



Universidad Nacional Autónoma de México

---

Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza"

## Alteraciones Linguales más Frecuentes

**T E S I S**

Que para obtener el título de :

**CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a n :

**JUANA RUTH ROBLES GONZALEZ**

**VICENTE JOSE CARMONA HARO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## PROT O C O L O

### FUNDAMENTACION DEL TEMA

LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO FUNDAMENTAL DE LA PA  
TOLOGÍA COMO UNA DE LAS RAMAS DE LA CIENCIA DE LA SALUD, CON--  
SISTE EN EL HECHO DE QUE LA MAYOR PARTE DE LAS ENFERMEDADES DE  
LA BOCA REQUIEREN TRATAMIENTO DENTAL, SON EL RESULTADO DIRECTO  
O INDIRECTO DEL METABOLISMO DE LA MICROFLORA BUCAL, A SU VEZ -  
LA INVASIÓN DE LAS BACTERIAS AL HUESPED SUSCEPTIBLE, TRAEN CO-  
MO CONSECUENCIA ENFERMEDADES GENERALES CON REPERCUSIÓN EN EL -  
APARATO ESTOMATOGMÁTICO, EN LAS CUALES LA CIRUJANO DENTISTA DE  
BERÁ ESTAR CAPACITADO PARA QUE EN FORMA PRECOZ PUEDA LIMITAR -  
EL DAÑO OPORTUNAMENTE.

LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EFICAZ DE LAS ENFERMEDA-  
DES DEL HOMBRE ESTÁN ESTRECHAMENTE VINCULADAS AL CONOCIMIENTO  
DE LOS AGENTES CAUSALES. SI CONSIDERAMOS A LA LENGUA EN SU --  
CONTEXTO MORFOFUNCIONAL, NOS PERCATAREMOS QUE ES UN ÓRGANO QUE  
NO SE ENCUENTRA EXENTO DE SUFRIR UN SINNÚMERO DE AGRESIONES Y

LA DE CONSTITUIR EL SITIO DE UBICACIÓN DE DIVERSAS PATOLOGÍAS.

LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA QUE CONFORMA ESTE TRABAJO RECEPTACIONAL ES CON EL FIN PREPONDERANTE DE SERVIR COMO -- UNA OBRA DE CONSULTA QUE RESALTE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES.

DADO LA AMPLITUD DEL TEMA Y EN VISTA DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE INTEGRAN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA -- DE CIRUJANO DENTISTA DE LA E.N.E.P. ZARAGOZA, NO LO CONTEMPLAN EN SU EXTENSO MARCO TEÓRICO INTEGRAL SURGE LA INQUIETUD DE -- ELABORAR UN TRABAJO QUE AGLUTINE EL CÍRCULO DE INFORMACIÓN CON TENIDA AL RESPECTO, EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL QUE PERMITE ORDENAR Y ACTUALIZAR LOS CONCEPTOS QUE FINALMENTE PERMITIRÁN ESTABLECER LOS DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS Y PREVENTIVOS EN LA FORMA IDÓNEA.

### LIMITE TEORICO.

HABLAR DE SALUD IMPLICA VARIOS PROBLEMAS CONCEPTUALES -- QUE NECESITAN SER ESPECIFICADOS.

PRIMERO, ES CONVENIENTE RECORDAR QUE LA SALUD Y LA -- ENFERMEDAD CONSTITUYEN UNA UNIDAD DIALÉCTICA, YA QUE NO SON -- MÁS QUE DOS MOMENTOS DE UN MISMO FENÓMENO Y QUE ENTRE ELLOS SE ESTABLECE UNA RELACIÓN EN CONSTANTE CAMBIO, LA ENFERMEDAD PROVOCA EN EL ORGANISMO UNA RESPUESTA BIOLÓGICA TENDIENTE A LA -- SALUD, QUE ADEMÁS IMPLICA RESISTENCIA POSTERIOR A LA ENFERME-- DAD.

LA SALUD POR OTRA PARTE CONTIENE A LA ENFERMEDAD, -  
DADO QUE MUCHAS VECES NO SE TRATA MÁS QUE DE UN DESEQUILIBRIO  
DE LOS PROCESOS SANOS. EL ENFOQUE CASI PURAMENTE CURATIVO DE  
LA MEDICINA PROFESIONAL, A RESALTADO LA ENFERMEDAD A TAL GRA-  
DO QUE APARECE COMO UN FENÓMENO AISLADO DE LA SALUD.

LA MANERA COMO SE CONCIBE LA ENFERMEDAD ORIENTE A -  
LA BÚSQUEDA DE SUS AGENTES CAUSALES, EL MODELO CLÁSICO PRESEN-  
TA CADA ENFERMEDAD COMO RESULTADO DE LA ACCIÓN DE UN AGENTE -  
PATÓGENO ESPECÍFICO GENERALMENTE DE CARACTER BIOLÓGICO. ES -  
DECIR, CADA ENFERMEDAD TIENE SU GÉNESIS PARTICULAR Y ÚNICO.

ESTE CONCEPTO DE LA CAUSALIDAD SURGE Y TIENE SUS BA-  
SES EN LA INVESTIGACIÓN Y ES POR ESO QUE CONSIDERAMOS NECESA-  
RIO PRESENTAR LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES.

EXISTE DETERMINADO NÚMERO DE PATOLOGÍAS LINGUALES,  
LAS CUALES NO SON MUY CONOCIDAS EN SU TOTALIDAD POR EL ODONTÓ-  
LOGO TANTO EN SU ETIOLOGÍA COMO EN SUS MANIFESTACIONES CLÍNI-  
CAS, POR LO TANTO, MUCHAS DE ÉSTAS NO SE DIAGNOSTICAN OPORTU-  
NAMENTE, OCASIONANDO CON ESTO DIAGNÓSTICO ERRÓNEO Y DANDO CO-  
MO RESULTADO UN TRATAMIENTO EQUIVOCADO, PERMITIENDO ASÍ LA --  
EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO Y DESENCADENANDO TRASTORNOS DE MA-  
YOR IMPORTANCIA.

LAS ALTERACIONES LINGUALES, SON FRECUENTES Y SE PRE-  
SENTAN A CUALQUIER EDAD EN DIFERENTES PROPORCIONES EN AMBOS -  
SEXOS. AUNQUE SE PUEDE DIAGNOSTICAR EL TRATAMIENTO NO SIEM--

PRE ES EFICAZ DEBIDO A LOS DIFERENTES FACTORES ETIOLÓGICOS.

EN OCASIONES NO ES POSIBLE IDENTIFICAR LA CAUSA DE LAS ALTERACIONES LINGUALES, NI TODOS LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN SU DESARROLLO.

EL ESTÍMULO DESENCADENANTE ESTÁ ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL HOSPEDERO, AGENTES CAUSAL Y MEDIO AMBIENTES.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA GÉNESIS DE LAS ALTERACIONES LINGUALES ES MULTICAUSAL.

#### LIMITE DE LA INVESTIGACION.

LA INVESTIGACIÓN SE REALIZARÁ EN BIBLIOTECAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y DE LA E.N.E.P. ZARAGOZA, U.N.A.M.

#### UNIDAD DE OBSERVACION.

- 1) LIBROS DE RECIENTE EDICIÓN.
- 2) REVISTAS ACTUALIZADAS NACIONALES Y EXTRANJERAS.  
C.E.N.I.D.

#### UBICACION DEL PROBLEMA EN EL CONTEXTO SOCIAL Y ECOLOGICO.

TANTO LA SALUD COMO LA ENFERMEDAD SON PRODUCTO DE LA RELACIÓN QUE EL HOMBRE ESTABLECE CON LA NATURALEZA. ESTO ES, DEPENDE COMO SE LE APROPIA Y CÓMO EN ESTE PROCESO LA TRANSFORMA. ASÍ LAS CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS Y ECOLÓGICAS SON

LA CAUSA DETERMINANTE DE LA ENFERMEDAD, COMO POR CUANTO SE --  
COMBINA EN CONSTELACIONES DINÁMICAS QUE DESENCADENA Y TRANS--  
FORMA LOS FENÓMENOS BIOLÓGICOS.

SON CAUSAS NECESARIAS, PERO NO SUFICIENTES, YA QUE  
PARA LLEGAR A MANIFESTARSE COMO PROCESOS BIOLÓGICOS DEL INDI--  
VIDUO ACTÚAN A TRAVÉS DE ESLABONES BIOLÓGICOS: BACTERIAS, DES  
NUTRICIÓN, STRESS, ETC.; DEBE QUEDAR CLARO QUE UNA MISMA SI--  
TUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA Y ECOLÓGICA PUEDE PROPICIAR LA ACCIÓN  
DE VARIOS ESLABONES, DE MANERA QUE CORRESPONDAN A VARIAS --AL  
TERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES--.

EN NUESTRO PAÍS, TANTO EN EL CAMPO COMO EN LA CIU--  
DAD LA PROBLEMÁTICA QUE DETERMINAN LAS CONDICIONES DE SALUD -  
SON GRAVES, AÑADIENDO TAMBIÉN LOS PROBLEMAS DEL PROCESO DE IN  
DUSTRIALIZACIÓN Y URBANIZACIÓN.

DOS CARACTERÍSTICAS DE LA POLÍTICA ECONÓMICAS IMPL--  
MENTADA A PARTIR DE LOS AÑOS CINCUENTAS TIENEN PARTICULAR RE--  
LEVANCIA PARA EL ENTENDIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN--  
FERMEDAD:

- 1) LA BAJA INVERSIÓN SOCIAL.
- 2) LA PROTECCIÓN AL CAPITAL

ESTOS DOS ASPECTOS DEL PROCESO DE DESARROLLO SE MA--  
NIFIESTAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE VIDA Y TRABAJO DE -  
LOS TRABAJADORES. LA FORMA CAÓTICA DE CRECIMIENTO DE LOS CEN--  
TROS INDUSTRIALES, SIN LA CREACIÓN DE UNA INFRAESTRUCTURA MÍ-

NIMA DE SERVICIOS PÚBLICOS, SE TRADUCE EN UN PRIMER ELEMENTO DE UN AMBIENTE NOCIVO.

A LA ESCASEZ DE AGUA POR LO DEMÁS CONTAMINADA, A LA CONTAMINACIÓN FECAL, A LOS BASUREROS IMPROVISADOS, HAY QUE -- AÑADIR UN AIRE CONTAMINADO POR LOS GASES DE AUTOMÓVILES E INDUSTRIA. LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS ENCUENTRAN CONDICIONES FÍSICAS, YA QUE LA DESNUTRICIÓN NO ES MENOS COMÚN EN LA POBLACIÓN URBANA QUE EN LA RURAL Y SURGEN POR LAS MISMAS CAUSAS -- QUE EN LAS ZONAS RURALES, CON EL AGRAVANTE DE QUE LA CIUDAD - NO PERMITE LA UTILIZACIÓN DE MUCHOS ELEMENTOS NUTRITIVOS QUE EL CAMPO OFRECE.

RESPECTO A LAS ÁREAS MÁS AFECTADAS POR CARIES DENT-- TAL Y PARODONTOPATÍAS Y ALTERACIONES LINGUALES, MUCHO SE ---- CREÍA QUE LA POBLACIÓN RURAL TENÍA CIERTA RESISTENCIA, HOY EN DÍA SE ESTÁ APRECIANDO QUE TAMBIÉN ELLOS ESTÁN SUJETOS AL MISMO RIESGO QUE LA POBLACIÓN URBANA.

POR TODO LO ANTERIOR CONSIDERAMOS NECESARIO REALI-- ZAR UN ESTUDIO DE LAS -- ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUEN-- TES -- PARA CORROBORAR EL PLANTEAMIENTO ARRIBA CITADO Y ADE-- MÁS QUE ESTE TRABAJO AYUDE A NUESTROS COMPAÑEROS A UN MEJOR - ENTENDIMIENTO, DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.

#### JUSTIFICACION BIO - PSICO - SOCIAL.

LA ESTRUCTURA ECONÓMICA SOCIAL DEL PAÍS ES LA QUE - EJERCE UNA DETERMINACIÓN PRIMARIA SOBRE LA SALUD Y LA ENFERME

DAD. LA CRISIS QUE AQUELLA EXPERIMENTA TRAE COMO CONSECUEN--  
CIA UNA AGUDIZACIÓN DE LOS DAÑOS CORRESPONDIENTES A LA ESFERA  
SANITARIA.

LA EXPRESIÓN COLECTIVA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD  
NO CONSTITUYE UN SIMPLE REFLEJO MECÁNICO DE LOS HECHOS ES---  
TRUCTURALES. ÉSTOS SE SUMAN A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA NATU  
RALEZA INTOCADA Y TRANSFORMADA QUE ESTÁN PRESENTES EN UN ÁMBI  
TO ESPECÍFICO, ASÍ COMO A LA DINÁMICA SOCIAL Y A LOS PATRONES  
CULTURALES DE ELLA SURGIDOS. SIN LUGAR A DUDAS, EJERCEN TAM  
BIÉN UNA INFLUENCIA DETERMINANTE DE LOS ASPECTOS AMBIENTALES  
EN LOS NIVELES DE SALUD DE LA POBLACIÓN AL ARTICULARSE COMO -  
FACTORES ECOLÓGICOS QUE FAVORECEN LAS ENFERMEDADES.

EL HACINAMIENTO, LA FALTA DE SERVICIOS BÁSICOS DE -  
AGUA POTABLE Y DISPOSICIÓN DE LAS ESCRETAS, ASÍ COMO LA CONTA  
MINACIÓN BIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS Y EL AGUA QUE, SE SUPONE  
PUEDE SER EMPLEADA PARA EL CONSUMO HUMANO, SON LAS CONSTANTES  
AMBIENTALES QUE ORIGINAN EN MÉXICO UNA INFECCIÓN PERMANENTE -  
DE GRAN IMPORTANCIA, QUE TRAEN COMO CONSECUENCIA UN DETERIORO  
ECOLÓGICO.

UNO DE LOS FACTORES DE LA CRISIS DE SALUD EN MÉXICO,  
ES EL PROBLEMA DE LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNI--  
COS QUE INTERVIENEN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, QUE EN ES  
TOS MOMENTOS EXPERIMENTAN, A SU VEZ UNA CRISIS IMPORTANTE CU  
YAS CONSECUENCIAS PUEDEN SER DESASTROSAS PARA LA ORGANIZACIÓN  
INSTITUCIONAL DE SALUD.

EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DE SALUD, POR SIMPLE QUE --  
SEA, TIENE QUE PASAR POR TRES GRANDES GRUPOS DE CONSIDERACIO--  
NES QUE SON:

- 1) LOS PROBLEMAS QUE SE DERIVAN DE LAS DESPROPORCIO--  
NES Y EXPLOSIONES CUANTITATIVAS.
- 2) LAS DEFICIENCIAS CUALITATIVAS.
- 3) LAS DETERMINACIONES QUE LA PRÁCTICA DE LA SALUD,  
Y EL MERCADO DE TRABAJO IMPONE A LA FORMACIÓN DE  
LOS RECURSOS HUMANOS.

LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO SE LLEVA A CABO, CON  
EL FIN DE AUMENTAR EL CONOCIMIENTO TEÓRICO DE CIERTAS ENFER--  
MEDADES COMO LO SON LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUEN---  
TES, QUE AFECTAN A LA CAVIDAD BUCAL CREANDO UN DESORDEN SISTÉ  
MICO QUE REPERCUTE EN LA SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA DEL PAÍS,  
YA QUE CAUSAN DÉFICIT EN LA FUERZA PRODUCTIVA.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES QUE DESENCADENAN LAS ALTERACIONES LINGUALES Y CÓMO DEBE ESTABLECERSE EL --  
PLAN DE TRATAMIENTO DE ÉSTAS?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

ANALIZAR LA ETIOLÓGIA, EPIDEMIOLOGÍA, HISTOPATOLO--  
GÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓS

TICO, CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS Y TERMINALES.

1.0 DESCRIBIR LA MORFOLOGÍA DE LA LENGUA.

1.1 DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA LENGUA.

1.2 DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA MUCOSA LINGUAL.

2.1 MENCIONAR LA CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES.

2.2 ENUNCIAR LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES.

3.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA MICROGLOSIA

3.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA MICROGLOSIA.

3.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA MICROGLOSIA

3.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MICROGLOSIA

3.5 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MICROGLOSIA

4.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA MACROGLOSIA

4.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA MACROGLOSIA

4.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA MACROGLOSIA

4.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MA

## CROGLOSIA

4.5 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE -  
LA MACROGLOSIA.

5.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA ANQUILOGLOSIA

5.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANQUILOGLOSIA

5.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA ANQUILOGLOSIA

5.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA AN-  
QUILOGLOSIA.

5.5 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE -  
LA ANQUILOGLOSIA.

6.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LENGUA HENDIDA.

6.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LENGUA HENDIDA.

6.3 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LENGUA  
HENDIDA.

7.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA LENGUA VELLOSA

7.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA LENGUA VELLOSA.

7.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA LENGUA VELLOSA

7.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA LEN-  
GUA VELLOSA.

7.5 EXPLICAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO  
DE LA LENGUA VELLOSA.

7.6 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE -  
LA LENGUA VELLOSA.

- 8.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA LENGUA ESCROTAL
- 8.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA LENGUA ESCROTAL
- 8.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA LENGUA ESCROTAL
- 8.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA --  
LENGUA ESCROTAL.
- 8.5 EXPLICAR EL PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO -  
DE LA LENGUA ESCROTAL.
- 8.6 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE  
LA LENGUA ESCROTAL.
  
- 9.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA GLOSITIS MIGRATO--  
RIA BENIGNA:
- 9.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA GLOSITIS MIGRA-  
TORIA BENIGNA.
- 9.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA GLOSITIS MIGRATO-  
RIA BENIGNA
- 9.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA --  
GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.
- 9.5 EXPLICAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO  
DE LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.
- 9.6 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE  
LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.
  
- 10.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA  
MEDIA
- 10.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA GLOSITIS ROMBOI-  
DEA MEDIA.

- 10.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.
- 10.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.
- 10.5 EXPLICAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.
- 10.6 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.
  
- 11.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA LENGUA SABURRAL.
- 11.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA LENGUA SABURRAL.
- 11.3 DESCRIBIR LA HISTOLOGÍA DE LA LENGUA SABURRAL
- 11.4 MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA LENGUA SABURRAL.
- 11.5 EXPLICAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA LENGUA SABURRAL.
- 11.6 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA LENGUA SABURRAL.
  
- 12.1 MENCIONAR LA ETIOLOGÍA DE LA GLOSODINIA
- 12.2 ENUNCIAR LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA GLOSODINIA
- 12.3 DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GLOSODINIA
- 12.4 EXPLICAR LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA GLOSODINIA.
- 12.5 DESCRIBIR LOS CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA GLOSODINIA.

## HIPOTESIS DEL TRABAJO

LAS ALTERACIONES LINGUALES SON DESENCADENADAS PRINCIPALMENTE POR FACTORES SISTÉMICOS, POR LO TANTO; EL TRATAMIENTO DEBE ENFOCARSE A ELIMINAR EL FACTOR CAUSAL.

## MATERIAL Y METODO

REVISTAS DE CARACTER INTERNACIONAL QUE TRATEN SOBRE ESTE TEMA EDITADAS DE 1979 A LA FECHA.

LIBROS QUE CONTENGAN LA INFORMACIÓN SOBRE ESTE TEMA EN EDICIONES DE 1976 A LA FECHA.

## MÉTODO CIENTÍFICO DOCUMENTAL.

ESTOS PUNTOS SEÑALAN LOS INSTRUMENTOS EN BASE A LOS CUALES SE PERMITEN IMPLANTAR LAS DISTINTAS ETAPAS QUE DIRIGE LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES PARA OBTENER LOS OBJETIVOS FORMULADOS.

EL MÉTODO CIENTÍFICO AYUDA A GENERALIZAR, PROFUNDIZAR Y DEMOSTRAR RIGUROSAMENTE LOS CONOCIMIENTOS DEL TEMA SELECCIONADO, LOS MÉTODOS GENERALES, ANÁLISIS Y SÍNTESIS, SON PRIMORDIALES PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO.

EN PRIMER LUGAR SE LLEVA A CABO LA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA, LEYENDO CATÁLOGOS DEDICADOS A CONCENTRAR LOS TÍTULOS DE LAS OBRAS Y ARTÍCULOS PUBLICADOS EN EL PAÍS Y EN EL EXTRANJERO (INDEX MEDICUS). FICHEROS DE BIBLIOTECAS (CENIDS, --

ADM. BIBLIOTECA CENTRAL DEL I.M.S.S., BIBLIOTECA DE ENENP ZARAGOZA) CON LA FINALIDAD DE OBTENER UNA IDEA PRECISA DE LO INVESTIGADO HASTA LA FECHA.

ALGUNOS ARTÍCULOS OBTENIDOS FUERON EDITADOS EN INGLÉS, POR LO QUE TUVIMOS QUE TRADUCIR AL ESPAÑOL.

UNA VEZ EFECTUADA LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SE REALIZARÁ EL CONTENIDO DEL LIBRO Y ARTÍCULOS ESCOGIDOS, ENSEGUIDA SE PROCEDERÁ A ORGANIZAR LOS DATOS QUE SE OBTENGAN, CONFRONTANDO LA INFORMACIÓN DE DIVERSAS FUENTES PARA LOCALIZAR POSIBLES DESVIACIONES O ALTERACIONES DE LOS DATOS, EL OBJETO DE ESTO ES TENER UNA INFORMACIÓN CONFIABLE Y CONGRUENTE.

SE SINTETIZARÁ LA INFORMACIÓN EN LAS FICHAS DE TRABAJO, ESTO ES ÚTIL, PARA ORDENAR Y CLASIFICAR EL MATERIAL RECOPIADO, LO CUAL PERMITIRÁ TENER A LA VISTA Y DEBIDAMENTE CLASIFICADA TODA LA INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERA DE INTERÉS, LO CUAL FACILITARÁ LA REDACCIÓN DEL DOCUMENTO.

EN BASE A LA TÉCNICA MENCIONADA DE SISTEMATIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA EL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS ES LLEVADO A CABO EN UNA FORMA ORDENADA Y EFICAZ.

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

GRINSPAI

ENFERMEDADES DE LA BOCA

TOMO TRES

EDITORIAL MUNDI

ARGENTINA, 1978

SHAFFER, G. W.

TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL

EDITORIAL INTERAMERICANA

EDICIÓN 3A.

MÉXICO, 1978

GORLIN J. R.

GOLDMAN M. H.

PATOLOGÍA ORAL THOMA

EDITORIAL SALVAT

RE-IMPRESIÓN 2A.

ESPAÑA, 1980.

ZEGARRELLI V. E:  
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL  
EDITORIAL SALVAT  
RE-IMPRESIÓN 6A.  
ESPAÑA, 1979.

GIUNTA, J.  
PATOLOGÍA BUCAL  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
EDICIÓN 1A.  
MÉXICO, 1978

LYNCH, A. M.  
MEDICINA BUCAL DE BURKET  
EDITORIAL INTERAMERICA  
EDICIÓN 7A.  
MÉXICO, 1980.

BHASKAR, S. N.  
PATOLOGÍA BUCAL  
EDITORIAL EL ATENEO  
EDICIÓN 3A.  
ARGENTINA, 1978

FARRERAS, ROZMAN.  
MEDICINA INTERNA  
EDITORIAL MARÍN, S. A.  
EDICIÓN 9A.  
MÉXICO, 1978.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIEMPO APROX.
1.- RECOPIACIÓN DE DOCUMENTOS	DIC. 1981 A MARZO 1982
2.- TRADUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS	ABRIL 1982 A MAYO 1982
3.- ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	MAYO DE 1982
4.- ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO	MAYO DE 1982,
5.- ELABORACIÓN DE TARJETAS DE TRABAJO	JUNIO DE 1982 A SEPTIEMBRE DE 1982.
6.- DESARROLLO DEL TEMA	OCTUBRE A DIC. 1982
7.- REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	ENERO A MARZO 1983
8.- ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES	ABRIL A AGOSTO 1983
9.- ACEPTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	SEPTIEMBRE DE 1983.

## INDICE

### PROTOCOLO

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA	I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	VII
OBJETIVOS	VII
HIPÓTESIS DEL TRABAJO	XII
MATERIAL Y MÉTODOS	XII
BIBLIOGRAFÍA PRELIMINAR	XIV

## CAPITULO I

### MORFOLOGIA DE LA LENGUA

DEFINICIÓN

FISIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

PAPILAS CALICIFORMES

PAPILAS FILIFORMES

PAPILAS FUNGIFORMES

PAPILAS FOLIADAS

AMÍGDALA LINGUAL

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO II

### ALTERACIONES DE LA LENGUA COMO MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES GENERALES.

ENFERMEDADES DE LA SANGRE

HIPOVITAMINOSIS

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

AFECCIONES DIGESTIVAS

ENDOCRINOPATÍAS

ALCOHOLISMO

PROCESOS FEBRILES Y DESHIDRATACIÓN

ALGUNOS SÍNDROMES Y ENFERMEDADES

ENFERMEDADES DEL METABOLISMO

ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA

PSÍQUIS Y LENGUA

IATROGENIAS

NEUROLOGÍA Y LENGUA

TABAQUISMO

ANESTESIA GENERAL

SEPSIS ABDOMINAL

PREVALENCIA DE LAS DIFERENCIAS MORFOLÓGI

CAS DE LA LENGUA HUMANA JOVEN.

BIBLIOGRAFÍA.

### CAPITULO III

MICROGLOSIA

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

HISTOLOGÍA

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

### CAPITULO IV

MACROGLOSIA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

HISTOLOGÍA  
TRATAMIENTO  
BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO V

ANQUILOGLOSIA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO VI

LENGUA HENDIDA

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO VII

### LENGUA VELLOSA

DEFINICIÓN

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

HISTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO VIII

### LENGUA ESCROTAL

DEFINICIÓN

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO IX

### GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO X

### GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO XI

### LENGUA SABURRAL

DEFINICIÓN Y FISIOLÓGIA

EPIDEMIOLOGÍA

HISTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

## CAPITULO XII

### GLOSODINIA ESENCIAL

DEFINICIÓN

ETIOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

BIBLIOGRAFÍA

RESULTADOS

CONCLUSIONES

PROPUESTAS Y/O ALTERNATIVAS

BIBLIOGRAFIA GENERAL

## CAPITULO I

### LENGUA

#### DEFINICIÓN.

LA LENGUA ES UN ÓRGANO DE UNA CONFORMACIÓN ESPECIAL, DADO QUE SE CONSTITUYE COMO UN ELEMENTO DE IMPORTANCIA CAPITAL PARA LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN Y LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE; ASÍ MISMO SIRVE PARA SELECCIONAR EL ALIMENTO Y DIRIGIRLO HACIA LOS DIENTES Y LA FARINGE. (1)

ES UN ÓRGANO MÓVIL COLOCADO EN EL PISO DE LA BOCA Y DE LA FARINGE, CONSTITUÍDO POR UNA MASA DE MÚSCULO QUE EN SU MAYOR PARTE ESTÁ RECUBIERTA POR UNA MEMBRANA MUCOSA.

SU CARA INFERIOR ES LISA PRESENTANDO EN ALGUNAS ZONAS UNA SUBMUCOSA Y ESTRUCTURALMENTE TIENE UN SURCO MEDIO QUE CORRESPONDE AL SEPTUM LINGUAL. EN LO QUE RESPECTA A SU CARA DORSAL ÉSTA SE DIVIDE CLARAMENTE EN DOS ZONAS DEBIDO A LA PRESENCIA DE LAS PAPILAS CALICIFORMES QUE SE ENCUENTRAN DISPUES-

TAS EN FORMA DE V, CON LAS RAMAS ABIERTAS HACIA ADELANTE Y DÁ ORÍGEN A LA PORCIÓN BUCAL O CUERPO, Y A LA PORCIÓN FARÍNGEA, RAÍZ O BASE DE LA LENGUA, LA CUAL ES DIFÍCIL VISUALIZAR EN -- FORMA DIRECTA. (1)

EL DORSO DE LA PUNTA Y EL CUERPO LINGUALES PRESEN-- TAN NUMEROSAS PAPILAS, LAS CUALES SE LOCALIZAN EN LOS DOS TER CIOS ANTERIORES DE LA CARA SUPERIOR. EL DORSO DE LA RAÍZ --- MUESTRA PROMINENCIAS REGULARES FORMADAS POR LAS AMÍGDALAS LIN GUALES.

