo púrpura, prúrigo, esplenomegalia y congestión venosa generalizada.

También puede presentarse cefalea; debilidad, fa - tiga, astenia, disnea y somnolencia, Son frecuentes -- las hemorragias especialmente, epistaxis, equimosis -- subcutáneas y hemorragias consecutivas a traumatismos - o intervenciones quirúrgicas.

La esplenomegalia, es uno de los rasgos más cons - tantes de la Policitemia Vera, del Bazo suele ser dolo - roso, y son comunes las molestias gástricas.

Manifestaciones en Lengua.- Una de las caracterfsticas más claras es el color rojo púrpura de la mucosa bucal, encías y lengua, también presentan petequias y tienen -

tendencia a sangrar con el menor traumatismo.

Características Hematológicas.- La cantidad de hematies está elevada y llega a exceder los 10 000 000 de células por mm³. El contenido de hemoglobina en la sangre también está aumentada. Debido a la gran cantidad de células, hay un aumento de peso específico y viscosidad de la -- sangre.

La leucocitosis es común y produce un gran incremento de la cantidad de plaquetas, el volúmen sanguíneo total está elevado por distensión de los vasos sanguíneos más pequeños. Los tiempos de sangrado y coagulación son normales.

Tratamiento.- El tratamiento bucal consiste en mantener una buena higiene durante las etapas agudas.

El tratamiento general, va encaminado a disminuir el volúmen de sangre.

Las venisecciones frecuentes, producen gran mejoría también pueden emplearse substancias farmacológicas con el fin de disminuir la actividad de la Médula Osea (fosfato radiactivo y trietilenmelamina).

7.5. Síndrome de Chediak-Higashi.

Es una enfermedad genética rara, que se transmite como un rasgo autosómico recesivo.

Edad.-Suele ser mortal en los primeros años de vida.

Características Clínicas.-Fotofobia asociada con trans·lucidez del iris, disminución de la secreción lagrimal, nistagmo, albinismo parcial de la piel y marcada susceptibilidad a infecciones. Existen adenopatias y esplenomegalia.

Manifestaciones en Lengua.-Incluyen úlceras de la mucosa, gingivitis y glositis avanzadas.

Características Hematológicas.-El paciente sufre de pancitopenia, así como de granulaciones atípicas en leucocitos polimorfonucleares periféricos y linfocitos. Presenta cuerpos de inclusión en células mieloides

de la Médula.

Tratamiento.- No hay un tratamiento específico conocido para esta anomalía.

7.6. Leucemia.

Es una enfermedad incurable, que se caracteriza por aumento de leucocitos, muchos de los cuales no llegan a la madurez, por lo general, en la sangre periférica.

Etiología.- Desconocida.

La Leucemia se clasifica según su curso en agudas y crónicas y éstas a su vez en:

Leucemia Mieloide (mielógena, mielocítica); afecta a la serie granulocítica.

Leucemia Linfoide (linfógena, linfocitaria, linfática), afecta la serie linfocitaria.

Leucemia Monocítica, afecta a la serie monocítica.

Esta clasificación se puede modificar para indicar el curso de la enfermedad mediante la aplicación de término aguda o crónica.

Edad y Sexo.- La Leucemia Aguda se puede presentar a cualquier edad; la Leucemia Crónica se presenta en adultos, rara vez se presenta antes de los 20 años.

Los hombres son afectados con mayor frecuencia que las mujeres.

Características Clínicas.-

Leucemia Aguda.- El comienzo de esta enfermedad suele ser en forma súbita, caracterizada por palidez, fiebre, fatigabilidad, tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, hemorragias de las mucosas, petequias y equimosis de piel y mucosas.

El Bazo, el Hígado y el Riñón pueden agrandarse debido a infiltración leucémica, especialmente en casos de larga duración.

Leucemia Crónica.- El comienzo de esta enfermedad suele ser en forma tan insidiosa, que puede estar presente durante meses o años, antes de poder ser descubierta y la mayoría de los pacientes tienen un aspecto saludable.

Los primeros síntomas que el paciente presenta son: palidez, fatiga, anemia y disnea.

Es frecuente una notable Espleno y Hepatomegalia, puede haber agrandamiento de glándulas salivales y amígdalas, debido a la infiltración leucémica, habiendo como consecuencia Xerostomia,

La piel suele presentar petequias y equimosis, pápulas, pústulas, ampollas, zonas de pigmentación, prurito, herpes zóster y sensación de ardor.

Manifestaciones en Lengua.- Las lesiones bucales se presentan semejantes en ambas formas de Leucemia.

Es difícil discernir las papilas fungiformes de la lengua, hay hemorragias gingivales submucosas. Los abscesos de la pulpa pueden afectar dientes sin caries, produciéndose intenso dolor sin causa aparente, petequias y equimosis, gingivitis.

Las papilas interdentes son de color azul, son blandas y sangran con facilidad. A veces se producen úlceras en la mucosa bucal y amígdalas; la sequedad de la boca es común, la lengua saburral y teñida de sangre, con olor fétido. Puede haber adenopatías cervicales duras, discretas no dolorosas a la presión.

Características Hematológicas.

Leucemia aguda.- Existe anemia y trombocitopenia, a veces están prolongados el tiempo de coagulación y de sangrado.

La cantidad de leucocitos puede ser subnormal, en particular en las fases tempranas del mal, pero suele ascender; habiendo un correspondiente aumento de proporción de células afectadas.

En la Leucemia Mielóide, la célula predominante suele asemejarse al mieloblasto o mielocito diferenciado. En la leucemia linfóide varía la diferenciación celular, al igual que en la leucemia monocítica.

Leucemia Crónica.- Hay anemia y trombocitopenia.- La Leucocitosis es grande y la cantidad de leucocitos asciende.

Es frecuente que el 95 % de la cantidad total de las células sean leucémicas.

Tratamiento.- Mantener una higiene bucal cuidadosa para aliviar el dolor y disminuir la irritación, utilizando un enjuague tibio (levemente alcalino), antibioticoterapia parenteral para reducir las lesiones ulceronecroticas de la boca. Esto no modifica la evolución de la enfermedad.

En casos de dolor agudo en los dientes, se debe realizar un drenaje haciendo un acceso en el diente afectado. Están contraindicadas las extracciones y cualquier intervención quirúrgica. Los tratamientos de elección son el fósforo radiactivo y la radiación diseminada del cuerpo.

Se han utilizado con cierto éxito el Mileran, la 6-Mercaptopurina, Azaserina, el Uretano y la Cortizona; también son útiles las transfusiones sanguíneas.

El tratamiento va encaminado a la prolongación de la vida del paciente, ya que no hay tratamiento curativo para la Leucemia.

7.7. Macroglobulinemia.

Sinonimia.- Macroglobulinemia de Naldrenström, Macroglobulinemia Primaria, Idiopática o Esencial.

Es un factor sanguíneo que se caracteriza por la proliferación de un tipo de células "Linfocitoídes", anormales que forman globulinas de elevado peso molecular.

Etiología.- Desconocida.

Edad y Sexo.- Se presenta entre 40 y 70 años. Los hombres son mayormente afectados que las mujeres.

Características Clínicas.- El paciente presenta principalmente palidez, debilidad, pérdida de peso, hemorragias que varían desde epistaxis, gingivales, retinianas -

y cutáneas de poca importancia, a hemorragias que ponen en peligro la vida del paciente.

Manifestaciones en Lengua.- Hemorragias gingivales después de las profilaxis, úlceras sangrantes hasta de 1 cm. de diámetro en lengua, paladar, encía y zonas focales de hiperemia que son edematosas, dolorosas, lesión de glándulas salivales y Xerostomía.

Características Hematológicas.- Existe una Anemia Normocítica y normocrómica en casi todos los pacientes, siendo a veces grave.

La forma leucocitaria puede mostrar una relativa "Linfocitosis" y puede existir pancitopenia.

La punción medular puede mostrar una infiltración "linfocitoide" y puede existir disminución de las cifras de hematíes. Los ganglios linfáticos, el Bazo y el Hígado, están infiltrados por células linfocitoides, células plasmáticas linfoides y células reticulares.

La cantidad de leucocitos y plaquetas, así como los tiempos de sangrado y coagulación y protrombina suelen estar dentro de los límites normales, aunque a veces se observa linfocitosis, neutropenia y trombocitopenia.

Tratamiento.- La terapéutica que se utiliza es de sostén con reposición entera de sangre, ya que no hay un tratamiento específico.

Capítulo 3.

Manifestaciones Linguales de Enfermedades Infecciosas.

Infecciones Bacterianas.

Escarlatina.
Difteria.
Tuberculosis.
Lepra.
Sífilis.
Linfogranuloma Inguinal.

Infecciones Virales.

Herpes Simple.
Estomatitis Aftosa.
Herpes Zóster.

Infecciones Micóticas.

Actinomicosis.
Histoplasmosis.
Moniliasis.

Capítulo 8.

Manifestaciones Linguales de Enfermedades Infecciosas.

Ciertas bacterias, virus y hongos, producen enfermedades que se manifiestan en la cavidad bucal o especialmente en la lengua. Algunas de estas lesiones son producidas por microorganismos específicos. Otras son específicas en forma clínica, pero producidas por microorganismos inespecíficos. Esta especificidad o inespecificidad es característica de las enfermedades infecciosas bacterianas, virales y micóticas.

8.1. Infecciones Bacterianas.

8.1.1. Escarlatina.

Es una enfermedad contagiosa aguda.

Etiología.- Infección por estreptococos del tipo Beta-hemolítico, que elabora una toxina soluble que origina el exantema característico.

Edad.- Se presenta principalmente en la infancia.

Período de Incubación?- 2 a 7 días.

Características Clínicas.- Los síntomas iniciales consisten en fiebre de 39° a 40° C, faringitis, amigdalitis intensas, cefaleas, escalofríos y vómitos, a menudo hay convulsiones, malestar general, disfagia y dolores en el cuello, puede haber sensibilidad y agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales regionales.

El exantema suele brotar al final del primer día o al comienzo del segundo. Empieza por el tronco y el cuello y solo después invade las extremidades.

La erupción exantémica se reduce, a manchitas en forma de salpicadura, primero son tenues, más tarde de color rojo intenso, del tamaño de la cabeza de un alfiler.

Esta erupción es producto de la agresión tóxica al endotelio vascular, que produce dilatación de los vasos pequeños y la consiguiente hiperemia.