#### FISIOLOGICAMENTE:

LOS DOS SECTORES ANATÓMICOS CUMPLEN FUNCIONES DIFE- RENTES Y ESPECÍFICOS:

- 1.- LA PARTE ANTERIOR: INCLUYE A LAS PAPILAS CALICI- FORMES Y CONSTITUYE UN ÓRGANO MUY ESPECIALIZADO (GUSTO, TACTO, FONACIÓN, ETC.)
- 2.- LA PARTE POSTERIOR: ES UNA FORMACIÓN EMINENTE-- MENTE LINFOIDE CON LAS FUNCIONES PROPIAS DE ES- TE TEJIDO (ANILLO DE WALDEYEBER).

#### HISTOLÓGICAMENTE:

LA LENGUA ESTÁ CUBIERTA POR UN EPITELIO PLANO ESTRA TIFICADO ESCAMOSO Y UN POCO QUERATINIZADO EL CUAL SE ADHIERE A LOS PLANOS SUBYACENTES EXCEPTO EN SU CARA INFERIOR.

LA LÁMINA PROPIA ES COMPACTA Y SE UNE A LOS HACES -

MUSCULARES VECINOS PRESENTANDO EN SU SUPERFICIE UNA SERIE DE PROYECCIONES LLAMADAS - PAPILAS LINGUALES - LAS CUALES SON DE 4 CLASES: CALICIFORMES, FILIFORMES, FUNGIFORMES Y FOLIADAS.

(1)

A LOS CUATRO TIPOS DE PAPILAS MENCIONADAS PODEMOS - AGREGAR UNA MÁS, LAS HEMISFÉRICAS O SIMPLES, SOLO VISTAS AL - MICROSCOPIO, TAMBIÉN DENOMINADAS PAPILAS CORIÓNICAS, LAS CUALES SON COMUNES EN LA MUCOSA Y SE CONSIDERAN HOMÓLOGAS A LAS DÉRMICAS DE LA PIEL.

TAL ESPECIFICIDAD ESTRUCTURAL DA LUGAR, EN BASE A - LAS MODIFICACIONES PATOLÓGICAS DE ESTOS ELEMENTOS, A LA EXISTENCIA DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA LENGUA, NO OBSERVABLES, EN NINGÚN OTRO SECTOR ORGÁNICO.

PAPILAS CALICIFORMES.- TAMBIÉN LLAMADAS CIRCUNVALADAS, LAS QUE ANATÓMICAMENTE ADOPTAN UNA DISPOSICIÓN EN FORMA DE V, CON EL VÉRTICE DIRIGIDO HACIA LA FARINGE, ESTÁN SITUADAS EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PORCIÓN BUCAL DE LA LENGUA, - POR ADELANTE DEL FORÁMEN CIEGO.

CADA UNA DE ELLAS SEMEJA LA FORMA AL PARECER DE UN CASQUETE DE ESFERA INVERTIDO, EL CUAL INCLUYE, RODEANDO A SU BASE, UN SURCO PROFUNDO DE 1 A 3 MM, QUE SE APRECIA MEJOR AL PRETENDER SEPARAR LAS PAPILAS DE SU BASE DE IMPLANTACIÓN, DICHAS PAPILAS POSEEN UNA COLORACIÓN BLANCO-ROSADAS Y SU SUPERFICIE ES LISA. EN CUANTO RESPECTA A SUS DIMENSIONES, LA DE MAYOR TAMAÑO ALCANZA CASI MEDIO CENTÍMETRO DE DIÁMETRO Y OCU-

PA EL VÉRTICE DE LA V, ENCONTRÁNDOSE PRÁCTICAMENTE ENGASTADA EN EL FORÁMEN CIEGO.

EL NÚMERO APROXIMADO DE ESTAS PAPILAS VARÍA DE 9 A 11 Y SE DESTACAN NETAMENTE DEL RESTO POR SU UBICACIÓN, FORMA Y TAMAÑO. LAS PAPILAS CALICIFORMES SON LAS MÁS IMPORTANTES - DE TODOS LOS DEMÁS TIPOS DE PROYECCIONES EN LO QUE A LA FUNCIÓN GUSTATIVA CONCIERNE. (1)

HISTOLÓGICAMENTE, - EL TEJIDO CONECTIVO CONSTITUYE - LA MAYOR PARTE DE SU VOLUMEN. EL EPITELIO QUE LAS RECUBRE -- ES DELGADO, LISO Y MUESTRA EN SU CARA PROFUNDA, INSINUÁNDOSE EN FORMA POCO APARENTE, A LAS PAPILAS SECUNDARIAS: EN DICHO - EPITELIO Y CASI EXCLUSIVAMENTE EN LAS CARAS LATERALES DE LAS PAPILAS SE APRECIAN NUMEROSOS CORPÚSCULOS GUSTATIVOS. A NI-- VEL DEL SURCO QUE RODEA A SU BASE SE ABREN UNOS PEQUEÑOS CONDUCTOS DE GLÁNDULAS SEROSAS DENOMINADAS DE VON EBNER, SITUA-- DAS PROFUNDAMENTE, LAS CUALES PARECEN DESEMPEÑAR LA FUNCIÓN - DE LIMPIEZA DE DICHO SURCO, ASEGURANDO DE ESTA MANERA, LA ADECUADA FUNCIÓN GUSTATIVA. (1)

### PAPILAS FILIFORMES

SON NUMEROSAS Y DAN EL CARACTERÍSTICO ASPECTO AFELPADO. SON ALARGADAS Y DELGADAS, CONFORMÁNDOSE COMO ELEVACIONES CILÍNDRICAS DE LA LÁMINA PROPIA. EN EL VÉRTICE DE CADA - UNA, PRESENTAN DE 5 A 30 PAPILAS SECUNDARIAS DE TEJIDO CONJUN TIVO, ADOPTANDO ESTRUCTURALMENTE, LA CARACTERÍSTICA DE TERMI-

NAR EN FORMA DE PUNTA Y ESTAR A SU VEZ RECUBIERTAS POR EPITELIO.

SU FUNCIÓN ESPECÍFICA ES LA DE COLABORAR EN LA TRITURACIÓN DE LOS ALIMENTOS YA QUE INTERVIENEN EN EL TRASLADO DE ESTOS DURANTE LA MASTICACIÓN; TAMBIÉN PARTICIPAN EN EL BARRIDO O LIMPIEZA, LLEGÁNDOSE INCLUSO A ESTABLECER LA COMPARACIÓN EN ESTE ASPECTO CON LA ACCIÓN QUE EJERCE UNA ESCOBA, LA LIMPIEZA FISIOLÓGICA DE LA LENGUA SE PRODUCE AL HABLAR Y AL COMER; SIENDO AMBOS ACTOS LOS QUE LLEVAN A LA CONTÍNUA DESCAMACIÓN DE LA PAPILAS FILIFORMES.

HISTOLÓGICAMENTE, - SE CONSTITUYEN COMO FORMACIONES Estrictamente epiteliales` DICHO EPITELIO TIENE UN AUMENTO EXTRAORDINARIO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS, TANTO POR ENCIMA DEL NIVEL DEL DORSO DE LA LENGUA COMO POR DEBAJO DEL MISMO. POR OTRA PARTE, DICHAS CÉLULAS CONFORME SE APROXIMAN A LA SUPERFICIE VAN APLANÁNDOSE PARA PRESENTAR FINALMENTE QUERATINIZACIÓN.

### PAPILAS FUNGIFORMES

SE ENCUENTRAS SEPARADAS Y DISPUESTAS ENTRE LAS PAPILAS FILIFORMES. SON MÁS GRANDES PERO MENOS NUMEROSAS QUE ESTAS ÚLTIMAS. POSEEN UN TALLO CILÍNDRICO Y UN ÁPICE REDONDEADO MÁS ANCHO, POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE ADOPTAN LA CARACTERÍSTICA FORMA DE HONGO. ESTE TIPO DE PAPILAS DESTACAN Y SE DIFERENCIAN DE LAS DESCRITAS PREVIAMENTE POR SU FORMA, TAMAÑO Y COLOR ROJIZO; LO ANTERIOR ES DEBIDO A SU VASCULARIZACIÓN Y

ESCASO ESPESOR EPITELIAL.

LAS PAPILAS FUNGIFORMES INTERVIENEN PRIMORDIALMENTE EN LA FUNCIÓN DE TIPO SENSORIAL.

HISTOLÓGICAMENTE.- SOBREPASAN EL NIVEL DE LA MUCOSA LINGUAL Y EL TEJIDO CONECTIVO CONSTITUYE LA MAYOR PARTE DE SU VOLUMEN. ESTÁN RECUBIERTAS POR UN EPITELIO ADELGAZADO, Y NO ES RARO DESCUBRIR LA PRESENCIA DE UN CORPÚSCULO GUSTATIVO EN EL ESPESOR DEL MISMO.

### PAPILAS FOLIADAS

SE ENCUENTRAS UBICADAS EN AMBOS BORDES LINGUALES, - ORIENTADAS HACIA LA PORCIÓN POSTERIOR. ESTRUCTURALMENTE SEMEJAN PLIEGUES DE LA MUCOSA, DESCRIBIÉNDOSE NUMÉRICAMENTE DE -- 4 A 5 ELEMENTOS DISPUESTOS TRANSVERSALMENTE. POR SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y CON EL FIN DE OBSERVARLAS DETALLADAMENTE, SE REQUIERE TOMAR LA PUNTA DE LA LENGUA CON UNA GASA Y LLEVARLA HACIA EL LADO OPUESTO.

LA ALTURA DE LOS PLIEGUES VARÍA DE 2 A 3 MM. CONSIDERÁNDOSE PERTINENTE ACLARAR QUE EL ASPECTO ESTRUCTURAL EVIDENCIA UNA MARCADA VARIABILIDAD DE PERSONA A PERSONA. SU DISTRIBUCIÓN ETARIA LAS SITUÁ CON UN NOTABLE PREDOMINIO EN LA -- ETAPA DE LACTANTE.

HISTOLÓGICAMENTE.- SE PUEDEN DETERMINAR UNO O MÁS - FOLÍCULOS LINFOIDES EN DISTINTO ESTADIO FUNCIONAL, RECUBIER--

TOS POR UN EPITELIO ADELGAZADO. EN EL CONEJO Y OTROS ANIMALES LAS PAPILAS FOLIADAS DESEMPEÑAN FUNCIONES GUSTATIVAS; EN EL HOMBRE, SON LA PROLONGACIÓN HACIA ADELANTE DE LA AMÍGDALA LINGUAL.

### AMIGDALA LINGUAL.

SE ENCUENTRA EN LA RAÍZ DE LA LENGUA, POR DETRÁS DE LAS PAPILAS CALICIFORMES. SU UNIDAD ESTRUCTURAL LA CONFORMA UNA FOSITA EPITELIAL RODEADA POR UN TEJIDO LUFOSIDE Y CADA UNIDAD DE ESTE TIPO, SE ENCUENTRA PROVISTA DE UNA CÁPSULA CONJUNTIVA.

FUNCIONALMENTE DICHA ESTRUCTURA ESTÁ VINCULADA PRIORITARIAMENTE A LA FUNCIÓN LINFOIDE Y NO A LA GUSTATIVA, LA CUAL EN EL SER HUMANO CORRESPONDE, COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE A LAS PAPILAS CALICIFORMES.

CONTEMPLAREMOS EN LOS PROCESOS QUE DESCRIBIMOS A CONTINUACIÓN DE QUÉ MANERA LAS PAPILAS LINGUALES PARTICIPAN DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS, SUFRIENDO POR ENDE, ALTERACIONES QUE EN SU MAYORÍA SON CONSIDERADAS LITERALMENTE COMO ENFERMEDADES PROPIAS DE LA LENGUA. (1)

### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL - MUNDI. ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.

## CAPITULO II

### LAS ALTERACIONES DE LA LENGUA COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDADES GENERALES.

ANCESTRALMENTE, LOS CLÍNICOS SE BASABAN EN LA OBSERVACIÓN DE LA LENGUA, PARA REALIZAR ALGUNOS DIAGNÓSTICOS. AÚN SE CONSERVAN PINTURAS CLÁSICAS LAS CUALES ILUSTRAN DICHO MÉTODO DIAGNÓSTICO, ESTABLECIÉNDOSE LA COMPARACIÓN, EN LO QUE A IMPORTANCIA SE REFIERE, CON LA CONFERIDA A UN TERMÓMETRO CUYO FIN ES COMPROBAR LA PRESENCIA DE FIEBRE O BIEN LA OBSERVACIÓN DE LAS CONJUNTIVAS PARA VERIFICAR LA EXISTENCIA DE ANEMIA.

ASÍ COMO ALGUNOS AUTORES AFIRMAN QUE LA CARA ES UNA EXPRESIÓN DEL ALMA, SE CONSIDERA QUE LA LENGUA PUEDE SERLO DE DIVERSAS ENFERMEDADES GENERALES. POR ENDE, TANTO EL MÉDICO - COMO EL ESTOMATÓLOGO DEBEN ADOPTAR LA INSPECCIÓN DE ESTE ÓRGANO COMO UNA PRÁCTICA RUTINARIA EN SU EJERCICIO PROFESIONAL.

A PESAR DE LOS AVANCES ALCANZADOS EN LA MEDICINA, - EN LO QUE A MÉTODOS DIAGNÓSTICOS RESPECTA, LA SEMIOLOGÍA LINGUAL HA CONSERVADO SU VALOR E IMPORTANCIA EN LA CLÍNICA MÉDI-

CA. POR ELLO Y EN FORMA RESUMIDA, MENCIONAREMOS LAS PRINCIPALES ALTERACIONES LINGUALES QUE SE OBSERVAN EN DIVERSAS ENFERMEDADES; AUNQUE EN REALIDAD SON MÚLTIPLES LOS PROCESOS QUE DEBERÍAN DE CONTEMPLARSE, SOLO NOS REFERIREMOS ESTRICTAMENTE A LOS MÁS IMPORTANTES, LO QUE ORDENAREMOS SEGÚN SU ETIOLOGÍA.

CABE DESTACAR QUE NO EXISTE UNIFORMIDAD DE CRITERIOS, ENTRE LOS DIVERSOS AUTORES EN CUANTO A LA DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES LINGUALES EVIDENCIADAS POR DISTINTAS ENFERMEDADES, INCLUSO, LA GLOSITIS DE HUNTER, QUE SE UBICA COMO UNA DE LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES Y ANTIGUAS QUE EXISTEN MARCADAS DISCREPANCIAS; ELLO SE DEBE A QUE EN MUCHOS CASOS LOS PROCESOS NO SE PRESENTAN EN SU FORMA PURA, SINO ASOCIADAS A LA SIGNOLOGÍA PROPIA DE OTROS PADECIMIENTOS.

EXPONDEREMOS, EN CONSECUENCIA, LO FUNDAMENTAL Y PRÁCTICO DE TALES ALTERACIONES. EN LA BIBLIOGRAFÍA QUE CITAMOS PUEDEN HALLARSE TRABAJOS DETALLADOS. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8).

## 2.1. ENFERMEDADES DE LA SANGRE

**ANEMIAS:** LA LENGUA SE DESPAPILA EN SU CONTEXTO INTEGRAL (HIPOTROFIA Y ATROFIA PAPILARES).

**ANEMIA FERROPÉNICA:** LA LENGUA SE TORNA ROJA, DESPAPILADA Y BRILLANTE. EN OCASIONES SE FISURA AGREGÁNDOSE POR TAL MOTIVO UN COMPONENTE DOLOROSO. SE ACOMPAÑA A SU VEZ DE -

QUEILITIS ANGULAR Y ATROFIA DE LOS OTROS SECTORES MUCOSOS BUCALES.

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON O DE PATERSON-KELLY; SE CARACTERIZA PORQUE A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS REFERIDOS PREVIAMENTE SE AGREGA LA DISFAGIA QUE ES UN SÍNTOMA PRIMORDIAL, QUE NOS PERMITE HACER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN OTRAS ANEMIAS. - SU IMPORTANCIA SE FUNDAMENTA EN EL HECHO DE QUE ES CONSIDERADA UNA LESIÓN PRECANCEROSA.

ANEMIA APLÁSTICA: LAS LESIONES ESPECÍFICAS ESTÁN DADAS POR MANCHAS ROJAS DE CONTORNOS DIFUSOS CON ULCERACIONES LAS CUALES EN OCASIONES SANGRAN.

ANEMIA PERNICIOSA: LA LENGUA SE DENOMINA DE HUNTER, INICIALMENTE ADOPTA UNA COLORACIÓN ROJA EN LA PUNTA Y BORDES, POSTERIORMENTE SE PRODUCE UNA DESAPARICIÓN TOTAL DE LAS PAPILAS Y LA LENGUA APARECE LISA, ROJA, BRILLANTE Y DANDO EL ASPECTO COMO SI HUBIERA SIDO BARNIZADA. ASÍMISMO, PUEDEN OBSERVARSE EROSIONES, FISURAS Y NECROSIS ACOMPAÑADAS DE INTENSO DOLOR, EL CUAL EN MÚLTIPLES CASOS RESULTA INSOPORTABLE.

SIN EMBARGO, AUNQUE ES CLÁSICO REFERIRSE AL COLOR ROJO DE LA SUPERFICIE LINGUAL, ALGUNOS INVESTIGADORES COMO BERDICHSKY Y COLS REFIEREN QUE ESTE TIPO DE ANEMIA EL COLOR ES ROSADO PÁLIDO DEBIDO AL PERÍODO DE ESTADO PATOLÓGICO QUE EVIDENCIA EN CIERTAS ETAPAS.

AGRANULOCITOSIS: SE OBSERVAN ZONAS DE NECROSIS Y -  
BLANQUECINAS QUE RECUERDAN AL MUGUET, LAS CUALES FORMAN CUER-  
PO CON LA LENGUA Y DEJAN ULCERACIONES AL ELIMINARSE.

PÚRPURA: EN LA ENFERMEDAD DE WERLHOF SE APRECIAN -  
HEMATOMAS Y AMPOLLAS HEMORRÁGICAS, ASÍ COMO ELEMENTOS CLÁSICA  
MENTE PURPÚRICOS. EN LA SENILIDAD PUEDE HABER MANIFESTACIO--  
NES DE PÚRPURA LINGUAL POR DISTROFIA DEL TEJIDO ELÁSTICO.

POLIGLOBULIA: LA LENGUA SE ENCUENTRA CASI ENROJECI  
DA PRÁCTICAMENTE EN SU TOTALIDAD, ACOMPAÑADA GENERALMENTE CON  
HIPOTROFIA PAPILAR.

## HIPOVITAMINOSIS

### DEL COMPLEJO B

EN ESTE TIPO DE TRASTORNOS METABÓLICO, LA LENGUA SE  
DESPAPILA CASI INVARIABLEMENTE.

PELAGRA: RECIBE EL NOMBRE DE LENGUA SANDWITCH. ES  
ROJA, DOLOROSA Y PRESENTA ATROFIA PAPILAR. SUELE SER EDEMATO  
SA Y FISURADA. PUEDE HABER EROSIONES, NECROSIS Y ULCERACIO--  
NES, ADEMÁS SE ACOMPAÑA DE QUEILITIS ANGULAR.

HIPORRIBOFLAVINOSIS: EL ÓRGANO LINGUAL PRESENTA --  
UNA PECULIARIDAD EN SU COLOCACIÓN DADO QUE EN SU CARA ANTE---  
RIOR, ES ROJA Y VIOLÁCEA EN LA POSTERIOR (LENGUA MAGENTA). A  
SU VEZ, DESAPARECEN LAS PAPILAS FILIFORMES DESTACÁNDOSE LAS -  
FUNGIFORMES, EL EDEMA ACOMPAÑA A DICHAS ALTERACIONES ESTRUCTU

RALES.

## AFECCIONES CARDIOVASCULARES.

**CARDIACOS:** EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA, LA LENGUA SE OBSERVA AGRANDADA Y EDEMATOSA, DE COLOR ROJO VIOLÁCEO. ASÍ MISMO SE VISUALIZAN CLARAMENTE VENAS EN LA CARA INFERIOR.

SI LA INSUFICIENCIA ES GRAVE SE VISUALIZA UN SURCO CENTRAL Y PEQUEÑOS PLIEGUES TRANSVERSALES.

EN LA INSUFICIENCIA IZQUIERDA LA LENGUA SE PRESENTA ROJA.

**INSUFICIENCIA TOTAL O GLOBAL:** EN ESTE TRASTORNO SE APRECIA LA LENGUA GRANDE Y VIOLÁCEA Y EN OCASIONES CON EL FIN DE OBSERVAR LA CIANOSIS, ES NECESARIO QUE EL PACIENTE LA SAQUE DE MANERA FORZADA.

**INFARTO DEL MIOCARDIO:** EN FASE INICIAL SE TORNA SABURRAL.

**ASMA CARDIACO:** LA LENGUA SE MUESTRA ROJA O CIANÓTICA, DEPENDIENDO DEL GRADO DE LA ALTERACIÓN.

**INSUFICIENCIA AÓRTICA:** SE HACEN EVIDENTES MOVIMIENTOS RÍTMICOS PULSÁTILES DE LA LENGUA Y DE LA ZONA AMIGDALINA. (NO SON EXCLUSIVOS DE LA INSUFICIENCIA AÓRTICA, SE VEN TAMBIÉN EN EL HIPERTIROIDISMO Y EN LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS -

ENTRE OTRAS ENFERMEDADES),

SÍNDROME MEDIASTINAL: EDEMA Y CIANOSIS LINGUAL.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: LENGUA ROJA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: LENGUA PÁLIDA.

ARTERITIS TEMPORAL: NECROSIS DE LA LENGUA.

AFECCIONES DIGESTIVAS,

CIRRÓTICOS: EN MÚLTIPLES CASOS LA LENGUA SE TORNA LISA Y DE COLORACIÓN ROJIZA. EN OTRAS OCASIONES LA LESIÓN -- PUEDE SER DE TIPO ESTÁSICO.

CIRROSIS BRONCEADA O HEMOCROMATOSIS: LENGUA AZUL - CON TINTE NEGRUZCO.

CARCIMONA GÁSTRICO: SI EL PROCESO NEOPLÁSICO ES -- AVANZADO LA LENGUA SE VISUALIZA DE COLOR ROJA-VIOLÁCEA, ATROFIA Y BRILLANTE.

HIPOCLORHIDRÍA: EN ESTE TRASTORNO SE OBSERVA CLARA MENTE UN TRIÁNGULO POSTERIOR DE COLOR ROJO Y CON DESPAPILACIÓN FRANCA. (SÍNDROME DE CHEVALLIER).

ÚLCERA GASTRODUODENAL: EXISTEN DESPAPILACIONES MÚLTIPLES CIRCULARES U OVALES, LAS CUALES SON CONFLUENTES, INDOLORAS Y QUE DESAPARECEN AL CICATRIZAR LA ÚLCERA.

PARASITOSIS INTESTINAL: LA LENGUA ADQUIERE LA MORFOLOGÍA CARACTERÍSTICA DE LAS DE TIPO CARENCIAL: ROJA, LISA,

DESPAPILADA Y EN OCASIONES DE ASPECTO SABURRAL.

## ENDOCRINOPATIAS.

**TIROIDES: ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW.-** EN ESTE TRASTORNO METABÓLICO, LA PIGMENTACIÓN DEL DORSO DE LA LENGUA SE EVIDENCIA DE COLOR ROJO Y ESTRUCTURALMENTE DESPAPILADA, --- EXISTE TEMBLOR DE ESTE ÓRGANO Y OCASIONALMENTE SE APRECIAN MOVIMIENTOS RÍTMICOS PULSÁTILES POR AUMENTO DE LA PRESIÓN DIFERENCIAL.

**HIPOTIROIDISMO: LENGUA GRANDE, LISA, PÁLIDA Y EDEMATOSA** LA CUAL EMERGE DEL ORIFICIO BUCAL.

**HIPÓFISIS: EN LA ACROMEGALIA Y SÍNDROME DE CUSHING,** HAY UNA MARCADA MACROGLOSIA Y EL COLOR ES AMARILLENTO.

**SUPRARRENAL: ENFERMEDAD DE ADDISON.-** PRESENTA MANCHAS PARDUZCAS, EN SU ESTRATO Y MORFOLÓGICAMENTE SE ENCUENTRAN LISA Y ATRÓFICA.

**DIABETES MELLITUS: EN SU CONTEXTO INTEGRAL LA LENGUA** ADOPTA LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES Y SE ENCUENTRA: SECA, AGRANDADA, INDENTADA, DE COLOR ROJO Y NOTABLEMENTE DESPAPILADA. EN OCASIONES MUESTRA AMPOLLAS HEMORRÁGICAS, Y EN DIVERSOS SECTORES BUCALES, LAS CUALES SE CONSIDERAN UNA MANIFESTACIÓN BUCAL INICIAL DE LA ENFERMEDAD DENOMINADA HEMOFLICTE NOSIS BUCAL RECIDIVANTE O ESTOMATOPATÍA DIABÉTICA.

BERDICHESKY, GRINSPAN Y ABULAFIA, RESALTAN LA IMPORTANCIA EN OTROS TRABAJOS PUBLICADOS DE LA FRECUENCIA CON LA QUE SE DIAGNOSTICA LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES QUE PRESENTAN GLOSODINIA.

### ALCOHOLISMO

EN ESTA FRECUENTE ENFERMEDAD, SE OBSERVA UNA LENGUA GRANDE, DE CONSISTENCIA BLANDA, PASTOSA, INDENTADA Y EN ALGUNOS CASOS CON TEMBLORES FINOS,

### PROCESOS FEBRILES Y DESHIDRATACION.

CARACTERÍSTICAMENTE ENCONTRAMOS LENGUA SECA, SABURRAL Y CUBIERTA CON COSTRAS,

### CANCER

LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS GUARDAN SEMEJANZA CON LA LENGUA ESTÁSICA; ES DECIR, PLEGADA,

EN EL SARCOMA DE ESTÓMAGO SE OBSERVA ESPECÍFICAMENTE TUMEFACCIÓN DE LAS PAPILAS LINGUALES.

### ALGUNOS SINDROMES Y ENFERMEDADES

SÍNDROME DE SJOGREN: ÉSTA ALTERACIÓN MANIFIESTA -- UNA LENGUA VIOLÁCEA, SECA Y ROJA, LA CUAL MUESTRA SURCOS EN SU CONFORMACIÓN EXTERIOR.

SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSSENTHAL: AQUÍ LA LENGUA ES DE TIPO ESCROTAL Y ACOMPAÑA A TUMEFACCIONES NO INFLAMATORIAS, ESPECIALMENTE DE LOS LABIOS Y AUNADO CONCOMITANTEMENTE A LA PARÁLISIS FACIAL RECIDIVANTE.

SÍNDROME DE JADASSOHN-LEWANDOWSKY: ESTE TRASTORNO ES DE RELEVANTE IMPORTANCIA DADO QUE LA LENGUA ES DE ASPECTO LEUCOPLASIFORME.

SÍNDROME DE RILEY-DAY: EN ESTA ANOMALÍA GENÉTICA - (DISFUNCIÓN AUTOSÓMICA). LA LENGUA MUESTRA UNA NOTORIA Y CARACTERÍSTICA DESPAPILACIÓN DE LAS CALICIFORMES Y DE LAS FUNGIFORMES.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: EXCLUSIVAMENTE DIVERSAS PIGMENTACIONES LINGUALES.

SÍNDROME DE COSTEN: MANIFESTADO POR DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, MAXILAR Y LINGUAL, DESPERTADO - ESPECIALMENTE POR LA MASTICACIÓN.

#### ENFERMEDADES DEL METABOLISMO:

AMILOIDOSIS: LENGUA GRANDE, ESCLEROSA, DURA, CON ELEMENTOS TÍPICOS QUE SEMEJAN GRANOS DE SÉMOLA.

LIPOIDOPROTEINOSIS: LENGUA ESCLEROSADA, RETRAÍDA, CON ADHERENCIAS EN SU CARA VENTRAL Y PLACAS AMARILLENTAS EN SU SUPERFICIE.

## ENFERMEDADES DEL COLAGENO:

ESCLERODACTILIA: LENGUA ATRÓFICA, FINA, DE DORSO LISO, LA CUAL MUESTRA DIFICULTAD PARA EXTRAERLA.