Manifestaciones Bucales.- A las manifestaciones en boca se les han denominado "Estomatitis Escarlatinosa".- Durante el máximo de la erupción, la mucosa bucal está uniformemente congestionada. Pueden aparecer finas hemorragias de submucosa en el paladar. Las amígdalas y pilares de las fauces, suelen estar inflamadas y a veces cubiertos de un exudado grisáceo.

La lengua tiene una capa blanca a nivel de los bordes y la punta, las papilas fungiformes están edematosas e hiperémicas, se observan manchas rojas a través de la saburra, produciendo la imagen característica llamada "Lengua de Fresa", la saburra desaparece en 24 hrs., tornándose la lengua de color rojo intenso, liso y brillante, con excepción de papilas hinchadas e hiperémicas. En esta fase, la lengua recibe el nombre de "Lengua Aframbuesada".

Complicaciones.-Estas suelen estar relacionadas, con la diseminación bacteriana local o generalizada o con reacciones de hipersensibilidad a las toxinas bacterianas. Estas pueden incluir abscesos periamigdalinos, rinitis, sinusitis, otitis media, neumonía, fiebre reumática y artritis.

Tratamiento.- Administración de penicilina G procaína de 6 a 10 días. El resto del tratamiento es higiénico, dietético y sintomático. El reposo en cama debe durar de 3 a 5 semanas.

8.1.2. Difteria.

Es una enfermedad infecciosa aguda que se caracteriza por toxemia intensa y formación de exudado fibrinoso en las superficies mucosas afectadas.

Etiología.- Bacilo gram-positivo, el Corynebacterium Diphtheriae, que ocasiona una gran inflamación membranosa de la faringe con poder tóxico a distancia. Esta infección aparece con mayor frecuencia durante los meses

de otoño e invierno.

Periodo de Incubación.- 2 a 5 días.

Características Clínicas.- Los síntomas iniciales son: malestar, cefalea, fiebre de 38° a 40° C. y algunos vómitos. El pulso es rápido, irregular y débil.

Hay dolor intenso y enrojecimiento de tórax acompañada de disfagia.

Manifestaciones Bucales.- Al examen las fauces, presentan moderada hinchazón, la mucosa faríngea y las amígdalas presentan unas manchitas blanco-grisáceas, en forma de líneas y puntos, que no se desprenden y que después revisten la úvula y el velo del paladar. Hay un aliento de olor desabrido dulzón particular, característico de la difteria. A menudo la lengua, mejillas, faringe, encías, istmo de las fauces y amígdalas pueden tener falsa membrana, la cual es un exudado grisáceo, espeso, fibrinoso, de aspecto gelatinoso, que contiene células muertas, leucocitos y bacterias. Tiende a adherirse y al ser desalojada dejar una superficie sangrante.

Complicaciones.-Durante o después de la enfermedad, puede haber complicaciones en Sistema Cardiovascular y Nervioso, la nefritis también es una secuela grave.

Tratamiento.-Reposo por lo menos 20 días; alimentación líquida o blanda, sueroterapia, ya que el suero neutraliza la toxina diftérica circulante todavía no fijada en las células.

Administración de penicilina.

En caso de obstrucción respiratoria, se deberá realizar la intubación o la traqueotomía, ambos deben mantenerse por lo menos 3 o 4 días.

En caso de colapso se administrarán corticoides y vasopresores.

3.1.3. Tuberculosis.

Es una enfermedad infecciosa granulomatosa.

Etiología.- Bacilo ácido resistente Mycobacterium Tuber

culoso.

Edad. - Esta enfermedad se puede producir a cualquier edad.

Características Clínicas. - Los signos y síntomas clínicos de la tuberculosis son muy incidiosos y pueden incluir pérdida de peso, anorexia, fiebre o escalofríos esporádicos, fatigabilidad, malestar general y tos persistente, con o sin hemoptisis. Son frecuentes la aceleración del pulso, la palidez y la amenorrea en la mujer.

Los microorganismos pueden diseminarse por la corriente sanguínea y dan lugar a lesiones de muchos órganos, como Riñón e Hígado, recibiendo el nombre de Tuberculosis Miliar.

La infección tuberculosa de ganglios linfáticos -- submaxilares o cervicales, evoluciona para formar un absceso o permanecen como una lesión granulomatosa típica y por lo tanto en los dos casos hay hinchazón de los ganglios, son sensibles y dolorosos.

La Tuberculosis primaria de la piel, o lupus vulgar, es una enfermedad que aparece como nódulos papulares que se ulceran con mucha frecuencia.

Manifestaciones Bucales. - Las lesiones tuberculosas de la mucosa bucal, suelen encontrarse en pacientes con Tuberculosis avanzadas.

Las lesiones más comunes se presentan en la lengua, pero también se pueden encontrar en labios, paladar, glándulas salivales, mucosa vestibular, encía y -- frenillos.

Las lesiones tuberculosas de la boca, empiezan como pequeños tubérculos o gránulos, que se abren y forman úlceras dolorosas, formándose a su vez otros tubérculos alrededor de la úlcera central, aumentando considerablemente de tamaño, estas lesiones son muy frecuentes en lengua, por lo general se presentan en lugares donde los bordes del órgano entran en contacto con dientes con bordes irregulares.

Tratamiento. - Reposo absoluto en cama, evitar esfuerzos

físicos, son recomendables los baños de sol y de mar.- Cuando es evidente la Tuberculosis debe precederse al tratamiento con administración de Isoniacida durante un período de 6 meses.

La Tuberculosis Pulmonar se debe tratar con Es-treptomicina e Isoniacida durante un período no menor a 12 meses. No son necesarias normas especiales de alimentación y el tratamiento quimioterápico es especial y se debe completar con aporte vitamínico y mineral adecuados. La terapéutica también consiste en mantener una buena higiene bucal y eliminar todos los focos de irritación.

Las precauciones a nivel dental son muy importantes. Se debe utilizar siempre cubrebocas, esterilización cuidadosa del instrumental, las impresiones del paciente tuberculoso se esterilizan en formol al 10 % durante 30 minutos.

8.1.4. Lepra.

La Lepra es una infección granulomatosa poco contagiosa.

Etiología.- Mycobacterium Leprae.

Edad.- Los niños son los más susceptibles, aunque también se presenta en adultos.

Período de Incubación.- Es muy largo, pudiendo llegar hasta 12 años.

Características Clínicas.- Se conocen tres formas clásicas de Lepra y son:

Lepra Nudosa o Tuberosa, Lepra Maculoanestésica o Nerviosa y Lepra Mixta.

La Lepra Tuberosa, empieza con la aparición de manchas rojas en diversos puntos del cuerpo, convirtiéndose más tarde en manchas pardas. Las características que presentan los pacientes son: caída de las cejas; -- las manchas se extienden a ambos lados de la nariz, dando aspecto de mariposa, en ocasiones hay epistaxis. La cara adquiere un aspecto grotesco, las orejas con frecuencia están agrandadas, la nariz se hunde por la destrucción del tabique nasal cartilaginoso. En las extremidades a menudo se desarrollan hiperqueratosis.

En la Lepra Maculoanestésica (Lepra Nerviosa), - también hay manchas como en la Lepra Tuberosa, principalmente en los nervios periféricos, que originan en el tronco y extremidades, fenómenos como, parálisis y atrofas musculares, principalmente anestias, que ocasionan lesiones y mutilaciones en los miembros, con participación de los huesos.

En la Lepra Mixta se encuentran combinadas la tuberosa y la nerviosa.

Manifestaciones Bucales.- Las lesiones bucales de la Lepra consisten en pequeñas masas tumorales llamadas - leprómas, que frecuentemente se rompen y ulceran por - traumatismos o infección secundaria. Estas lesiones se encuentran comunmente en paladar duro, labios y lengua. Cuando existen lesiones en encias, la acción irritante de los cálculos y la masticación dan origen a una gran hipertrofia a este nivel.

La saliva es muy viscosa, la resorsión ósea está aumentada debajo de las prótesis de los enfermos de Lepra.

La lengua muestra pliegues profundos y más tarde deformidad cicatrizal. Muchas veces las lesiones linguales se acompañan de Leucoplasia.

En la Lepra Maculoanestésica, es común que estén afectados el 5° y 7° pares craneales.

Tratamiento.-Las Sulfonas son las substancias más utilizadas (Diaminodifenilsulfona).

La medicación se debe realizar con mucho cuidado, suspendiéndose si se observa una reacción aguda con exaservaciones de las lesiones y aparición de fiebre.

La administración de Promin, Diasona y Promizol, - se , logra curar las lesiones de la mucosa bucal.

Se ha visto que las vacunas BCG inmuniza contra - el bacilo de Hansen.

8.1.3. Sífilis.

Sinonimia.- Lués Venérea, Morbo Gálico, Mal de la Isla-Española, Mal Napolitano, o Enfermedad de los Franceses.

Es una enfermedad infectocontagiosa.

Etiología.- Infección del Treponema Pálido.

Edad.- Afecta a las personas de cualquier edad, aún - antes del nacimiento.

Chancro.-Es toda afección inicial que corresponde a una enfermedad microbiana, consiste en una pápula dura que se va a erosionar, que aparece de 2 a 3 semanas de la infección y que cuando se descubre ya es una ulceración de tamaño variable que puede ser de .5 a 2 cm. de diámetro, habitualmente es única, la superficie es limpia y base indurada.

Características Clínicas.- La Sifilis se clasifica en: Adquirida y Congénita.

Sifilis Adquirida.-La forma adquirida de la Sifilis se contrae en forma primaria como enfermedad venérea, después de una relación sexual con una persona infectada o en Cirujanos Dentistas que trabajan en pacientes enfermos.

Este tipo de Sifilis presenta tres fases.

Fase primaria.- El chancro de inoculación aparece a las tres semanas después del contacto.

El chancro aparece más frecuentemente en el pene, en el hombre y en la vulva o cuello del útero en la mujer. Se trata de una úlcera de color rosa claro, rica en treponemas y asentada sobre una base dura, - leñosa.

Fase Secundaria o Metastásica.- Comienza 6 semanas - después de la lesión primaria, se encuentran afectados los ganglios linfáticos regionales presentando hinchazón. A partir de esta linfadenitis regional -- las espiroquetas se diseminan por todo el organismo. De la octava a la decimosegunda semanas de enfermedad, aparecen los exantemas, cuyas formas principales son: Las Sifilides maculosas o roseda sifilítica, las sifilides papulosas y las sifilides pustulosas y ulcerosas. Aparecen especialmente en la frente, debajo de las mamas, cara posterior del tronco. Las Sifilides papulosas pueden ser del tamaño de una lenteja o de la cabeza de un alfiler. Las maculopapulosas --

recidivan con frecuencia en la palma de la mano y planta del pie. Los elementos cutáneos sifilíticos son siempre contagiosos principalmente los pustulosos y ulcerosos.