ESCLEREDEMA Y ESCLERODERMIA EDEMATOSA: LENGUA GRANDE CON INDENTACIONES MARCADAS,

ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER: CARACTERIZADA POR TELANGIECTASIAS Y ANGIOMAS RUBÍ EN LA ESTRUCTURA LINGUAL.

## PSIQUIS Y LENGUA

GLOSODINIA ESENCIAL: ANTERIORMENTE SE HA EXPUESTO LA NECESIDAD DE UN DETALLADO ESTUDIO INTEGRAL ANTES DE CALIFICAR COMO ESENCIAL Y DE CAUSA PSÍQUICA A UNA ALTERACIÓN LINGUAL ESPECÍFICA.

## IATROGENIAS.

LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE DIVERSOS FÁRMACOS, ENTRE LOS QUE SE DESTACAN: CLOROPROMACINAS, ATROPIA, BELLADONNA, Y ANTIDEPRESIVOS EN GENERAL Y SIMPATICOTÓNICOS, QUE ENTRE OTROS GENERAL A LA LENGUA SECA.

## NEUROLOGIA Y LENGUA

LAS ALTERACIONES DE ORDEN NEUROLÓGICO EVIDENCIAN -- LAS MANIFESTACIONES SIGUIENTES:

EPILEPSIA: MORDEDURAS Y CICATRICES.

NEURALGIAS DEL GLOsofaríngeo: DOLOR

PARÁLISIS BULBAR: ATROFIA

PARÁLISIS DEL HIPOGLOSO: INMOVILIDAD O FALLA EN SACAR LA LENGUA.

PARKINSON Y PARÁLISIS PROGRESIVA: TEMBLORES.

TABAQUISMO

EN LOS FUMADORES DE PIPA PUEDE HABER DOLOR LINGUAL Y PÁPULAS BLANQUECINAS SOBRE EL PALADAR CON QUERATINIZACIÓN - HISTOLÓGICA (PALATITIS NICOTÍNICA), LA LENGUA APARECE DE COLOR AMARILLO-PARDUZCO EN LOS FUMADORES CRÓNICOS.

ANESTESIA GENERAL

CAÍDA HACIA ATRÁS POR PÉRDIDA DE LA MOTILIDAD Y ASFIXIA.

SEPSIS ABDOMINAL

LA LENGUA ES MALOLIENTE, AÚN DESPUÉS DE ENJUAGARSE LA BOCA. EL OLOR ES BUCAL Y NO RESPIRATORIO.

2.2 Y, AHORA ENUNCIAMOS LAS ALTERACIONES LINGUALES MÁS FRECUENTES.

3.0 MICROGLOSIA

4.0 MACROGLOSIA

5.0 ANQUILOGLOSIA

- 6.0 LENGUA HENDIDA
- 7.0 LENGUA VELLOSA
- 8.0 LENGUA ESCROTAL
- 9.0 GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA
- 10.0 GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA
- 11.0 LENGUA SABURRAL
- 12.0 GLOSODINIA ESENCIAL

ORAL SUGERY FEB: 1982.

PREVALENCIA DE LAS DIFERENTES MORFOLOGIAS QUE ENCONTRAMOS EN LA LENGUA HUMANA EN JOVENES.

LA MORFOLOGÍA Y SUS VARIACIONES QUE ENCONTRAMOS EN LA LENGUA HUMANA AL EXAMINAR A 381 PACIENTES LA DIVIDIMOS POR EDADES Y EN TRES GRUPOS:

GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
3 A 8 AÑOS	9 A 16 AÑOS	17 A 35 AÑOS

EN GRUPO I, HABÍA 84 PRE-ESCOLARES, GRUPO II, 146 - ESCOLARES, GRUPO III HABÍA 151 ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA Y - ENFERMERAS.

LA PREVALENCIA DE VARIACIONES EN LA MORFOLOGÍA DE LA LENGUA Y SUS ENFERMEDADES COMBINANDO LOS 3 GRUPOS, NOS DIÓ EL RESULTADO SIGUIENTE:

LENGUA FISURADA	5.0%	LENGUA VELLOSA	8.3%
G:M:B:	2.1%	ATROFIA FILIFORME	5.5%

LA PREVALENCIA ACERCA DE LA LENGUA FISURADA FUE POCO MENOS DE 0.05% Y LA ATROPIA FILIFORME POCO MENOS DE 0.01%, INCREMENTADO CON LA EDAD DE LA POBLACIÓN.

LA LENGUA VELLOSA Y LA G:M:B:, NO SE INCREMENTARON SIGNIFICATIVAMENTE CON LA EDAD, LA LENGUA FISURADA ESTUVO MÁS COMÚN EN MASCULINOS QUE EN FEMENINOS POCO MENOS QUE 0.05%, Y, ACERCA DE LA ATROPIA FILIFORME Y LA LENGUA VELLOSA NO HUBO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA NI EN MASCULINO NI EN FEMENINOS. (9)

## 2.18.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL - MUNDI, ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W. G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A., MÉXICO, --- 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLIMAN, M. H., PATOLOGÍA BUCAL THOMA, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 2A., ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, EDITORIAL SALVAT., EDICIÓN 1A., ESPAÑA 1978.
- 5.- GUINTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 1A., MÉXICO, 1978.
- 6.- LINCH, A. M., ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITO--- RIAL MUNDI, ARGENTINA, 1978.
- 7.- BHASKAR, S. N., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. EL ATE--- NEO, EDIC. 3A. ARGENTINA, 1978.
- 8.- FARRERAS, P., ROZMAN., MEDICINA INTERNA, EDIT. MARIN, EDI. 8A., MÉXICO, 1978.

## CAPITULO III

### MICROGLOSLIA

#### 3.1. ETIOLOGIA

ES UNA ANOMALÍA QUE ACONTECE DENTRO DE LAS PRIMERAS SEMANAS POSTERIORES A LA GESTACIÓN Y GENERALES PRINCIPALMENTE POR:

- 1.- MEDICACIONES TERATÓGENAS  
(CORTICOIDES, SEDANTES, ETC.)
- 2.- INTOXICACIONES
- 3.- RADIACIONES
- 4.- INFECCIONES VIRALES
- 5.- HIPOALIMENTACIÓN
- 6.- STRESS EMOCIONAL
- 7.- LESIÓN DEL PAR CRANEAL XII  
(HIPOGLOSO)

DICHA ALTERACIÓN MORFOLÓGICA SE ASOCIA CON OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ESPECIALMENTE LAS DE LAS EXTREMIDADES -

SUPERIORES, OTRO FACTOR GENÉTICO DE CARDINAL IMPORTANCIA PUEDE SER LA LESIÓN DEL PAR CRANEAL XII O HIPOGLOSO, EL CUAL --- INERVA A LOS MÚSCULOS DE LA LENGUA, YA QUE SI SE CARECE DE LA ESTIMULACIÓN ADECUADA PROVENIENTE DE ESTE NERVI-- LOS MÚSCU-- LOS LINGUALES SE ATROFIAN Y SE DEBILITAN Y DEBIDO A ELLO ES - QUE EMPEQUEÑECEN DANDO ORIGEN CONSECUTIVAMENTE A LA DISMINU-- CIÓN DEL TAMAÑO DE LA LENGUA. (5)

### 3.2. EPIDEMIOLOGIA.

ESTA MALFORMACIÓN ES EXTRAORDINARIAMENTE RARA (2, 3, 4 Y 5) YA QUE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA REALIZADA PERMITE --- AFIRMAR QUE LOS CASOS COMUNICADOS HASTA EL PRESENTE NO SUPE-- RAN A LOS 35. (1)

ESTA ANOMALÍA NO TIENE PREDILECCIÓN POR NINGÚN SEXO Y TAMPOCO IMPLICANCIAS GENÉTICAS DEMOSTRADAS (1).

### 3.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EN ESTOS PACIENTES, SE OBSERVA, AL MOMENTO DEL NACI-- MIENTO, QUE EL TERCIO INFERIOR FACIAL SE ENCUENTRA HIPODESA-- ROLLADO (MICROGNÁTICO O MICROGÉNICO) DANDO COMO CONSECUENCIA EL POBRE DESARROLLO MANDIBULAR CARACTERÍSTICO; AUNADA A LO AN-- TERIOR, LAS GLÁNDULAS SALIVALES DEL PISO DE LA BOCA EN ESPE-- CIAL LAS SUBLINGUALES Y LOS REBORDES MUSCULARES ADYACENTES AD-- QUIEREN LA APARIENCIA DE ESTAR HIPERTROFIADOS, DANDO POR RE-- SULTADO UN CONJUNTO, LA CONOCIDA IMÁGEN DE FACIES DE PÁJARO.- (1)

DICHA FACIES MANIFIESTA GENERALMENTE, EN SU CONTEXTO ESTRUCTURAL UNA FORMA AFILADA Y ESTRECHA CON SU MENTÓN DEPRIMIDO, LO CUAL DA ORIGEN A UN ASPECTO DE VÉRTICE DE ÁNGULO (3).

SON OBVIAS LAS DIFICULTADES QUE UN PACIENTE CON MICROGLOSIA ENCUENTRA PARA COMER Y HABLAR, DEBIDO A LA MANIFESTACIÓN DE LA LENGUA PEQUEÑA O RUDIMENTARIA (2), TAMBIÉN SE APRECIAN TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN Y TENDENCIA A LAS ENFERMEDADES BUCALES (4).

LA MICROGLOSIA O LENGUA EMPEQUEÑECIDA ACOMPAÑA CASI INVARIABLEMENTE A LAS GLOSITIS ATRÓFICAS CRÓNICAS, A LA PARÁLISIS BULBAR PROGRESIVA DEL HIPOGLOSO, Y TAMBIÉN SE LE CUENTA EN LA ESCLERODERMIA (8).

LA LENGUA ATRÓFICA ESPECÍFICA DE LAS PARÁLISIS PERIFÉRICAS ANTES REFERIDAS, SE MUESTRA COMO ARRUGADAS Y CON CARACTERÍSTICAS CONTRACCIONES FIBRILARES (8).

- FUSIÓN GLOSOPALATINA

- AGLOSIA Y MICROGLOSIA

SIMPLE  
CON PERONELIA  
CON FISURAS  
CON AGENESIA O  
FUSIÓN MAXILAR.

### 3.4. HISTOLOGIA

HISTOLÓGICAMENTE, ESTA PATOLOGÍA NO MANIFIESTA CAMBIO EN DICHO CONTEXTO, YA QUE LA ALTERACIÓN PRINCIPAL RADICA EN EL TAMAÑO DEL ÓRGANO SIN AFECTAR LA PARTICULARIDAD CELULAR Y TISULAR MICROSCÓPICA DE ÉSTE.

### 3.5. TRATAMIENTO

EN BASE A LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SE DETERMINA - QUE NO EXISTE TRATAMIENTO POSIBLE QUE AYUDE A ESTA ANOMALÍA.

### 3.6. BIBLIOGRAFIA

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL - MUNDI, ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, G.W., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A, MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, R. J., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA GRAL. THOMA, EDIT. SALVAT, EDIC. 2A, RE-IMPRESIÓN, - ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA OTAL, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 1A., ESPAÑA 1978.
- 5.- GUINTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 1A, MÉXICO, 1978.
- 6.- LINCH, A.M., MEDICINA BUCAL BURKET, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 7A, MÉXICO, 1980.

## CAPITULO IV

### MACROGLOSIA

#### 4.1.- DEFINICION.

Es el agrandamiento de la lengua en todos sus diámetros, aunque el aumento de uno solo de ellos, principalmente el antero posterior, también admite el calificativo de MacroGlosia (1).

CLASIFICACION

MACROGLOSIAS MALFORMATIVAS

MUSCULAR

SIMPLE

ANGIOMATOSA

HEMANGIOMAS

LINFANGIOMAS

HEMOLINFANGIOMAS

ASOCIADA A

INCLUSIONES DERMOIDES

AMILOIDOSIS

HIPERTROFIA FACIAL

HEMIHIPERTROFIA CORPORAL GENERALIZADA

SÍNDROME DE HURLER-HUNTER

SÍNDROME DE DOWN O MONGOLISMO

LENGUA ESCROTAL

ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN

ACROMEGALIA

PAQUIDERMOPERIOSTOSIS

MIXEDEMA

ENFERMEDAD DE VON GIERKE

EDEMA DE QUINCKE

4.2 ETIOLOGÍA

LA MACROGLOSIA O LENGUA AGRANDADA ES UNA ANOMALÍA -  
QUE PUEDE SER DE DOS TIPOS:

- 1.- CONGÉNITA
- 2.- SECUNDARIA O ADQUIRIDA.

1) MACROGLOSIA CONGÉNITA

- a) SE DEBE AL DESARROLLO EXAGERADO DE LA MUSCULA  
TURA, QUE PUEDE ESTAR ASOCIADA CON HIPERTRO--  
FIA O HEMI-HIPERTROFIA MUSCULAR GENERALIZADA  
O LOCALIZADA (2, 4 Y 5); SIENDO GENERADA EN -

SU MAYORÍA POR LOS TRASTORNOS HORMONALES O EN DÓCRINOS QUE SE PRESENTAN EN LA ACROMEGALIA O HIPERPITUITARISMO EN EL ADULTO, DEBIDO A EL - AUMENTO CONSECUTIVO DE LA MANDÍBULA QUE ORIGI NA LA RELAJACIÓN MUSCULAR Y EL AUMENTO DE TA - MAÑO SIMULTÁNEO DE LA LENGUA.

B) DENTRO DEL CONTEXTO GENÉTICO; ESTA ALTERACIÓN SE APRECIA FRECUENTEMENTE EN EL CRETINISMO O HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y EN EL SÍNDROME DE Down.

## 2) MACROGLOSIA SECUNDARIA.

A) PUEDE SER EL RESULTADO DE UN TUMOR DE LA LEN - GUA, COMO EL LINFANGIOMA, HEMANGIOMA DIFUSO, NEUROFIBROMATOSIS O EN OCASIONES DEBIDO AL - BLOQUEO DE LOS VASOS LINFÁTICOS EFERENTES EN NEOPLASÍAS MALIGNAS DE LA LENGUA (2)

B) POR OTRA PARTE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES - DEL MAXILAR INFERIOR NOS PRODUCE RELAJACIÓN - MUSCULAR OCACIONANDO DE ESTA MANERA EL AUMEN - TO DE LA LENGUA O TAMBIÉN, ASÍ MISMO MANIFES - TARSE AUMENTADA DE VOLUMEN EN EL PACIENTE --- EDÉNTULO QUE CRÓNICAMENTE HA PERMANECIDO SIN DENTADURA. (6)

### 4.3. EPIDEMIOLOGIA

LA LENGUA AGRANDADA O MACROGLOSIA ES UN HALLAZGO COMÚN Y SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA QUE LA MICROGLOSIA (2, 4).

LA MACROGLOSIA DE ORIGEN GENÉTICO O CONGÉNITO SE DESCUBRE FRECUENTEMENTE EN EL CRETINISMO Y EN EL SÍNDROME DE DOWN O MONGOLISMO, Y EN LA AMILOIDOSIS GENERAL O LOCALIZADA QUE AFECTA A ESTE ÓRGANO (6).

### 4.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SE ESTIMA QUE UNA LENGUA ES GRANDE CUANDO AL PROLAPSARSE AL MÁXIMO, SUS BORDES SE APOYAN EN LA COMISURAS Y LA DESPLAZAN HACIA AFUERA AL TIEMPO QUE SU PUNTA ALCANZA POR LO MENOS EL SURCO LABIOMENTONIANO.

SE CONSIDERA PERTINENTE ACLARAR QUE ESTAS CONSIDERACIONES ESTÁN SUPEDITADAS A OTRAS VARIABLES TALES COMO, EL GRADO DE DESARROLLO MANDIBULAR, GROSOR DEL LABIO INFERIOR, APERTURA BUCAL Y MICRO O MACROSTOMÍA, ENTRE OTRAS, LAS CUALES AL SER CONSIDERADAS PERMITEN AYUDAR A DIAGNOSTICAR LA EXISTENCIA O NO DE LA MALFORMACIÓN, BÁSICAMENTE EN LAS ETAPAS INICIALES.

EN CIERTOS CASOS, EL CONTINENTE LIMITADO POR LAS ARCADAS DENTARIAS ES DE MENOR TAMAÑO, GENERADO FRECUENTEMENTE POR ATRESIA DEL ARCO ALVEOLAR INFERIOR O POR MICROGNATISMO Y SE OBSERVA DE TAL MANERA, QUE UNA LENGUA DE CARACTERES NORMA-

LES, PUEDA PARECER DE MAYOR TAMAÑO, MARCÁNDOSE SOBRE SUS BORDES LA HUELLA DE LAS PIEZAS DENTARIAS (INDENTACIÓN) SIGNO QUE OBVIAMENTE ESTÁ TAMBIÉN PRESENTE EN LAS VERDADERAS HIPERTROFIAS LINGUALES COMO LA MACROGLOSIA (1). LA PREMISA ANTERIOR, DEBE TOMARSE RADICALMENTE EN CUENTA PARA NO ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE DICHA PATOLOGÍA.

LA MACROGLOSIA DE CUALQUIER TIPO PUEDE PRODUCIR EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES Y UNA MALOCLUSIÓN DEBIDO A LA FUERZA DE LOS MÚSCULOS QUE INTERVIENEN Y A LA PRESIÓN EJERCIDA POR LA LENGUA SOBRE LOS DIENTES (2, 5).

NO ES RARO OBSERVAR EL FESTONEAMIENTO DE LOS BORDES LATERALES DE LA LENGUA Y LA ADAPTACIÓN DE LAS PUNTAS DE LOS FESTONES EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES (2).

EN LOS CASOS GRAVES SALE LA LENGUA DE LA BOCA, ENTREABIENDO EL ORIFICIO BUCAL Y PERMITIENDO EL ESCURRIMIENTO DE LA SALIVA HACIA EL EXTERIOR (1)

LA MACROGLOSIA DE LOS PACIENTES SON SÍNDROME DE DOWN, SE CARACTERIZA POR UNA LENGUA ESCROTAL O CEREBRIFORME QUE OCUPA UN ESPACIO EMPEQUEÑECIDO POR MAXILARES HIPODESARROLLADOS (1), QUE SOBRESALE DE LA BOCA Y ÉSTE SE CONSIDERA UN SIGNO TÍPICO DEL MONGOLISMO (3).

ES FRECUENTE MENCIONAR QUE EXISTE UN HIPERCRECIMIENTO MUSCULAR LINGUAL COMO UNA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN LAS VARIANTES I Y II DE LOS MUCOPOLISACÁRIDOSIS CO-

NOCIDAS COMO SÍNDROME DE HURLER - HUNTER, AUNQUE TAL VEZ SEA MÁS ADECUADO CONSIDERARLA COMO UNA MACROGLOSIA RELATIVA, DEBIDO AL MENOR DESARROLLO MANDIBULAR.

LA LENGUA AGRANDADA TAMBIÉN ES UNA CARACTERÍSTICA SALIENTE DEL SÍNDROME HIPOGLUCÉMICO DE BECKWITH, QUE ADEMÁS INCLUYE A LA HIPOGLUCEMIA NEONATAL, MICROCEFALIA FETAL Y GIGANTISMO SOMÁTICO POSTNATAL. ESTE SÍNDROME FUE ESTUDIADO POR ARONS Y COLABORADORES (2).

LA POTENCIA DE LA MASA MUSCULAR AUMENTADA DE TAMAÑO, ES CAPAZ DE MODIFICAR SUSTANCIALMENTE EL PATRÓN DE CRECIMIENTO MANDIBULAR Y EL ALINEAMIENTO DENTARIO; DANDO LUGAR A PROGNATISMO (MORDIDA ABIERTA) EN EL PRIMER CASO Y A LA PRESENTACIÓN DE ALTERACIONES EN LA POSICIÓN E IMPLANTACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES DE AMBOS MAXILARES (1). AMBAS SITUACIONES PUEDEN PRESENTARSE SIMULTÁNEAMENTE.

MACROGLOSIA FUNCIONAL.- ALGUNOS AUTORES LA DENOMINAN ERRÓNEAMENTE CON ESTE TÉRMINO, YA QUE HABITUALMENTE SE TRATA DE UNA LENGUA DE TAMAÑO NORMAL; PERO DEBIDO A VICIOS DE FUNCIONALIDAD TALES COMO A LA INTERPOSICIÓN ENTRE LAS ARCADAS Y LA DEGLUCIÓN INFANTIL, ENTRE OTROS PUEDEN GENERAR LAS ANOMALÍAS DENTOMAXILARES DESCRITAS PREVIAMENTE.

LA MACROGLOSIA PRÁCTICAMENTE NO ALTERA LA DEGLUCIÓN, AUNQUE LA APREHENSIÓN DE LOS ALIMENTOS SÓLIDOS Y LA MASTICACIÓN SE TORNA DIFÍCIL Y EN OCASIONES HASTA IMPOSIBLE. EL ---

HIOIDES ESTÁ ELEVADO Y AVANZADO LO MISMO QUE LA LARINGE, LA RESPIRACIÓN ES POR LO COMÚN NORMAL, YA QUE EL PROLAPSO DEL ÓRGANO MANTIENE LIBRE LA VÍA AÉREA A NIVEL DE LA GLOTIS.

POR EL CONTRARIO LA EMISIÓN DE LA PALABRA ESTÁ MUY ALTERADA, SIENDO EN LOS CASOS EXTREMOS, INCOMPRESIBLE EL LENGUAJE, EN ESTA SITUACIÓN Y AÚN EN OTROS CASOS DE MENOR IMPORTANCIA, DICHS ENFERMOS SE TORNAN TÍMIDOS Y TRISTES Y SU ASPECTO ES GROTESCO. UNA LENGUA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS SE PALPA MÁS DURA (1) OCACIONANDO POR TAL CIRCUNSTANCIA QUE LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE SEA LENTO Y TONO DE VOZ BAJO (6).

LA SUPERFICIE EXTRABUCAL DEL ÓRGANO SE SECA Y PUEDE LLEGAR A FISURARSE, MACERANDO INCLUSIVE LOS LABIOS, EVIDENCIAR SUBSECUENTEMENTE EROSIONES Y GENERAR EN FORMA SECUNDARIA LA AGREGACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS DIVERSOS.

#### 4.5. HISTOLOGIA

HISTOLÓGICAMENTE, ESTA PATOLOGÍA NO MANIFIESTA CAMBIO EN DICHO CONTEXTO, YA QUE LA ALTERACIÓN PRINCIPAL RADICA EN EL TAMAÑO DEL ÓRGANO, SIN AFECTAR LA PARTICIPACIÓN CELULAR Y TISULAR MICROSCÓPICA DE ÉSTE.

#### 4.6. TRATAMIENTO

NO EXISTE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA MACROGLOSIA, EXCEPTO LA ELIMINACIÓN DE LA CAUSA PRIMARIA, AUNQUE -

EN CIERTOS CASOS SE HA PRACTICADO EL RECORTE QUIRÚRGICO, CON EL FIN DE REDUCIR EL VOLUMEN DEL TEJIDO PRESENTE (2, 5).

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ DIRIGIDO CONTRA EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y EN ALGUNAS OCASIONES HACIA EL ORIGEN DE LA MACROGLOSIA (6).

DIVERSOS AUTORES COINCIDEN EN QUE EL TRATAMIENTO DE LA MACROGLOSIA, INDEPENDIEMENTE DE SU PATRÓN ETIOLÓGICO, ES QUIRÚRGICO. EL ACTO EN SÍ, PODRÁ SER POCO O MUY IMPORTANTE, DADO QUE LA VARIACIÓN ESTARÁ DETERMINADA POR LA MAGNITUD DE LA MALFORMACIÓN Y SU ESTRUCTURA. (1).

LA IMPORTANCIA DEL EMPUJE LINGUAL ES LA GÉNESIS DE LAS MALFORMACIONES MAXILOMANDIBULARES, TAL COMO HEMOS MENCIONADO, HACE QUE ACTUALMENTE LA GLOSECTOMÍA PARCIAL SE PRACTIQUE CON MUCHA FRECUENCIA, SOBRE ESTE PUNTO LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS SON MUY DIVERSAS (1).

#### 4.7. BIBLIOGRAFIA

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUNDI, ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, G. W., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDIC. 3A., MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA ORAL THOMA, EDIT. SALVAT, EDIC. 2A. RE-IMPRESIÓN, ESPAÑA, 1980.

- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- GUINTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 1A., MÉXICO, 1978.
- 6.- LINCH, A. M., MEDICINA BUCAL BURKET, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 7A., MÉXICO, 1980.

## CAPITULO V

### ANQUILOGLOSIA

#### DEFINICION.

ES LA FIJACIÓN Y RESTRICCIÓN FUNCIONAL DE LA LENGUA A CONSECUENCIA DEL FRENILLO LINGUAL CORTO, QUE SE EXTIENDE DESDE LA MUCOSA GINGIVAL HASTA CERCA DE LA PUNTA DE LA LENGUA.

#### CLASIFICACION.

DEPENDE DEL GRADO DE FIJACIÓN E INCAPACIDAD Y SE LE DIVIDE EN:

1.- PARCIAL                      Y                      2.- TOTAL.

1.- EN LA ANQUILOGLOSIA PARCIAL, LA LENGUA SE ENCUENTRA RESTRINGIDA EN MENOR GRADO Y PUEDE ADOPTAR LA VARIANTE DENOMINADA LATERAL.

LATERAL: HA SIDO RARAMENTE COMUNICADA Y CASI SIEMPRE COMO FRACCIÓN INTEGRANTE DEL SÍNDROME DEL 1o. Y 2o. ARCOS BRAQUIALES.

2.- EN LA ANQUILOGLOSIA TOTAL.- LA FIJACIÓN ES DE TAL MAGNITUD QUE SE INTEGRAN EN UN SÓLO BLOQUE AMBAS REGIONES. (LENGUA Y PISO DE LA BOCA) ES MUY RARA, Y SUELE ACOMPAÑARSE DE OTRAS MALFORMACIONES, PARTICULARMENTE EN LOS SÍNDROMES DE FISURAS LABIO-PALATINAS (1) Y EL DE LA FOSITA LABIAL CONGÉNITA (NEUWMAN 3).

### 5.1 ETIOLOGIA

A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS GENÉRICOS DE ESTA ALTERACIÓN MORFOFUNCIONAL:

- 1.- ES HEREDITARIO, EN ALGUNOS CASOS
- 2.- DE ORIGEN POST-TRAUMÁTICO (POR QUEMADURAS O RADIACIONES).
- 3.- SECUNDARIA A HIPERPLASIA DE ÚLCERACIÓN (ENFERMEDAD DE RIGA - FADE).
- 4.- CONSECUTIVA A LA FORMACIÓN DE UNA BRIDA CICATRIZAL.
- 5.- DEBIDO A LA CORTEDAD DE LOS FASCÍCULOS ANTERIORES DE LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS.

WEISS Y GÖRLING DESCRIBEN QUE EL FACTOR HEREDITARIO, DEL CUAL EL RESPONSABLE ES UN GEN AUTOSÓMICO DOMINANTE DE VARIABLE PENETRACIÓN Y EXPRESIVIDAD, ES EL CAUSANTE DE DICHO TRASTORNO LINGUAL (1)

POR OTRA PARTE, CIERTOS NIÑOS CON ANQUILOGLOSIA PRESENTAN UN MODO DE DEGLUCIÓN DE TIPO LACTANTE, AL PARECER DADO POR UNA POSICIÓN MUY BAJA Y ANTERIOR DE LA LENGUA DEBIDO A UNA INSUFICIENCIA FUNCIONAL DEL MÚSCULO LINGUAL SUPERIOR (1).

### 5.3 EPIDEMIOLOGIA.

LA ANQUILOGLOSIA PARCIAL ES UNA ANOMALÍA DEL DESARROLLO QUE SE OBSERVA CON RELATIVA FRECUENCIA, AUNQUE LOS REPORTES AL RESPECTO SEAN DIFERENTES, POR EJEMPLO:

WITKOP Y BARROS ENCONTRARON 1:400 PACIENTES, MIENTRAS QUE McEVERY Y GAINES HABLAN DE 1:250.