Los síntomas que presenta el paciente son: malestar, astenia, pérdida de la memoria, nerviosismo, adelgazamiento, palidez y alopecia (caída del cabello).

Fase Terciaria.- hay aparición de lesiones gomosas especialmente en el hígado, testículos, huesos, piel y mucosas. El Goma es un nódulo intravisceral, formado por tejido de granulación que se reblandece y cicatriza en forma de esclerosis. Los Gomas esqueléticos desarrollan focos osteomielíticos, con perforaciones en el pulmón, - crean colecciones esferoides.

La Sfilis Terciaria del Sistema Nervioso Central se manifiesta en forma de meningitis esclerogomosas y - formaciones gomosas tumorales.

Manifestaciones Bucales,

Sfilis Adquirida.- En la fase primaria el chancro aparece principalmente en lengua, labios, paladar, encías y amígdalas; puede haber formación de chancros en el sitio de una herida de extracción fresca. La lesión primaria común, es un nódulo elevado y ulcerado con induración local que produce linfadenitis regional, en el labio esta lesión puede tener aspecto parduzco y costroso.

El chancro intrabucal, es una lesión ulcerada cubierta de una membrana blanca-grisácea que puede ser muy dolorosa debido a la infección secundaria.

En la fase secundaria, las lesiones bucales, denominadas placas mucosas, suelen ser placas múltiples, - indólicas y blancas-grisáceas que cubren una superficie ulcerada. Son más frecuentes en la lengua, encía o mucosa vestibular. Son de forma oval irregular y están rodeadas por una zona eritematosa. Las placas mucosas son también muy infecciosas, ya que contienen grandes cantidades de microorganismos.

En la fase terciaria, el goma intrabucal ataca -- con mayor frecuencia lengua y paladar. En cualquiera de los casos, la lesión es una masa nodular firme dentro - del tejido, que puede ulcerarse. En las lesiones del pa

ladar, se puede causar una perforación por desprendimiento de la masa necrótica de tejido. La glositis atrófica es la lesión más característica e importante de la Sífilis.

Características Clínicas.

Sífilis Congénita.- Puede presentarse al nacer y tardíamente, después de los tres meses de edad.

Las formas anatomoclínicas más importantes del -- lactante son: El coriza sífilítico, con secreción mucopurulenta y desarrollo de la típica nariz en forma de silla de montar; el pénfigo palmo plantar, con grandes vesículas, que se rompen y dejan úlceras sangrantes, -- las osteocondritis con esprendimientos epifisarios, -- sobre todo el húmero y otros defectos óseos, Tibia en vaina de sable, frente olímpica, falangitis y piqueteos en las uñas.

En la Sífilis Congénita tardía las manifestaciones son:

Defectos Óseos: Perforaciones del paladar o del tabique nasal, nariz en forma de silla de montar, hipoplasia del maxilar superior, tibia en forma de sable.

Defectos Sensoriales.- Sordera laberíntica, neuritis ótica.

Defectos Cutáneos.- Cicatrización en el ala de la nariz.

Manifestaciones Bucales.

Sífilis Congénita.- Cicatrices posragadias, que son lesiones lineales alrededor del orificio bucal, se presentan inicialmente como líneas rojas o cobrizas cubiertas de una costra blanda.

Las cicatrices lineales, se disponen radialmente y son perpendiculares a la unión mucocutánea. Se notan mejor en el labio inferior cerca de los ángulos de la boca.

La Triada de Hutchinson incluye, hipoplasia del esmalte de los incisivos y primeros molares permanentes, sordera nerviosa y queilitis intersticial.

Existe un estrechamiento general de la corona hacia el borde incisal, produciéndose la forma de destornillador, también se redondean los bordes marginales mesial y distal. Suele estar afectada la punta del canino.

Las lesiones de los molares, se caracterizan por una desviación de la cúspide hacia la parte ocntral de la corona, lo que da al diente una forma de botón.

El chancro en mucosa es ligeramente doloroso debido a infecciones secundarias, las placas en mucosa son de color blanco-grisáceo, ligeramente elevadas, de un contorno eritematoso.

Las Tábés y parálisis general son manifestaciones tardías de la sífilis nerviosa, cuyas lesiones son inflamatorias crónicas, esclerosantes, con neuronofagia y gliosis.

Tratamiento.- La penicilina, es sin duda alguna el medicamento más eficaz de que se dispone para el tratamiento de la sífilis en cualquiera de sus formas.

La penicilina puede administrarse en forma de penicilina G benzatínica, G procaína en suspensión oleosa con un 2 % de monoestearato de aluminio.

La dosis de Eritromicina y tetraciclina también se utilizan para la terapéutica de la sífilis.

8.1.6. Linfogranuloma Inguinal.

Sinonimia.- Linfopatía Venérea o Enfermedad de Nicolás-Favre.

Es una enfermedad venérea debido a un virus filtrable.

Etiología.- Niyaga Anella lymphogranulomatosis.

Edad.- Aparece sobre todo en hombres de 30 y 40 años de edad, las mujeres son menos afectadas.

Período de Incubación.- oscila entre 3 días y varias semanas.

Características Clínicas.- En el foco de inoculación aparece una vesícula primaria o úlcera de primo infección de tamaño pequeño y casi siempre radica en el prepucio, orificio uretral o vagina. Desde esta lesión el microorganismo alcanza los ganglios inguinales que supuran y fistulizan, dejando escapar un pus amarillento.

La vesícula primaria va seguida de 2 a 3 semanas de adenopatía regional dolorosa, malestar, escalofríos y fiebre ligera.

Manifestaciones Bucales.- La lengua es un foco común - de lesiones bucales, principalmente en la prostitutas. Las lesiones consisten en pequeñas úlceras superficiales ligeramente dolorosas con bordes blandos, que se presentan en la punta de este órgano. En los casos de larga duración existen zonas de retracción cicatrizal, con pequeñas áreas de color rojo oscuro, perdiéndose el epitelio superficial y aparecen pápulas opacas griseáceas.

Tratamiento.- Las Tetraciclinas y Sulfamidas son los fármacos de elección.

8.2. Infecciones Virales.

8.2.1. Herpes Simple.

Es una enfermedad vírica oral acompañada de signos de infección aguda que afecta a la boca y en menor grado a la orofaringe. En casos raros afecta cara y genitales.

Etiología.- Herpes virus Hominis.

Edad.- niños y adultos.

Periodo de incubación.- una semana

Características Clínicas.- Fiebre, irritabilidad, cefalea, dolor al tragar y linfadenopatía regional. Los estímulos reactivadores son resfriados, fatigas, insolaciones, menstruaciones y estados de estrés; el organismo decae en sus defensas y permite que el virus provoque la típica inflamación.

Manifestaciones Bucales.- La boca se torna dolorosa y la encía se inflama intensamente, también pueden estar afectados labios, lengua, mucosa vestibular, faringe y amígdalas. Al poco tiempo se forman vesículas amarillentas, llenas de líquido. Se rompen y dejan úlceras poco-

profundas, irregulares, dolorosas, cubiertas de una membrana gris y rodeadas de un halo eritematoso.

Tratamiento. - La terapéutica es sintomática. Los dolores se alivian con toques de solución de pantocafina al 1 %.

Felber y colaboradores dieron a conocer una Técnica de inactivación fotodinámica muy positiva, mediante la cual, las lesiones mejoran bastante.

En esta técnica se rompen las lesiones vesiculares incipientes, se aplica un colorante como el rojo neutro, en solución acuosa al 0.1 % y luego se expone a la luz fluorescente por 15 min. La mayoría de los pacientes experimenta una mejoría sintomática. El tiempo de cicatrización y el índice de recidiva se disminuye.

La aplicación de soluciones como tintura de Benjui y violeta de genciana también es útil para el tratamiento.

8.2.2. Estomatitis Aftosa.

Sinonimia. - Úlcera Aftosa Recurrente.

Edad. - Se observa a cualquier edad, pero sobre todo en la infancia y en la adolescencia.

Hay varios tipos de estomatitis aftosa, pero solamente menciono las que tienen manifestaciones en lengua.

Estomatitis Aftosa Simple.

Sinonimia. - Aftas crónicas recidivantes o habituales.

Etiología. - Idiopática, suele relacionarse con carencia de vitamina B₂ o a procesos de alergia.

Edad. - Se observan a cualquier edad, sobre todo, en la infancia y la adolescencia.

Características Clínicas. - Pérdida de peso e irritabilidad, en ocasiones se encuentra afectada la mucosa geni-

tal.

Manifestaciones Bucales.- Aparecen una o varias úlceritas del tamaño de una lenteja, fondo amarillento y rodeadas de un halo eritematoso, se presentan en los bordes y frenillo de la lengua y en cara interna de los labios y carrillos.

El dolor es intenso y por lo tanto se dificulta la articulación de la palabra y la masticación.

En los lactantes, las aftas dificultan tanto la succión, que los niños se desnutren.

El brote aftoso cura de 1 a 2 semanas y cura sin cicatriz.

Estomatitis Herpética Aftosa.

Etiología.- Herpes simple.

Edad.- niños y jóvenes.

Características Clínicas.- Cuando la lesión se extiende a piel y genitales y el cuadro aparece en niños, siguiendo a procesos febriles, se califica de polipatía aftoide y Pospischill.

Manifestaciones Bucales.- Aparecen unas placas redondas del tamaño de una cabeza de alfiler o de una lenteja, rodeada por un halo eritematoso, muy dolorosas. Se localizan en mucosa de la lengua, labios, carrillos, encías y el velo del paladar.

Tratamiento.- Enjuagues bucales con infusión de manzanilla, solución de permanganato de potasio al 1 x 2000, cauterizaciones con solución de colargol al 20 %, ácido crómico al 5 %, pincelaciones con solución acuosa de violeta de genciana al 2 % con lápiz de nitrato de plata. También se pueden cauterizar con toques de las siguientes soluciones: fenol 10g. Timol 2g., y mentol 1.5g. Las aplicaciones locales de pastillas de Bepanten o de Oralosone pueden aliviar las molestias.

Si los dolores son intensos, se pincelan con soluciones de procaína al 2 %. Como medicación coadyuvante

se recomienda la administración de Vitamina "C" y complejo vitamínico "B".

8.2.3. Herpes Zóster.

Es una enfermedad viral infecciosa aguda y dolorosa.

Etiología.- Herpes virus Varicellae o V.Z.

Edad.- Entre los 18 y 50 años, también es frecuente en ancianos.

Período de incubación.- Se cree que abarca entre 7 y 14 días.

Características Clínicas.- Al principio el paciente presenta fiebre, malestar general, dolor y sensibilidad en el trayecto de los nervios sensoriales afectados, por lo general es unilateral.

A los pocos días el paciente presenta una erupción papular o vesicular en piel o mucosas inervadas por los nervios infectados. Una vez que las vesículas se rompen, comienza la cicatrización.

Manifestaciones Bucales.- Esta enfermedad aparece en cara por la infección del nervio Trigémino. Las lesiones de la boca son bastante comunes y muy dolorosas, se localizan en mucosa vestibular, lengua, úvula, faringe y laringe. Cuando las lesiones son grandes, se extienden hacia la línea media y ahí se detienen, ya que son unilaterales.

Una forma especial de infección por Zóster es la del ganglio geniculado, que afecta oído externo y mucosa bucal. Los signos y síntomas comprenden parálisis facial, dolor del conducto auditivo externo y el pabellón de la oreja.

Tratamiento.- La terapéutica a seguir es vitamínica, recetando vitamina B₁, B₆ y B₁₂ y antialgícosos.

A nivel local lavados antisépticos tanto en piel como en mucosas, si es necesario aplicar Nuper Cainal (anestésico).

8.3. Infecciones Micóticas.

8.3.1. Actinomicosis.

Sinonimia.- Eritema Aterronado, Leptotricosis y Estreptotricosis.

La actinomicosis es un granuloma infeccioso crónico.

Etiología.- Actinomicosis Israelii o Bovis. La mayoría de los casos provienen de implantaciones endógenas, por heridas punzantes, extracciones dentarias, fracturas -- compuestas, heridas pulpares y bolsas parodontales. Es un proceso supurativo, que se caracteriza por la presencia de granulos de azufre, que son de color amarillo, -- que consisten en rosetones densos de filamentos en forma de masa, dispuestos radialmente.

La Actinomicosis se clasifica anatómicamente según la localización de las lesiones y son:

Cervicofacial, Abdominal y Pulmonar.

Características Clínicas.-

Actinomicosis Cervicofacial.- Es la forma más común de esta enfermedad. Los microorganismos pueden entrar en -- los tejidos por la mucosa bucal o permanecer localizados en los tejidos blandos subyacentes o difundirse produciendo hinchazón e induración de tejidos blandos transformándose en uno o más abscesos, que tienden a drenar en la superficie cutánea, conteniendo granulos de azufre. La piel que cubre el absceso es rojo violácea e indurada. El paciente presenta cicatrices notorias, debida a que continuamente está drenando el absceso.

La ulceración de tejidos blandos suele abarcar la mandíbula, siendo menos frecuente en el maxilar, ocasionando osteomielitis específica, que afecta cráneo, meninges o cerebro.

Actinomicosis Abdominal.- Es poco frecuente y se presenta consecuencia de la ingestión de material contaminado o bien como una extensión de un foco pulmonar establecido y se localiza en la región ileocecal, simulando un cuadro de apendicitis aguda, puede invadir la región perianal o bien la región abdominal exterior formando abscesos y fistulas, También puede localizarse en el Colon Transverso o en Colon Descendente, o inva

dir columna vertebral, produciéndose síntomas de compresión medular.

Actinomicosis Pulmonar.- La inoculación se hace en pulmón, provocando cuadros respiratorios, de ahí se pasa a la pared torácica por la pleura entre las costillas, hay tos, fiebre de mediana intensidad, expectoración mucopurulenta y hemoptisis.

Manifestaciones Bucales.- En la lengua suele existir un pequeño nódulo profundo, indoloro en un principio y que molesta muy poco. La lesión va aumentando de tamaño y los tejidos que la cubren se reblandecen y rompen. Puede haber cicatrización transitoria, repitiéndose este fenómeno y apareciendo una lesión amplia, ocasionando disfagia.

Tratamiento.- La terapéutica a seguir es con antibióticos como:

Penicilina, Tetraciclina, Clorotetraciclina.

Los casos broncopulmonares pueden beneficiarse de las inhalaciones con penicilina (aerosoles).

8.3.2. Histoplasmosis.

Es una afección micótica.

Etiología.- Histoplasma Capsulatum.

Edad.- La enfermedad se observa en todas las edades, siendo relativamente frecuente en niños.

Características Clínicas.- Fiebre crónica de baja intensidad, esplenomegalia y hepatomegalia, linfadenopatía. La enfermedad muestra una evolución febril con síntomas pulmonares. Así mismo puede haber anemia y leucopenia. La infección por este microorganismo puede ser leve manifestándose como nódulos subcutáneos o artritis supurativa.

Manifestaciones Bucales.- Aparecen como lesiones nódulares, ulcerativas o vegetantes de mucosa bucal, encía,-

lengua, paladar o labios. Las zonas ulceradas suelen estar cubiertas de una membrana gris específica e indurada.

Tratamiento.- La Anfotericina B, administrada en dosis eficaces y con debidas precauciones, posee una indudable eficacia en el tratamiento de esta enfermedad.

8.3.3. Moniliasis.

Sinonimia?- Candidiasis, Muguet.

Es una infección micótica crónica muy frecuente en cavidad oral.

Etiología.- Candida Albicans.

Este microorganismo es un habitante común en la cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas.

Ademas de afectar la cavidad bucal, la infección por monilia ataca a piel y vagina, así como aparato gastrointestinal, vias urinarias y pulmones.

Edad.-Se presenta comunmente en niños pequeños, personas debilitadas y en ocasiones en pacientes con alguna enfermedad crónica.

Características Clínicas.- Dependiendo de la localización de la lesión existen las siguientes variedades clínicas de moniliasis.

Moniliasis Mucosa.- Que afecta a vagina, la candidiasis oral puede descender a la faringe y esófago, ocasionando la muerte por obstrucción esofágica.

Moniliasis Broncopulmonar.- Puede revestir dos formas: Una es la bronquitis moniliásica, que cursa con tos, expectoración mucóide, gelatinosa y la otra es la neumopatía moniliásica, que se manifiesta como una neumonitis con malestar general, fiebre.

Sepsis Moniliásica.- Origina un cuadro febril -- subagudo con diarreas, vaginitis, bronquitis y neumonía. Al final se presentan signos de meningoencefalitis letal con delirio y deshidratación.

Manifestaciones Bucales.- Las lesiones bucales se caracterizan por la presencia de placas blandas, blancas y levemente elevadas, que aparecen con mayor frecuencia en mucosa vestibular y lengua, pero también se observan en paladar, encía y piso de boca. Las lesiones tienen un aspecto de leche coagulada, de consistencia moderadamente blanda, por lo general se desprenden fácilmente con una torunda de algodón. Una vez separada de los tejidos, éstos presentan en ocasiones aspecto normal, pero muchas veces da origen a una formación de -- tipo erosivo y se observan puntos hemorrágicos del tamaño de la cabeza de un alfiler.

Tratamiento.- Administración de agentes antimicóticos-específicos, como la Nistatina, Micostatín. La suspensión de Nistatina mantenida en contacto con la lesión bucal, da buenos resultados, así como la violeta de geniana.

En la Sepsis se puede administrar Anfotericina B por vía endovenosa en gota a gota, con suero glucosado.

Capitulo 9.

Neoplasias Benignas en Lengua.

De Origen Epitelial.

Papiloma.

De Origen Mesenquimatoso.

Fibroma.

Hemangioma

{ Capilar.
Cavernoso.

Linfangioma.

Neuroma.

Neurilemoma.

Neurofibromatosis Múltiple.

Lipoma.

Leiomioma.

Mioblastoma de Células Granulosas.

En la boca, pueden presentarse Neoplasias Benf--
nas, de gran variedad de tipos celulares.

Son masas que se pueden ver, palpar, que hacen --
prominencia hacia el interior de la cavidad bucal Tie -
nen superficies bien limitadas y a menudo toman una for -
ma ovoidal o elíptica. La forma en que se adhieren a --
los tejidos puede ser pedunculada (estrecho) o bien sés -
sil (ancho). Generalmente se puede apreciar un límite --
que separa el tumor, del tejido continuo normal.

A la palpación, hay gran facilidad de movimiento,
sfn deformar los tejidos vecinos, de consistencia blanda,
estas caracterfsticas solo se encuentran cuando la
neoplasia benigna se localiza en sitios donde puedan --
ser comprimidos, como la lengua, piso de boca y carri--
llos.

Las Neoplasias Benfignas de la cavidad bucal se --
transforman en malignas solo en raras ocasiones, a ve--
ces éstas por su tamaño o sitio de ubicación pueden dar
lugar a molestias o intervenir en el habla, masticación
y deglución.

9.1. Neoplasias Benfignas de Orfgen Epitelial.

9.1.1. Papiloma.

Es una neoplasia benigna de epitelio escamoso.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- El papiloma, se presenta en ambos sexos y
en personas de todas las edades.

Sitio de Localización.- Labios, mucosa labial, mucosa -
bucal, carrillos, pañadar, úvula y lengua.

Manifestaciones Clínicas.- El Papiloma, se presenta co -
mo una proyección de tamaño pequeño, alargada, digiti--
forme o plana, pedunculada, en forma de coliflor, sus -
caracteres más importantes que pueden ayudar al diagnós -
tico son su color gris o blanco-gris-áceo y su superfi--
cie rugosa.

En el interior de la cavidad bucal, las lesiones -
son de consistencia blanda y las que están en los lados,
suelen ser ásperas y escamosas.

Rara vez hay dolor, aunque la infección secundaria

puede producir dolor y hemorragia. Debido al tamaño y a la falta de síntomas, la lesión puede pasar inadvertida en la mayoría de los casos.

Aún cuando el papiloma es una lesión benigna, en algunas ocasiones se observan modificaciones leucoplásicas, en cuyo caso la lesión deberá tratarse adecuadamente y se vigilará al paciente durante algún tiempo.

Histopatología.- El papiloma está formado principalmente de un epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada y está sostenido por bandas delgadas de tejido conjuntivo fibroso, vascularizado por pequeños capilares. El epitelio en general es acantósico y presenta grados de queratosis.

Tratamiento.- La terapéutica a seguir, es la extirpación quirúrgica, que incluya un amplio margen de tejido adyacente normal para evitar recidivas. La cicatrización se realiza sin complicaciones.

Pronóstico.- Es favorable, ya que la posibilidad de malignizarse es rara.