DE PORTE Y PARKHURST HALLARON QUE EN LA CIUDAD DE NEW YORK, APARECE UN CASO CADA 2.750 PACIENTES (1,3)

GALLINA Y COLS REFIEREN QUE DE 3 724 PACIENTES ESTUDIADOS HALLARON SOLO 8.97% AFECTADOS (1)

SIN EMBARGO, CABE AÑADIR QUE LA PRÁCTICA CLÍNICA HA MOSTRADO QUE LA ANQUILOGLOSIA PARCIAL, ES MÁS FRECUENTE EN EL SEXO MASCULINO (1,3)

## 5.4 HISTOLOGIA

HISTOLÓGICAMENTE, ESTA PATOLOGÍA NO MANIFIESTA CAMBIO EN DICHO CONTEXTO, YA QUE LA ALTERACIÓN PRINCIPAL RADICA EN SU UNIÓN AL PISO DE LA BOCA, YA SEA PARCIAL POR MEDIO DE LOS FASCÍCULOS CORTOS DEL FRENILLO LINGUAL, O TOTALMENTE PEGADA, Y ESTO NO AFECTA LA PARTICULARIDAD CELULAR Y TISULAR - MICROSCÓPICA DE ÉSTE.

## 5.5 CARACTERISTICAS CLINICAS.

- 1.- ES PROBABLE QUE AL HABLAR MANIFIESTE PROBLEMAS FONÉTICOS, YA QUE LA PRONUNCIACIÓN DE ALGUNAS CONSONANTES COMO LA R Y LA S Y LOS DIPTONGOS, ES DEFICIENTE.
- 2.- UNA QUEJA FRECUENTE ES LA DIFICULTAD PARA DARLE UN MORDISCO A UNA PERA O MANZANA, O TAL VEZ A UN TROZO DE PAN GRANDE; LO ANTERIOR TRADUCE IMPOSIBILIDAD PARA EFECTUAR MORDIDA DE OBJETOS SÓLIDOS.
- 3.- NO DEBE RESTÁRSELE LA IMPORTANCIA QUE PARA EL NIÑO TIENE DESDE EL PUNTO DE VISTA PSÍQUICO, - EL ACTO DE NO PODER SACAR LA LENGUA, COMO UNA EXPRESIÓN DE BURLA O DESPRECIO.
- 4.- COMUNMENTE PRESENTAN DIASTEMAS ENTRE LOS INCISIVOS CENTRALES INFERIORES (I).

- 5.- SI SE LE PIDE AL PACIENTE QUE CON LA BOCA ABIERTA INTENTE TOCAR EL PALADAR, LA ACCIÓN SERÁ IMPOSIBLE (1,4) LA LENGUA SE DISPONDRÁ EN FORMA DE V, ADOPTANDO UN ASPECTO TÍPICO AL REALIZAR DICHO MOVIMIENTO.
- 6.- PRESENTAN TRASTORNOS GINGIVALES, YA QUE LA FALTA DE MOVILIDAD INTERFIERE LA LIMPIEZA FISIOLÓGICA DE LA BOCA.
- 7.- EL FRENILLO CORTO, SIGNIFICA UN REAL OBSTÁCULO PARA LA INSTALACIÓN DE PRÓTESIS (PLACAS HAWLEY-ORTODONCIA) PORQUE INDEFECTIBLEMENTE INTERFIERE CON LOS BORDES DE LA MISMA (1)

## 5.6 TRATAMIENTO.

ES EXCLUSIVAMENTE QUIRÚRGICO, Y SE TRATA CON BUEN RESULTADO AL EFECTUAR LA ELIMINACIÓN MEDIANTE CIRUGÍA DEL -- FRENILLO. (FRENECTOMÍA TOTAL) O MEDIANTE EL SECCIONAMIENTO - DE ÉSTE. )FRENILECTOMÍA PARCIAL) (2,5)

FRENILECTOMÍA.- ES LA OPERACIÓN QUE CONSISTE EN: - ALARGAR EL FRENILLO LINGUAL POR MEDIO DE UNA Z - PLASTÍA. -- AUNADO A LO ANTERIOR SE RECOMIENDA UN TRATAMIENTO PSICOMOTOR SUBSECUENTE. (1)

TODOS LOS CASOS DE ANQUILOGLOSIA DEBEN SER DIAGNOSTICADOS E INTERVENIDOS ANTES DE LOS 4 O 5 AÑOS. (1)

## 5.7 BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUN-  
DI, ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W:G:, TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDI-  
TORIAL INTERAMERICANA, EDIC. 3A., MÉXICO, 1978
- 3.- GORLING, J:R:, GOLDMAN, M:H:, PATOLOGÍA BUCAL  
THOMA, EDIT. SALVAT, EDIC. 2A. RE-IMPRESIÓN, -  
ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PAOLOGÍA ORAL,  
EDITORIAL SALVAT, EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- GIUNTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERI-  
CANA, EDICIÓN 1A., MÉXICO, 1978.

## CAPITULO VI

### LENGUA HENDIDA

#### 6.1 ETIOLOGIA.

LA LENGUA HENDIDA, TAMBIEN DENOMINADA BÍFIDA, FISURADA, DOBLE O LOBULADA, ES UNA ANOMALÍA DEL DESARROLLO Y SU CARÁCTER ES HEREDITARIO.

LA PARTE DE LA LENGUA ANTERIOR A LAS PAPILAS CIRCUNVALADAS ESTÁ FORMADA A PARTIR DE DOS TUBÉRCULOS LATERALES QUE SE FUSIONAN EN LA LÍNEA MEDIA ENTRE LA CUARTA Y QUINTA SEMANAS EMBRIONARIAS. LA FALTA DE FUSIÓN DE LOS TUBÉRCULOS DA LUGAR A UNA LENGUA HENDIDA, BÍFIDA O LOBULADA. (3)

ES DECIR, UNA FALTA DE FUSIÓN DE LAS MITADES LATERALES DE LA LENGUA, Y SE LE OBSERVA EN LA LÍNEA MEDIA DE LA PUNTA COMO UNA HENDIDURA (5) DICHA AUSENCIA DE LA FUSIÓN, YA SEA PARCIAL O COMPLETA DE LOS DOS TUBÉRCULOS LATERALES QUE EMBRIOLÓGICAMENTE FORMAN LA PORCIÓN MÓVIL DE LA LENGUA, DA LUGAR A ESTA RARÍSIMA MALFORMACIÓN (1,2)

## 6.2 EPIDEMIOLOGIA.

ES UN TRASTORNO MORFOLÓGICO RARO (2) LA FRECUENCIA DE LA LENGUA HENDIDA, FISURADA O LOBULADA PRÁCTICAMENTE SE DESCONOCE PESE A QUE WITKOP Y BARROS ENCONTRARON UNA FRECUENCIA DE 1 POR 1,000 ENTRE LOS CHILENOS (3)

## 6.3 CARACTERISTICAS CLINICAS.

LA LENGUA HENDIDA FRECUENTEMENTE SE VE ASOCIADA A UNA FISURA LABIO PALATINA, A UNA FISURA MANDIBULAR MEDIANA, O COMO UN COMPONENTE MÁS DE LOS SÍNDROMES COMPLEJOS TALES COMO EL DEL 1o. Y 2o. ARCOS BRAQUIALES (MICROSOMÍA HEMIFACIAL) Y EN LA DISPLASIA LINGUOFACIAL (SÍNDROME BUCO-DÍGITO-FACIAL) O EN VARIANTE 1. (1,3)

ESPECÍFICAMENTE, POSEE POCAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE IMPORTANCIA, CON EXCEPCIÓN, DE QUE LOS RESIDUOS Y MICROORGANISMOS HABITUALES PUEDEN ACUMULARSE EN LA BASE DEL -- SURCO Y PRODUCIR IRRITACIÓN (2).

## 6.4 BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUNDI, ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W.G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A, MÉXICO, 1978.

- 3.- GORLING, J:R., GOLDMAN, M:H., PATOLOGÍA BUCAL  
THOMA, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 2A., ESPAÑA 1980.
- 4.- GIUNTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERI-  
CANA, EDIC. 1A., MÉXICO, 1978.

## CAPITULO VII

### LENGUA VELLOSA

#### 7.1. DEFINICION

EL NOMBRE DE LA LENGUA VELLOSA ES TAMBIEN, PILOSA, GLOSOTRIQUIA, HIPERQUERATOSIS DE LA LENGUA, MELANOTRIQUIA -- LINGUA, Y SON DENOMINACIONES GENÉRICAS DE UNA ALTERACIÓN LINGUAL, QUE PUEDE TENER DIFERENTES COLORES O AUN NO SER VELLOSA. (BLANCA, AMARILLA, PARDA O NEGRA).

HEIDINGSFELD COMENTÓ.- QUE LA LENGUA VELLOSA PODÍA SER DE DOS TIPOS:

- 1.- VERDADERO O MALFORMATIVO,
- 2.- FALSO O ADQUIRIDO, Y ESTE ES EL QUE VAMOS A -- DESCRIBIR.

#### ETIOLOGIA.

AUNQUE LA ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA, SE HA SUGERIDO QUE ALGUNOS MICROORGANISMOS COMO HONGOS PODRÍAN SER EL FAC--

TOR EXCITANTE, ES CIERTO QUE SE PUEDEN CULTIVAR MUCHOS TIPOS DE MICROORGANISMOS DEL RASPADO DE LAS PAPILAS, PERO NO HAY PRUEBAS DE LA RELACIÓN CAUSA Y EFECTO, INCLUYENDO A LA CANDIDA ALBICANS. (2)

LA LENGUA VELLOSA, NO SÓLO SE PRODUCE POR LA HIPERQUERATINIZACIÓN DE LAS PAPILAS FILIFORMES, SINO TAMBIÉN POR LA FALTA DE ATRICIÓN O SEA DEL DESPRENDIMIENTO FISIOLÓGICO DE SUS ESCAMAS Y ES POR ESO, QUE AL FALTAR EL DESGASTE NATURAL SE MANIFIESTA EL ASPECTO VELLOSO DE LAS PAPILAS FILIFORMES. (1)

TAMBIÉN SE HA VISTO QUE SE PUEDE DEBER A ALGUNA MODIFICACIÓN DEL MEDIO BUCAL LOCAL O SEA AL P:H:, AUNQUE NO SE SABE CIERTAMENTE SI SE TRATA DE UN CAMBIO QUÍMICO O FÍSICO EN LA SALIVA O EN LA FLORA MICROBIANA (2)

LA LENGUA PILOSA ES BASTANTE FRECUENTE EN PACIENTES QUE FUERON SOMETIDOS A IRRADIACIÓN DE RAYOS X EN CABEZA Y CUELLO PARA TRATAMIENTO DE UN TUMOR (2) Y, EN LA MAYOR PARTE DE LOS ESTUDIOS COINCIDEN ENQUE GRAN PARTE DE LOS PACIENTES CON LENGUA VELLOSA SON FUMADORES EMPEDERNIDOS (2)

LOS TRASTORNOS SISTEMÁTICOS COMO POR EJEMPLO: ANEMIA, MALESTARES GÁSTRICOS, SERÍAN LAS CAUSAS QUE PRODUCÍAN LA LENGUA VELLOSA, AQUÍ NO SE DISPONEN DE PRUEBAS, EXCEPTO LOS CASOS OCASIONALES EN QUE LA LESIÓN CEDE COINCIDENTEMENTE CON EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD SISTEMICA. (2)

LOS ANTIBIÓTICOS QUE MÁS PRODUCEN LENGUA VELLOSA SON LA PENICILINA Y LA CLOROTETRACICLINA (AUREOMICINA) Y EN ESPECIAL, SI SE ASOCIAN, YA SEAN APLICADAS LOCALMENTE O POR VÍA BUCAL O PARENTERAL, TAMBIÉN SE OBSERVÓ QUE AUMENTÓ LA INCIDENCIA DE ESTA PATOLOGÍA, CUANDO FAVORECEN EL DESARROLLO DEL HONGO -CANDIDA- QUE PUEDE PRODUCIRLA (1)

ADEMÁS LOS ANTIBIÓTICOS ADMINISTRADOS POR VÍA BUCAL INHIBEN LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDO NICOTÍNICO A NIVEL INTES-TINAL Y ESA DEFICIENCIA PUEDE SER TAMBIEN UN AGENTE PRODUC-TOR DE LA LENGUA VELLOSA, POR OTRA PARTE, ESAS MEDICACIONES FAVORECEN EL DESARROLLO DE UNA FLORA ACIDÓFILA QUE SERÍA ---OTRO FACTOR IMPORTANTE DENTRO DE ESTE PADECIMIENTO. (1)

RONCHESE Y COLS, CITAN UNA LENGUA VELLOSA POR LA COLOCACIÓN EN EL LABIO DE UNA POMADA CON -AUREOMICINA- (1)

OTROS ANTIBIÓTICOS INCULPADOS SON EL CLORANFENICOL Y LA GRISEOFULVINA. (1)

WOLFSON COMPROBÓ LA LENGUA VELLOSA POR PENICILINA USADA LOCALMENTE EN TROCISCOS O APLICADA EN AEROSOL EN LA BOCA. (1)

RADAMAN DICE QUE LA NEOMICINA CONTENIDA EN ALGUNAS PASTAS DENTRÍFICAS, PUEDE SER LA CAUSA (1).

SULFAMIDAS, CORTICOIDES Y LOS ANTIPALPUDICOS DE --SÍNTESIS, FAVORECEN LA APARICIÓN DEL PROCESO (1).

SE PUEDE RESUMIR QUE HAY MUCHA OSCURIDAD SOBRE LA PATOGENIA DE LA LENGUA VELLOSA, Y SE DESCRIBIRÁ LO CONOCIDO. (1)

- A) ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERÁPICOS.
- B) IRRITACIONES LOCALES (TABACO, ALCOHOL, MAL ESTADO HIGIÉNICO BUCAL, INFUSIONES DE YERBA MATE, - COLORANTES Y RADIACIONES, ETC.)
- C) MODIFICACIONES DE P: H:, DEL MEDIO BUCAL (COLUTORIOS CON ALCALINOS Y POR DEMASIADA ACIDEZ)
- D) DIVERSAS HIPOVITAMINOSOS (A Y C PRINCIPALMENTE LA DEFICIENCIA DE ÁCIDO NICOTÍNICO)
- E) OXIDANTES
- F) DIABETES, ENFERMEDADES FEBRILES, ANEMIA, AFEC-- CIONES RESPIRATORIAS.