9.2. Neoplasias Benignas de Origen Epitelial.

9.2.1 Fibroma.

Es una neoplasia benigna que tiene su origen en las capas profundas de la submucosa.

Etiología.- Idiopática, pero se cree que es resultado de una irritación local.

Edad y Sexo.- Se presenta en personas de todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos.

Sitio de Localización.- Puede presentarse en cualquier parte de la cavidad bucal, pero con mayor frecuencia en la lengua, encías, carrillos y labios.

Manifestaciones Clínicas.- Se presenta como una lesión elevada, pedunculada o sésil, su color varía del azul-rojizo al rosa pálido, esto depende de la cantidad de

queratina y del grado de vascularización.

Algunos Fibromas son duros y están compuestos por tejido conjuntivo denso, a veces con formación de espículas osteoides en la submucosa. Otros son blandos, debido a su notable vascularización y celularidad. Su tamaño varía desde unos cuantos milímetros a más de 1 cm. de diámetro.

Cuando el Fibroma se localiza en el interior de los tejidos que se pueden comprimir, éste suele desplazarse con facilidad de uno a otro lado sin alterar los tejidos que lo rodean. A la palpación muestra una masa bien delimitada, dura y no dolorosa.

Histopatología.-El Fibroma se compone principalmente de tejido conjuntivo fibroso, dispuesto de manera irregular, en el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización varía notablemente e influye sobre el color de la lesión. El epitelio escamoso estratificado que cubre al Fibroma, puede estar adelgazado si la armazón de tejido conjuntivo ejerce presión contra él. Existe un cierto grado de queratosis, sobre todo en las áreas donde se efectúa la irritación.

Tratamiento.- La terapéutica del Fibroma es la escisión quirúrgica. No obstante si la causa persiste, la lesión puede recidivar.

Pronóstico.- Favorable, ya que la malignización de un Fibroma es muy rara.

9.2.2. Hemangioma.

Es una Neoplasia Benigna de los pequeños vasos sanguíneos.

Etiología.- Estas lesiones son de origen neoplásico y se forman de rudimentos endoteliales o del endotelio de los vasos sanguíneos. También pueden ser resultado de perturbación de tejido vascular durante el desarrollo.

Edad y Sexo.-Los Hemangiomas Capilar y Cavernoso se observan a cualquier edad y en ambos sexos. La mayoría de los casos están presentes desde el nacimiento.

Sitio de Localización.- Lengua, Labios, Mucosa Vestibular y Paladar.

Manifestaciones Clínicas.

Hemangioma Capilar.- Es más frecuente que el Hemangioma Cavernoso. Se presenta como una masa de tamaño pequeño, poco elevada, bien limitada, de color púrpura intenso o azul oscuro, de consistencia blanda. A veces al comprimirse el tumor puede vaciarse su contenido sanguíneo, originando con ésto la palidez del tumor; al retirar la presión puede verse como la sangre llena otra vez el tumor.

Hemangioma Cavernoso.- se presenta como una masa redondeada de tamaño mayor que el Hemangioma Capilar, de 2 o más centímetros de diámetro de color púrpura o azul -- claro, de consistencia blanda o semisólida. Sus bordes no están bien definidos, por lo que a veces se confunde con los tejidos normales contiguos. A veces se presenta también, como una placa plana o con ligera elevación de color púrpura intenso o azul, que se extiende por encima de la mucosa bucal o en la superficie dorsal de la lengua.

Histopatología

Hemangioma Capilar.- Se compone de pequeños espacios de partes delgadas, cubiertos por endotelio, sostenido por una armazón de tejido conjuntivo fibroso. En ocasiones se observa inflamación, ya sea aguda o crónica, también puede haber fibrosis en algunos casos de hemangioma de larga duración.

Hemangioma Cavernoso.- Los espacios vasculares son más grandes y en menor número. Dentro de la luz se aprecian algunas veces formaciones calcificadas.

Tratamiento.- Este depende del tamaño, localización y de lo accesible que sea el tumor.

La radioterapia, puede emplearse solo en aquellos pacientes, en los cuales, están contraindicados otros métodos. Se prefiere que la radioterapia solo se utilice

en niños pequeños.

La inyección de una pequeña solución esclerosante en los tejidos que rodean los vasos, puede eliminarlos, por la constricción resultante al formarse la cicatriz. La substancia esclerosante dentro de los vasos produce trombosis y fibrosis del área. Algunas de las substancias que se pueden utilizar son: Tetradecil Sulfato Sódico, Nieve de Dióxido de Carbono. Electrocauterización, Morruato de Sodio y Agua hirviendo.

Los hemangiomas también pueden ser extirpados mediante procedimientos quirúrgicos, siendo frecuente que cuando no se eliminan completamente la neoplasia, éstas recidivan.

Es conveniente, estar preparados, en caso de que se presente una hemorragia grave en los casos en que se extirpe un hemangioma o cuando se haga la extracción de los dientes en las áreas afectadas, ya que a veces, son necesarias las transfusiones sanguíneas.

9.2.3. Linfangioma.

Es una neoplasia benigna compuesta de vasos linfáticos.

Etiología.- Idiopática, aunque se cree que es de origen congénito, pero se presenta tardíamente.

Edad y Sexo.- Se presenta en ambos sexos y la mayoría de los Linfangiomas están presentes en el momento del nacimiento.

Sitio de Localización.- Lengua, paladar, mucosa vestibular, encía y labios.

Manifestaciones Clínicas.- Se presenta como una lesión difusa, típicamente elevada, cuya superficie la forman, generalmente numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de líquido, parecidos a las ampollas. Presenta varios colores, azul pálido mezclado con el color rojo del tejido tumoral restante. A la palpación es de consistencia firme, no está bien delimitado.

Cuando el Linfangioma se localiza en la lengua, -

hay macroglosia, que borra las características de la superficie, apareciendo lisa y carente de papilas.

Histopatología.- Se compone de espacios distendidos, unidos entre sí, cubiertos en forma irregular por una capa endotelial; pueden estar vacíos o llenos de linfa, algunas veces se observan eritrocitos, situados en la submucosa y parecen estar cubiertos solo por unas capas de endotelio. En ocasiones se pueden observar gran número de espacios vasculares acompañando a los linfáticos.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica.

9.2.4. Neuroma.

Sinonimia.- Neuroma Traumático.

El Neuroma es una respuesta proliferativa localizada y excesiva de las terminaciones de un nervio lesionado.

Etiología.- Traumatismo en cualquier hueso o tejido blando de la región facial y bucal, en el cual las fibras nerviosas resultan dañadas. Cuando se lesiona el nervio las células de Schwann y la vaina nerviosa proliferan como parte del proceso fisiológico de reparación dando como resultado una masa enmarañada de cilindroejes y una matriz de tejido de cicatrización en la región lesionada.

Sitio de Localización.- Se puede localizar en cualquier tejido traumatizado, como la lengua, los labios o en la zona del agujero mentoniano, alveolo dentario.

Edad y Sexo.- Puede presentarse a la edad en que se sufre un traumatismo y que afecte a un nervio. Afecta a ambos sexos.

Manifestaciones Clínicas.- Se presenta como un engrosamiento en una área previamente traumatizada, observándose que es un nódulo prominente de consistencia dura, que no cede a la presión, o es blando, a menudo hay dolor, por lo general es de color rosa pálido sin bordes definidos.

Histopatología.- El Neuroma está compuesto por una masa enmarañada de neurofibrillas y células de Schwan en una matriz de tejido conjuntivo, que crecen en forma irregular.

Tratamiento.- La terapéutica consiste en la incisión quirúrgica del tejido nervioso en proliferación. Cuando está afectado el nervio Maxilar Inferior, puede extirparse una porción del nervio y se hace anastomosis con los extremos proximal y distal, para restablecer su continuidad.

La extirpación del Neuroma suele producir alivio momentáneo, pero va seguido por una recidiva del dolor que es más intenso. Esto se presenta con mayor frecuencia en personas inestables. Se deben recetar vitaminas, eliminar cualquier infección y psicoterapia. Los procedimientos quirúrgicos en nervios solo se efectúan en pacientes en los que el dolor ha persistido durante largo tiempo; eliminándose las ramas accesorias para obtener alivio.

9.2.5. Neurilemoma.

Sinonimia.- Neurinoma, Schwannoma.

Es un tumor benigno que se desarrolla a partir de la vaina de Schwann.

Etiología.- Idiopática. Algunos autores creen que es una variante histológica del Neurofibroma.

Sitio de Localización.- Lengua, Labios, paladar, mejillas y piso de boca.

Edad y Sexo.- Este tumor puede aparecer a cualquier edad y en ambos sexos.

Manifestaciones Clínicas.- Se presenta a lo largo del trayecto de cualquier nervio craneal periférico o simpático, observándose como una lesión única, sésil, de superficie lisa, de crecimiento lento, suele ser asintomática, a no ser que alcance gran volumen, en cuyo caso puede dar lugar a parestesia o síntomas de compresión.

Los tumores más pequeños son relativamente compactos y los más grandes tienden a presentar degeneración quística a medida que sobre pasan su irrigación sanguínea.

Histopatología.- Es un tumor encapsulado, que se compone de dos partes bien definidas. La porción más compacta o tejido Antoni tipo A de células de Schwann que forman bandas y se acompañan de un delicado retículo de tejido conjuntivo, los núcleos se agrupan en hileras con espacios entre ellos en donde no hay núcleos se denominan en empalizada. Este agrupamiento da lugar a un organoide, llamado a veces Corpúsculo de Verocay.

El Schwannoma, está compuesto además de una cantidad variable de tejido Antoni tipo B, que es una mezcla laxa, desorganizada, a veces quística de células de Schwann, fibroblastos y fibras.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica. El margen de escisión debe ser amplio para evitar recidiva.

9.3.6. Neurofibromatosis Múltiple.

Sinonimia.-Enfermedad de Von Recklinghausen.

Es una enfermedad hereditaria.

Etiología.- Se origina a partir de tejido conjuntivo -- de la vaina nerviosa. Los traumatismos y alteraciones endócrinas son factores secundarios.

Edad y Sexo.-Las lesiones de la Neurofibromatosis múltiple aparecen en la niñez y afectan a ambos sexos.

Sitio de Localización.- La lengua es el lugar afectado con mayor frecuencia, también puede presentarse en encías, paladar y mucosa bucal.

Manifestaciones Clínicas.- Puede haber lesiones en los tejidos blandos y/o en el interior de los maxilares. Si el Neurofibroma, se localiza profundamente hay Macroglomosis y si es superficial hay Lengua Escrotal, éstos a ve

ces impiden la masticación y el habla.

Los Neurofibromas pueden ocasionar migración de los dientes, cuando surgen dentro de la membrana periodóntica.

Histopatología.- Esta lesión no presenta capsula y está compuesta de tejido Antoni tipo A, Antoni tipo B y carece de cuerpos de Verocay, contiene fibras nerviosas.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica.

Los Neurofibromas pueden experimentar transformaciones malignas.

9.2.7. Lipoma.

Es un tumor benigno relativamente raro en la cavidad bucal.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- El Lipoma se puede presentar a cualquier edad y en ambos sexos sin distinción.

Sitio de Localización.- Mucosa Bucal, pliegues mucobucales, lengua y encía.

Manifestaciones Clínicas. Se presenta como una lesión única o lobulada, indolora, fijada a una base sésil o pediculada, de consistencia blanda. El epitelio es delgado y los vasos sanguíneos superficiales se ven a través de la superficie. Presenta un color amarillo característico. Algunas lesiones se localizan a mayor profundidad y solamente producen una tumoración o asimetría. La palpación de estos tumores, suele mostrar una masa muy bien delimitada, móvil, de consistencia blanda o semisólida.

Histopatología.- El Lipoma se compone de una masa circunscrita de células adiposas maduras, con una cantidad variable de tejido fibroso.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica.

Muy pocas veces hay recidiva.

9.2.8. Leiomioma.

Es un tumor de músculo liso extremadamente raro - en la cavidad bucal.

Etiología.- Idiopática, pero se cree que se origina de los restos embrionarios del músculo liso.

Sitio de Localización.- Base de la lengua.

Manifestaciones Clínicas.- La rareza de esta enfermedad en la cavidad bucal se debe a que hay muy poco músculo liso en este lugar.

Es un tumor que se presenta encapsulado, puede ser pedunculado o sésil, de color igual que la mucosa adyacente, crece lentamente, pudiendo alcanzar gran tamaño, cuando está situado en la base de la lengua se pueden producir síntomas de obstrucción y cambios de voz, rara vez hay dolor.

Histopatología.- El Leiomioma, está formado por haces entrelazados de fibras musculares lisas, separadas por bandas de tejido conjuntivo fibroso. Las células tienen forma de huso, con núcleos en forma de bastones con citoplasma acidófilo, puede estar muy vascularizado.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica amplia.

9.2.9. Mioblastoma de Células Granulosas.

Es un tumor benigno de tejido blando.

Etiología.- Idiopática, aunque se piensa que proviene - de células musculares en degeneración o de células embrionarias musculares con base disontogenética. Estudios recientes han demostrado que procede de las células de Schwann de la vaina nerviosa.

Edad y Sexo.- No hay edad especial para su aparición, - afecta más a los hombres.

Sitio de Localización.- Aparece preferentemente en la -

lengua (Superficie lateral, dorsal y punta), también se presenta en labios, piso de boca e incluso tejidos gingivales.

Manifestaciones Clínicas.- Puede presentarse como una lesión pequeña de unos cuantos milímetros de diámetro, en raras ocasiones alcanza gran tamaño, ligeramente elevadas, de consistencia dura, de color igual o más pálido que el tejido adyacente. Suelen ser asintomáticos.

Histopatología.- El epitelio que cubre el mioblastoma, por lo general muestra una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. El tumor se encuentra por debajo del epitelio, se encuentra encapsulado, bien circunscrito y está formado por células granulosas grandes con núcleos pequeños y redondeados. Las células se disponen en forma de hojas y frecuentemente se asocian con fibras musculares y vainas nerviosas.

Tratamiento.- Consiste en la escisión.

Pronóstico.- Favorable.

Capítulo 10.

Lesiones Premalignas en Lengua.

10.1. Lesión Premaligna de Origen Epitelial.

10.1.1 Leucoplasia.

Es una mancha o placa blanca, que aparece en la superficie mucosa, ya sea en la boca, vulva, cuello de útero, vesícula biliar y pelvis renal.

Etiología.- Algunos autores opinan que la iniciación de la lesión depende de factores locales extrínsecos y de factores predisponentes intrínsecos.

Los factores más frecuentemente citados son:

Tabaco.- Muchos de los componentes químicos del tabaco y sus productos terminales de combustión, como los alquitranes y resinas, son sustancias irritantes que pueden producir alteraciones leucoplásicas de la mucosa bucal, así como también el masticarlo, fumar en pipa y los aceites esenciales contenidos en varias pastillas.

Alcohol.- Las personas que consumen grandes cantidades de alcohol presentan irritación de las mucosas.

Irritación Crónica.- Se debe sospechar de todo factor irritante en la cavidad bucal, como la mal oclusión, que produce mordisqueo crónico del carrillo, prótesis mal adaptadas, dientes fracturados que irritan constantemente la mucosa bucal. También los alimentos calientes y muy condimentados, pueden dar origen a la formación de Leucoplasia.

Sífilis.- La frecuencia de Leucoplasia, es más elevada en pacientes que han padecido glositis sífilítica.

Deficiencia Vitáminica.- La aparición de Leucoplasia está relacionado en ocasiones, con deficiencia de vitaminas principalmente la "A" y el complejo vitamínico "B".

Edad y Sexo.- Se observa en edades avanzadas y se presenta con mayor frecuencia en hombres.

Sitio de Localización.-Mucosa Vestibular, Comisuras Labiales, Lengua, Labios, Paladar Blando y Duro, Piso de Boca y Encía.

Manifestaciones Clínicas.- La Leucoplasia se caracteriza por ser una placa mucosa fija de color blanquesino o blanco-grisáceo, de forma y tamaño variables. Es una lesión que se presenta casi siempre elevada y tiene una superficie áspera, arrugada y correosa de bordes periféricos bien limitados, de consistencia dura. A veces pueden observarse erosiones persistentes o ulceraciones en la placa queratósica o cerca de ella; ésto hace mayor posibilidad de que esta lesión sea precancerosa.

La Leucoplasia resulta del engrosamiento y queratinización de la mucosa.

Histopatología.- Las características microscópicas de la Leucoplasia son:

Hiperqueratosis, que en la mayoría de los casos se presenta como espesamiento de la capa granulosa; Acantosis y Disqueratosis, que es la más importante y se caracteriza por maduración anormal de las células epiteliales. La capa basal se encuentra intacta, el tejido conjuntivo subyacente presenta grados variables de infiltración celular inflamatoria crónica.

Tratamiento.- Eliminación del agente irritativo.

Las lesiones pequeñas pueden ser totalmente extirpadas o cauterizadas, aunque siempre hay que tener en cuenta la posible malignización de la lesión.

Las lesiones extendidas suelen ser tratadas por procedimientos de denudación por grados variables con injertos de piel o sin ellos.

Diagnóstico Diferencial.- Se realiza con el Líquen Plano, quemaduras químicas, placas mucosas sífilíticas, infecciones micóticas (Candidiasis).

Muchos casos de Leucoplasia no pueden ser diferenciados de otras lesiones bucales blancas específicas sin biopsia.

10.2. Lesión Premaligna de Origen Mesenquimatoso.

10.2.1. Rabdomioma.

Es un tumor precanceroso de origen mesenquimatoso. Cuando esta neoplasia se presenta en otras partes del cuerpo, se considera como una lesión benigna. Sin embargo algunos autores la consideran como una neoplasia premaligna cuando aparece en Lengua.

Etiología.- Se origina de células mesenquimatosas, destinadas a formar músculo estriado.

Edad y Sexo.- Las personas jóvenes son más frecuentemente afectadas, no hay preferencia por ningún sexo.

Sitio de Localización.- Lengua.

Manifestaciones Clínicas.- Es una lesión extremadamente rara, se presenta como nódulos duros circunscritos y elevados, de color más pálido que el de la mucosa adyacente, de crecimiento lento, pero alcanza un tamaño notable.

Histopatología.- Se observan células grandes multinucleadas, que tienen forma de huso. Las estriaciones cruzadas en el citoplasma ayuda a llevar a cabo el diagnóstico (no es un signo constante).

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica, incluyendo un margen amplio de tejido sano, ya que las lesiones pueden volverse malignas.

Capitulo XI.

Neoplasias Malignas en Lengua.

De Origen Epitelial.

Carcinoma de Células Escamosas.
Carcinoma Verrugoso.
Carcinoma de Células de Transición.
Linfoepitelioma.

De Origen Mesenquimatoso.

Fibrosarcoma de Tejidos Blandos.
Rabdomiosarcoma.
Hemangioendotelioma.
Leiomiomasarcoma.
Neurilemoma Maligno.
Linfosarcoma.

Capitulo XI.

Neoplasias Malignas en Lengua.

Los Métodos de Diagnóstico que se utilizan son: Historia Clínica, Aspecto Clínico y el Estudio Histológico.

Las Neoplasias Malignas, carecen de características específicas, ya que éstas varían dependiendo de: Tiempo de Evolución, Lugar de Origen, Tipo de Célula que lo forma y variación del Cuadro Clínico.

La evolución de las Neoplasias Malignas se caracteriza por una proliferación incontrolada de células.

La invasión puede ser tridimensional: Hacia la superficie, hacia los lados (lateral), o en profundidad.

11.1. Neoplasias Malignas de Origen Epitelial.

11.1.1. Carcinoma de Células Escamosas.

Sinonimia.- Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Espinocelular.

Es una Neoplasia Maligna que se presenta muy frecuentemente dentro de la Cavidad Oral.

Etiología.- Desconocida, pero se ha sugerido que el Carcinoma Oral se acompaña de estímulos, tanto de origen intrínseco como extrínseco y son los siguientes: Tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, -- traumatismos e irritación crónica.

Edad y Sexo.- Es una enfermedad de la edad adulta, pero suele producirse en personas relativamente jóvenes, afecta con mayor frecuencia al sexo masculino.

Sitio de Localización.- Labios, Piso de Boca, Paladar Carrillos y la Lengua. En este órgano, los Carcinomas se originan en los dos tercios posteriores y en los bordes laterales, sólo en algunas ocasiones se encuentra afectado el tercio anterior de su superficie dorsal.

Manifestaciones Clínicas.

El Carcinoma Lingual, se presenta como una masa o úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados. Al ir evolucionando clínicamente, el Carcinoma Lingual muestra tendencia a seguir uno de los siguientes tipos de crecimiento.

La lesión exofítica, se presenta como una masa elevada, sésil, de superficie algo nodular. A la palpación se encuentra indurada en la base y en los bordes. A medida que el Carcinoma Lingual va haciéndose más voluminoso, hay necrosis principalmente en la porción central.

La lesión ulcerada, se presenta como una masa de bordes encorvados y elevados. Evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua.

La forma verrugosa, se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua.

Las lesiones cercanas a la base de la lengua son incógnitas, puesto que pueden ser asintomáticas, hasta fases muy avanzadas, produciendo como única manifestación dolor de garganta o disfagia. Las lesiones de la parte posterior de la lengua, hacen metástasis antes y suelen ser de un grado más elevado de malignidad.

Características Histológicas.- El Carcinoma Lingual, se caracteriza por cordones irregulares de células escamosas, que proliferan invadiendo el tejido conjuntivo subyacente, estas células son grandes y presentan una membrana celular definida, con frecuencia es imposible observar los puentes intercelulares, los núcleos son grandes y son hiper cromáticos, hay mitosis exageradas. Una de las características más importantes del Carcinoma, es la presencia de queratinización celular individual y la formación de numerosas perlas epiteliales o de queratina.

Los Carcinomas Epidermoides de la Cavidad Bucal--metastatzan principalmente por via linfática, abarcando los Ganglios Submaxilares y los Cervicales Superficiales y Profundos. A veces, pueden afectar los Submentonianos, Periauriculares y posauriculares y Ganglios Supraclaviculares.

Clasificación para la Designación de los Carcinomas Orales.

Estado 1.- El Tumor primario, está limitado a su lugar de Origen en la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

Estado 11.- El Tumor se extiende más allá de su lugar de Origen abarcando zonas vecinas, sin metástasis ganglionares palpables.

Estado 111.- El Tumor primitivo es parecido al de los estados 1 o 2, pero con metástasis ganglionares cervicales clínicamente palpables, no fijas.

Estado 1V.- El Tumor primitivo es similar al de los estados 1 o 2 o bien se extiende más allá de la cavidad oral, hay metástasis ganglionares cervicales fijas, clínicamente palpables.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento del cáncer de la lengua, es un problema mucho muy difícil de solucionar. Se pueden realizar intervenciones quirúrgicas aunado a la radioterapia.

El pronóstico del cáncer en la lengua no es favorable, ya que cuando el paciente acude al Cirujano Dentista ya hay metástasis importantes.

Las principales causas inmediatas de muerte en los pacientes con Carcinoma Lingual son numerosas como: Obstrucción, erosión de los grandes vasos y caquexia.

11.1.2. Carcinoma Verrugoso.

Es un tipo de Carcinoma epidermoide.

Etiología.- Desconocida, pero se encuentra asociado con el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé.

En algunas ocasiones, la lesión va precedida de una zona leucoplásica.

Edad y Sexo.- Se presenta en personas ancianas, entre 60 y 70 años y con mayor frecuencia en hombres.

Sitio de Localización.- Mucosa Bucal, Lengua y el Labio.

Manifestaciones Clínicas.- El Carcinoma Verrugoso, se presenta como una masa papilar de gran tamaño, de consistencia blanda, su color varía de blanco a rojo, según la magnitud de la queratinización superficial.

Las lesiones tienen pliegues con aspecto de arrucon fisuras profundas intercaladas. Los ganglios linfáticos regionales suelen estar crecidos y sensibles, simulando un tumor metastásico, por lo común es una afección inflamatoria, hay dolor, disfagia y en raras ocasiones hay hemorragia.

Características Histopatológicas.- El tumor se manifiesta como múltiples pliegues de epitelio escamoso bien diferenciado, con poca actividad mitótica, pleomorfismo o hiperchromatismo, cubiertos por una gruesa capa de paraqueratina desde la superficie, hasta las zonas profundas de la lesión. La membrana basal suele estar intacta. Puede existir o no infiltrado celular inflamatorio crónico.

Tratamiento y Pronóstico.- De preferencia se realiza la intervención quirúrgica, aunque también la radioterapia.

El Carcinoma Verrugoso, tiene un índice de supervivencia mejor con respecto a otros tipos de cáncer oral.

11.1.3. Carcinoma de Células de Transición.

Es un tumor de origen epitelial sumamente maligno que produce la muerte en muy corto tiempo.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- Se presenta con mayor frecuencia en hombres. Las edades en que se presenta son entre 40 y 50-años.

Sitio de Localización.- Base de la Lengua, Orofaringe-Amígdalas, Fosas Nasales y Senos Paranasales.

Manifestaciones Clínicas.- El Carcinoma de Células de Transición, se presenta como una lesión de tamaño pequeño, de color rojo aframbuesada o aterciopelada, que puede mostrar erosión, ligeramente elevada y ulcerada o con superficie granular, el tumor está indurado y algunas veces aparece como una proliferación exoftálica o fungosa.

Características Histopatológicas.- El tumor se compone de hijas e islotes de células epiteliales densamente agrupadas.

Las células individuales son grandes, redondas o poliédricas, escaso citoplasma y levemente basófilos, los núcleos son grandes y redondos, con gran actividad mitótica. Puede existir una cantidad mínima de puentes intercelulares. El estroma tiene poco o ningún infiltrado linfocitario.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento más aceptado es la Radioterapia, aunque también se emplea la escisión quirúrgica.

Las metástasis en los Ganglios Linfáticos Regionales responden a los rayos X, no obstante, el pronóstico es desfavorable, ya que frecuentemente las metástasis extensas se producen antes que cualquier manifestación clínica de las enfermedades.

11.1.4. Linfoepitelioma.

Es una lesión maligna de origen epitelial.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- Se presenta en personas jóvenes o de mediana edad, no hay preferencia por ningún sexo.

Sitio de Localización.- Nasofaringe, Lengua y Amígdalas.

Manifestaciones Clínicas.-El Linfoepitelioma, se presenta, como una lesión que no se manifiesta clínicamente antes de la linfadenopatía regional.

Características Histopatológicas.- El Linfoepitelioma se compone de células que proliferan en forma de sincitio, con el estroma infiltrado por cantidades variables de linfocitos. Las células individuales son grandes y poliédricas con contornos irregulares. El citoplasma es levemente eosinófilo. Los núcleos son grandes, ovales o vesiculares y contienen 1 o 2 nucleólos eosinófilos grandes.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento de elección es la irradiación con rayos X.

El Pronóstico es desfavorable.

Scofield.- realizó un estudio de 214 casos de lesiones malignas, que comprendía, el Carcinoma de Células de Transición y el Linfoepitelioma. Encontró que el crecimiento de los Ganglios Linfáticos era la característica más común, seguido de dolor de garganta, obstrucción nasal, dificultad auditiva, otalgia, cefalea, disfagia, epistaxis y síntomas oculares.

11.2. Neoplasias Malignas de Origen Mesenquimatoso.

11.2.1. Fibrosarcoma de Tejidos Blandos.

Es una neoplasia maligna de los fibroblastos, que se presenta muy raramente en la cavidad bucal.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- Se puede presentar a cualquier edad, pero es más común antes de los 50 años, no parece que el sexo ejerza ninguna influencia.

Sitio de Localización.- Puede presentarse en la Lengua, pero lo hace con mayor frecuencia en Carrillos, Laringe, Paladar y Labios.

Manifestaciones Clínicas.- El crecimiento e las lesiones puede ser lento o rápido, se presenta como masas indoloras. Los fibrosarcomas pueden estar pedunculados o en situación más profunda, sin que originen signos constantes o fuera de lo normal.

Características Histopatológicas.- El Fibrosarcoma se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas y de reticulina. Las células presentan todas las características de proliferación anaplásica. Las células suelen ser fusiformes con núcleos alargados, se disponen en bandas o fascículos entrelazados que dan aspecto de espirales.

La mayoría de los fibroblastos producen infiltración local y son persistentes, pero no dan metástasis.- En este caso el pronóstico es favorable. En fibrosarcomas pobremente diferenciados, las metástasis son amplias y el resultado es fatal.

Diagnóstico Diferencial.- Se debe efectuar con el Rabdomiosarcoma.

Tratamiento y Pronóstico.- La terapia más aceptada, es la escisión quirúrgica amplia. Por lo general la radioterapia no da resultado.

La mayoría de las veces el pronóstico es sorprendentemente favorable en comparación con el de otros sarcomas.

El lugar del Tumor y su accesibilidad son factores importantes en la consideración del pronóstico.

11.2.2. Rabdomiosarcoma.

Es un tumor maligno del músculo estriado, relativamente raro en la cavidad bucal.

Etiología.- Idiopática.

Manifestaciones Clínicas.- Hay cuatro tipos de Rabdomiosarcomas y son los siguientes: Pleomórfico, Alveolar (pulmón), embrionario y Botrioides.

El Rabdomiosarcoma Embrionario, es el único tipo que se presenta en la Lengua.

Edad y Sexo.- Se presenta tanto en niños como en adultos jóvenes y afecta más al sexo masculino.

Sitio de Localización.- Amígdalas, Lengua, Paladar Blando y Parótida.

Manifestaciones Clínicas.- El Rabdomiosarcoma Embrionario se presenta como masas indoloras polipoides, de consistencia blanda, con aspecto de uvas, su crecimiento es muy rápido, algunas ocasiones hay hemorragias y se presenta linfadenopatía cervical.

Características Histopatológicas.-El Rabdomiosarcoma Embrionario, está compuesto de una combinación de cuatro tipos de células que son: Células Fusiformes eosinófilas, dispuestas en fascículos entrelazados; Células Eosinófilas redondas de grande y mediano tamaño, con núcleo pequeño y citoplasma eosinófilo granular, intercaladas entre otras células; Células Eosinófilas anchas y

alargadas, pequeñas, redondas y fusiformes con núcleos oscuros y poco citoplasma.

Tratamiento y Pronóstico.- La terapéutica que se utiliza es la extirpación quirúrgica amplia y la irradiación. Tiene pronóstico favorable cuando se hace un diagnóstico temprano de la Neoplasia.

11.2.3. Hemangioendotelioma.

Es una neoplasia maligna de origen mesenquimatoso de naturaleza angiomatosa y derivada de células endoteliales del sistema vasculoso sanguíneo.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- El Hemangioendotelioma se presenta a cualquier edad y afecta por igual a ambos sexos.

Sitio de Localización.- Labios, Paladar, Encía, Lengua y Zonas del Maxilar y la Mandíbula.

Manifestaciones Clínicas.- Se manifiesta como una lesión plana o ligeramente elevada, de tamaño variable, de color rojo oscuro o rojo azulado, a veces puede ulcerarse y sangra con facilidad después de un traumatismo leve.

Características Histopatológicas.- Se compone de masas de células endoteliales dispuestas en columnas.

Las células tumorales están cubiertas por la vaina de reticulina que encierra a cada vaso.

Las células individuales son de gran tamaño, de forma poliédrica o levemente aplanadas y un núcleo redondo con gran cantidad de pequeños nucleólos.

Tratamiento y Pronóstico.- La extirpación quirúrgica y la radioterapia son los pasos a seguir.

Una intervención quirúrgica mal efectuada trae como consecuencia metástasis en los Ganglios Linfáticos Regionales o en órganos distantes por diseminación torrente sanguíneo.

Debido a los pocos casos que se han presentado de Hemangioendotelioma es difícil hacer una conclusión sobre el pronóstico.

11.2.4. Leiomioma.

Es una neoplasia maligna, que se origina en el músculo liso o en donde se encuentren células indiferenciadas de tejido conjuntivo, se presenta en raras ocasiones.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.-La mayoría de estos tumores se presentan en adultos y muy raras veces en niños, afecta por igual a ambos sexos.

Sitio de Localización.-Lengua, Piso de boca y Carrillos.

Manifestaciones Clínicas.- La única característica que se conoce, es que las lesiones aparecen como una hinchazón, muy dolorosa.

Características Histopatológicas.-Presenta haces de fibras musculares lisas, con núcleos fusiformes y citoplasma eosinófilo, bien delimitado. Las células forman grupos grandes, como fascículos que se entremezclan, las mitosis se encuentran aumentadas.

Tratamiento y Pronóstico.- Debido a los pocos casos que se han presentado, no hay un tratamiento y pronóstico específicos.

11.2.5. Schwannoma Maligno.

Sinonimia.- Sarcoma Neurógeno, Neurilemoma Maligno, Neurofibrosarcoma.

Es una neoplasia maligna extremadamente rara, que se origina en el tejido nervioso.

Etiología.- Transformación maligna del Schwannoma Benigno.

Edad y Sexo.- Se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, sin predilección de sexos.

Sitio de Localización.-Lengua, Labios, Encia, Paladar y Mucosa Vestibular.

Manifestaciones Clínicas.- Se presenta como una pequeña masa, de crecimiento rápido; con dolor o entumecimiento y pérdida de la función.

Características Histopatológicas.-Existen fascículos entrelazados de células dispuestas apretadamente (empalizada). D' Agostino y colaboradores comprobaron la presencia de reticulina fina y fibras de reticulina en alambre grueso en zonas adyacentes a la tumoración.

Tratamiento y Pronóstico.- El tratamiento que se utiliza es la intervención quirúrgica de la zona afectada, pero tiende a recidivar y suele ser de mayor malignidad con cada recidiva.

El pronóstico varía según la localización del tumor, grado de diferenciación y la duración antes de ser diagnosticado y tratado.

11.2.6. Linfosarcoma.

Es un tipo de Melanoma Maligno que se encuentra en la Lengua.

Es una Neoplasia Maligna que se origina en los Ganglios Linfáticos o en cualquier acúmulo linfoide.

Etiología.- Idiopática.

Edad y Sexo.- Se presenta entre los 50 y 70 años y afecta más a los hombres.

Sitio de Localización.-Las zonas bucales atacadas con mayor frecuencia incluyen el Paladar, Encia y Reborde Alveolar, Mucosa Vestibular, Mandíbula, Piso de Boca y Len

gua.

Características Clínicas.- El primer signo de Linfosarcoma es la tumefacción indolora de los Ganglios Linfáticos, a la palpación son de consistencia firme y gomosa. La piel que los cubre llega a tener aspecto parduzco.

La mayoría de los casos de Linfosarcoma siguen una evolución aguda, que termina en la diseminación amplia de la enfermedad del Bazo, Pulmones, Huesos, Hígado y piel.

Manifestaciones Bucales.- La enfermedad se manifiesta como una hinchazón, de crecimiento rápido, que puede permanecer sin ulcerarse por un período considerable, puede presentar o no dolor. Algunos tumores se pueden convertir en grandes masas fungosas, necróticas y de olor fétido.

Características Histopatológicas.- Los Ganglios Linfáticos presentan, destrucción completa de toda la arquitectura normal, hay proliferación difusa de células pequeñas con poco citoplasma. Hay gran actividad mitótica, se encuentran algunas fibras de reticulina. Algunos casos presentan un cuadro histológico poco diferente, ya que las células son algo mayores, con núcleos teñidos con menos intensidad.

Tratamiento y Pronóstico.-La terapéutica a seguir es con Rayos X y es frecuente que los Ganglios Linfáticos curen a poco de iniciado el tratamiento, sin embargo todos los casos tienden a recaer.

El pronóstico es desfavorable, ya que la enfermedad tarde o temprano se generaliza.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado este trabajo me doy cuenta de que la Lengua representa un papel muy importante dentro de la Odontología, por lo cual considero, esencial que todos los Cirujanos Dentistas conozcamos La Embriología, Histología, Anatomía, y Fisiología de este órgano para así darnos cuenta del estado en que se encuentra.

Es necesario incluir en el examen bucal rutinario una exploración cuidadosa de la Lengua para detectar cualquier alteración que pueda presentarse a este nivel, ayudándonos de los diferentes medios existentes y así llegar a un diagnóstico temprano de la Patología Lingual de que se trate y elegir un adecuado plan de tratamiento.

En la Lengua pueden presentarse gran cantidad de enfermedades; siendo en algunas ocasiones enfermedades propias como: Anomalias Congénitas y de Desarrollo Lesiones de origen Traumático, y lesiones causadas por agentes alérgicos, que muchas veces llega a ser tal el traumatismo o la irritación que provocan a la Lengua, que pueden dar lugar a la formación de Neoplasias Benignas o Malignas, dependiendo de éllo en algunas ocasiones la vida del paciente. En este órgano también pueden presentarse manifestaciones de enfermedades Sistémicas o Infecciosas, que pueden ayudar a realizar un diagnóstico correcto y así elegir el plan de tratamiento adecuado.

El Sustentante.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Arey Leslie Brainerd.
Histología Humana.
Editorial: La Prensa Médica Mexicana.
Tercera Edición, México 1972.
Páginas: 224 a 227.
- 2.- Bhaskar S. N.
Patología Bucal.
Editorial: El Ateneo.
Tercera Edición, Buenos Aires Argentina 1971.
Páginas: 226, 227, 292, 293, 307 a 365, 400 a 405.
- 3.- Bradley M. Patten.
Embriología Humana.
Editorial: El Ateneo.
Quinta Edición, Segunda Reimpresión, Buenos Aires-
Argentina 1974.
Páginas 374 a 376.
- 4.- Brantigan C Otto.
Anatomía Clínica.
Editorial: Compañía Continental.
Primera Edición, Tercera Reimpresión México 1975.
Páginas 399 a 400.
- 5.- Buckingham W.
Propedéutica Clínica.
Ediciones: Toray.
Primera Edición, Barcelona España 1974.
Páginas 22 a 25, 262, 263.
- 6.- Burket.
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial: Interamericana.
Sexta Edición, México 1973.
Páginas: 67, 68, 83 a 91, 144 a 152, 159, 177, 284-
a 290, 298 a 310, 379 a 403, 422 a 447, 526, 527.

- 7.- Costich Emmett R.
Cirugía Bucal.
Editorial: Interamericana.
Primera Edición, México 1974.
Páginas: 77 a 79.
- 8.- Charles Mayo Goss.
Anatomía.
Editorial: Salvat.
Vigésimo quinta Edición, Barcelona España 1976.
Páginas: 1124 a 1129.
- 9.- Farreras Valenti P.
Doramus A. V.
Rozman Ciril.
Medicina Interna.
Editorial: Marin.
Octava Edición, Bogotá Colombia 1976. Tomo 1 y 11.
- 10.- Ganong William F.
Manual de Fisiología Médica.
Editorial: Manual Moderno.
Quinta Edición, México 1976.
Páginas: 135 a 138.
- 11.- Gardner D. Weston.
Anatomía Humana.
Editorial: Interamericana.
Segunda Edición, México 1975.
Páginas: 366 a 368.
- 12.- Graber T.M.
Ortodoncia.
Editorial: Interamericana.
Tercera Edición, México 1974.
Páginas 33, 34.
- 13.- Grinspan David.
Enfermedades de la Boca.
Editorial: Mundi.
Reimpresión Buenos Aires Argentina 1975. Tomo 1 y 11.

- 14 - Guyton Arthur C.
Fisiología y Fisiopatología Básica.
Editorial: Interamericana.
Primera Edición, México 1972.
Páginas: 367 a 369.
- 15.- Ham Worth Arthur.
Tratado de Histología.
Editorial: Interamericana.
Séptima Edición, México 1975.
Páginas: 652 a 655.
- 16.- Houssay A. Bernardo.
Fisiología Humana.
Editorial: El Ateneo.
Cuarta Edición, Buenos Aires Argentina 1973.
Páginas: 1195 a 1201.
- 17.- Junqueira L. C. y Carneiro J.
Histología Básica.
Editorial: Salvat.
Tercera Edición, Barcelona España 1973.
Páginas: 256, 257.
- 18.- Keidel Wolf Dieter.
Fisiología.
Editorial: Salvat.
Segunda Edición, Barcelona España 1973.
Páginas: 487 a 489.
- 19.- Litter Manuel.
Farmacología Experimental y Clínica.
Editorial: El Ateneo.
Quinta Edición, México 1975.
- 20.- Moore Keitti L.
Embriología Humana.
Editorial: Interamericana.
Primera Edición, México 1975.

- 21.- Pindborg Jens Jorgen.
Atlas de Enfermedades de la Mucosa Bucal.
Editorial: Salvat.
Segunda Edición, Barcelona España 1974.
Páginas: 234 a 236, 246.
- 22.- Shafer William G.
Hive Maynard K.
Barnet M. Levy
Tratado de Patología Bucal.
Editorial: Interamericana.
Tercera Edición, México 1977.
- 23.- Spouge.
Patología Bucal.
Editorial: Mundi.
Primera Edición, Buenos Aires Argentina 1977.
Páginas: 411 a 419, 425, 426.
- 24.- Testut Leo y Latarjet A.
Compendio de Anatomía Descriptiva.
Editorial: Salvat.
Vigésimo Segunda Edición, México 1973.
Páginas: 525 a 523.
- 25.- Thoma H. Kurt.
Patología Oral.
Editorial: Salvat.
Primera Edición, Barcelona España 1975.
- 26.- Zegarelli Edward V.
Austin H. Kutscher.
Hyman A. George.
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial: Salvat.
Segunda Edición, Barcelona España 1974.