LO QUE NO ESTÁ BIEN ESTABLECIDO ES EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN Y SI CUALQUIERA DE ESOS FACTORES PUEDEN PROVOCAR LENGUA VELLOSA, POR SÍ SOLO O SÍ ES PRECISO QUE VARIOS ACTUEN EN CONJUNTO.

PARA EXPLICAR EL ORIGEN DE ESTA AFECCIÓN SE HA POSTULADO UNA CAUSA -MICÓTICA O ALÉRGICA- SIN EMBARGO, ES POSIBLE QUE LOS FACTORES CAUSALES DE LA LENGUA VELLOSA, SEAN LA DESHIDRATACIÓN, UNA HIGIENE BUCAL PRECARIA Y LA XEROSTOMÍA - FISOLÓGICA DE LA VEJEZ. (7)

## FACTORES DETERMINANTES DE LA LENGUA VELLOSA

	ANTIBIOTICOS LOCALES (AUREOMICINA, <sup>(R)</sup> PENICILINA, ETC.)
MEDICAMENTOS	CORTICOIDES COLUTORIOS ALCALINOS (BICARBONATO Y PERBORATO DE SODIO) COLUTORIOS OXIDANTES (AGUA OXIGENA DA)
	ASPERGILLUS NIGER, CANDIDA ALBICANS Y TROPICALIS, STREPTOCOCCUS VIRI DANS. GEOTRICHUM, BACTEROIDES, MELANI NOGENICUS, LACTOBACILLUS ACIDO- PHILUS
I. LOCALES	
	PH DEL MEDIO BUCAL
	ACIDEZ ALCALINIDAD
	TABACO ALCOHOL MAL ESTADO HIGIÉNICO BUCODENTAL COLORANTES VEGETALES (CAMELOS) ANESTÉSICOS LOCALES YERBA MATE (INFUSIÓN) RADIACIONES
	ANTIBIOTICOS (PENICILINA Y AUREOMI- CINA <sup>(R)</sup> EN PARTICULAR) QUIMIOTERÁPICOS (SULFAMIDAS) CORTICOIDES ANTIPALÚDICOS DE SÍNTESIS ANTIANÉMICOS (HIERRO Y COBRE)
MEDICAMENTOS	
II GENERALES	
	ACIDEZ GÁSTRICA ENFERMEDADES FEBRILES E INFECCIONES RESPIRATORIAS DIABETES HIPOVITAMINOSOS A, B Y C ESPECIAL- MENTE DEFICIENCIAS DE ÁCIDO NICO TÍNICO. ANEMIA

(R) LOS FACTORES EN BASTARDILLA SON LOS MÁS IMPORTANTES.

LOS ALCALINOS, PERBORATO DE SODIO, BICARBONATO DE SODIO, EL AGUA OXIGENADA, LA ACIDEZ DEL MEDIO BUCAL CON UN P: H: MENOR DE 6, EL LACTOBACILO ACIDOPHILUS, EXCITA EL CRECIMIENTO PAPILAR DANDO ORIGEN A LA LESIÓN (1). EL USO HABITUAL DE PASTILLAS O DE COLUTORIOS, ESPECIALMENTE SI ÉSTOS CONTIENEN PERÓXIDO DE HIDRÓGENO O PERBORATO SÓDICO SON CAUSAS FRECUENTES DE ESTA AFECCIÓN. (2,4)

SE CREÍA QUE LOS ANTIBIOTIVOS PUEDEN INCITAR A ESTA AFECCIÓN (3) COMO LA PENICILINA Y LA AUREOMICINA (2) YA QUE PREDISPONE AL CRECIMIENTO EXCESIVO DE GÉRMENES MICÓSCOS, QUE SE ENCUENTRAN CORRIENTEMENTE EN LA LENGUA VELLOSA, Y QUE POR CONSIGUIENTE SE CREE QUE TIENEN UN PAPEL CAUSAL EN LA ELONGACIÓN DE LAS PAPILAS FILIFORMES. (4)

TAMBIEN SE HA OBSERVADO QUE LA LENGUA VELLOSA SE HA DESARROLLADO POR EL EMPLEO PROLOGNADO TANTO LOCAL O GENERAL DE UNO O AMBOS ANTIBIÓTICOS COMO LA PENICILINA Y LA TETRACICLINA, Y CONSISTE EN QUE LOS MEDICAMENTOS DIFICULTAN LA PRODUCCIÓN DE ENZIMAS NECESARIAS PARA LA DESCAMACIÓN DE LA QUERATINA. (4)

## 7.2 EPIDEMIOLOGIA.

REDMAN ATRIBUYE INCIDENCIA DEL 0.06 / DE ESTE PROCESO EN 3611 NIÑOS SANOS. Mc`CARTHY ENCONTRÓ EL 3.33 % ENTRE SUS PACIENTES DE ENFERMEDADES DE LA PIEL, DE DONDE SE CREE QUE ES UNA ALTERACIÓN OBSERVABLE DONDE EXISTEN PROCESOS QUE

LOS CONDICIONEN.

EN LA ACTUALIDAD SU FRECUENCIA HA AUMENTADO DEBIDO AL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERÁPICOS Y EL TABAQUISMO, LOS CUALES FAVORECEN SU APARICIÓN.

SE OBSERVA ESPECIALMENTE EN HOMBRES DE EDAD MADURA CON HIGIENE BUCAL DEFICIENTE, O SEA MÁS FRECUENTE EN VARONES QUE EN HEMBRAS. (1,3)

LA LENGUA VELLOSA ES UNA AFECCIÓN POCO COMÚN (2),- ES EXCEPCIONAL EN LAS RAZAS DE COLOR, NO ES HEREDITARIA, NI CONTAGIOSA, NI INOCULABLES. (1)

#### 7.5 CARACTERISTICAS CLINICAS.

LA CAUSA FUNDAMENTAL DE ESTE TIPO DE ALTERACIÓN SE DEBE A LA HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES, PRODUCIDA - PRINCIPALMENTE POR LA HIPERQUERATINIZACIÓN, QUE PUEDE SER MÍNIMA O SEA APENAS VISIBLE O BIEN HASTA EXAGERADA, OFRECIENDO ENTONCES EL ASPECTO DE UNA -CABELLERA. (1,4)

LA LESIÓN ES PRÁCTICAMENTE ASINTOMÁTICA Y A VECES EXISTE UNA MARCADA HALITOSIS (1,7)

LAS PAPILAS PUEDEN SER ARRANCADAS CON CIERTA FACILIDAD, PERO RÁPIDAMENTE VUELVEN A CRECER, SI NO SE ELIMINAN LAS CAUSAS QUE ORIGINAN SU HIPERTROFIA. (1)

EL COMIENZO ES GENERALMENTE BRUSCO, EL PACIENTE SE

SORPRENDE AL COMPROBAR SU PIGMENTACIÓN ANORMAL, YA QUE EN -- OCASIONES EL COLOR SE -CALCA- EN LAS PRÓTESIS SUPERIORES, PERO SU DURACIÓN ES BREVE. (1)

EL PROCESO TIENE SU ASIENTO POR DELANTE DE LA V -- LINGUAL, LAS PAPILAS FILIFORMES SE ALARGAN Y SUELEN TENER -- DOS O MÁS VECES SU EXTENSIÓN NORMAL, SE HA COMPARADO SU ASPECTO DE LA LESIÓN CON UN CAMPO DE TRIGO CAÍDO, A UN FIELTRO, A UNA CABELLERA O AL PELO MOJADO DE UN PERRO. LAS PAPILAS ESTÁN AGLUTINADAS POR UNA SALIVA ESPESA, PERO PUEDEN SEPARARSE HASTA SU BASE Y HASTA SE LES PUEDE PEINAR. (1)

SU COLORACIÓN ES VARIABLE DESDE EL NEGRO, CASTAÑO, GRIS Y BLANCA, Y MÁS RARAMENTE VIOLETA, AZUL VERDE Y ROJA. - LA LENGUA PARECE AUMENTADA DE VOLUMEN. (1.2)

SE CARACTERIZA POR LA ELOGACIÓN E HIPERTROFIA DE - LAS PAPILAS FILIFORMES Y POR LA FALTA DE DESCAMACIÓN NORMAL, QUE PUEDE SER EXTENSA Y FORMAR UNA CAPA OPACA GRUESA SOBRE - LA SUPERFICIE DORSAL (2) Y DE COLOR BLANCO DE LA SUPERFICIE DE LA LENGUA, Y POR ESTO LOS RESTOS ALIMENTICIOS SE ACUMULAN ENTRE LAS VELLOSIDADES, YA QUE PUEDE RESULTAR UNA INFLAMACIÓN SECUNDARIA.

EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS SE PRODUCE UN CAMBIO DE COLORACIÓN EN LAS VELLOSIDADES, QUE SE TORNAN PARDAS O NEGRAS, Y SUELE DEBERSE A ALGUN PIGMENTO EXÓGENO DE ALIMENTOS O MEDICAMENTOS ENTONCES SE LE CONOCE COMO LENGUA VELLOSA NEGRA (7)

CUANDO LA HIPERPLASIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES ES GRANDE PUEDE DAR AL PACIENTE UNA SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL PALADAR BLANDO, LLEGANDO A PRODUCIR NÁUSEAS. (1,2)

SE HA OBSERVADO LA LESIÓN EN ESPEJO O SEA LA PIGMENTACIÓN DEL PALADAR O DE LA ENCÍA ADHERENTE EN MUJERES --- POST-MENOPÁUSICAS Y DESPUÉS DEL EMPLEO DE CALMANTES Y ANTI-- CONCEPTIVOS ORALES. (7)

BERDICHESKY LA APRECIÓ EN UNA ENFERMA DE 62 AÑOS -- QUE HABÍA SIDO MEDICADA CON TETRACICLINA A RAZÓN DE 250 MGS. CADA 6 HORAS Y TENÍA LENGUA VELLOSA, DE COLOR NEGRA Y PIGMENTÓ SU PRÓTESIS DE ACRÍCILO.

LA LESIÓN ES ASINTOMÁTICA, RESULTANDO ALARMADO EL PACIENTE AL NOTAR EL PROCESO, YA QUE EL COLOR PUEDE VARIAR - INTENSAMENTE Y CONSIDERABLEMENTE DE INTENSIDAD DE COLOR, YA QUE ESTO GUARDA RELACIÓN CON LA DURACIÓN DEL PROCESO (3) EL CRECIMIENTO DEL HONGO QUE PRODUCE EL PIGMENTO COLORANTE. (6)

SU ASPECTO ES DESAGRADABLE, ES UNA LESIÓN DESPRO-- VISTA DE SÍNTOMAS, Y EN OTROS CASOS EL ALARGAMIENTO DE LAS - PAPILAS ES EXTRAORDINARIO Y CAUSA COSQUILLEO Y NÁUSEAS, LAS PARTÍCULAS APRISIONADAS OCASIONAN DESAGRADABLE MAL OLOR, LA PERSISTENCIA CRONOCIDAD SON SÍNTOMAS QUE PUEDEN OCASIONAR -- PERTURBACIÓN EMOCIONAL. (4)

### 7.3 HISTOPATOLOGIA.

ES COMÚN VER COLONIAS MICROBIANAS SOBRE LA SUPERFICIE LATERAL Y EXTREMIDADES DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA LESIÓN. (1)

EXISTEN PIGMENTOS ESPECIALMENTE EN SU BASE Y A NIVEL DE LA HIPERQUERATOSIS. LA PIGMENTACIÓN ES INTER E INTRA EPITELIAL Y NO ES MELÁNICA. LAS COLORACIONES PARA HIERRO PUEDEN RESULTAR POSITIVAS. (1)

GANS Y STEIGLEDER, HALLARON QUE LOS PRIMEROS CAMBIOS CONSISTEN EN LA PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO CONSTITUTIVO DE CADA PAPILA, AUMENTANDO EL NÚMERO DE CELULAS BASALES, LAS QUE SE VACUOLIZAN, POR ÚLTIMO DESAPARECEN LOS NÚCLEOS Y SE PRODUCEN PILAS DE QUERATINA A LA MANERA DE UN CUERNO CUTÁNEO. (1)

EL CARÁCTER FUNDAMENTAL HISTOLÓGICO ES EL DE UNA HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES, DEBIDA EN ESPECIAL A LA EXISTENCIA DE UNA GRAN HIPERQUERATOSIS.

LA BASE DE LAS PAPILAS ES ANCHA Y EN EL CORIÓN SE REGISTRA UN DISCRETÍSIMO INFILTRADO LINFOPLASMOCITARIO Y EDEMA. (1)

LAS PAPILAS PARECEN LARGAS PROLONGACIONES QUE, EN FORMA PROGRESIVA SE VAN AFICIONANDO HACIA SUS PUNTAS.

CADA UNA DE ESTAS PAPILAS SE HALLA REVESTIDA EN SU SUPERFICIE EPITELIAL POR CÉLULAS ORTOQUERATÓTICAS Y/O PARQUERATÓTICAS APLANADAS CUYA ALTURA ES VARIABLES EN LONGITUD. (1).

MICROSCÓPICAMENTE EXISTE UNA ELONGACIÓN DE LAS PAPILAS FILIFORMES Y NOTABLES ALTERACIONES VACUOLARES DE CÉLULAS EPIDÉRMICAS. (3)

### LENGUA VELLOSA NEGRA.

EN ESTUDIO AL MICROSCOPIO ELECTRÓNICO, DE UN PACIENTE CON LENGUA VELLOSA NEGRA, PRESENTÓ LO SIGUIENTE:

ESPECÍFICAMENTE EN EL ÁREA DE LA AFECCIÓN DE LA LENGUA VELLOSA QUE FUE SOMETIDA AL MICROSCOPIO ELECTRÓNICO.

LOS VELLAS CONSISTIAN EN ELONGACIONES DE LAS PAPILAS FILIFORMES MUERTAS CON ACUMULACIÓN DE QUERATINIZACIÓN.

EN MEDIO DE ESTAS VELLOSIDADES SE ENCONTRARON BACTERIAS Y HONGOS.

AUNQUE LA ETIOLOGÍA DE ESTA LENGUA VELLOSA NEGRA - EN ESTE PACIENTE ESTÁ EN DISCUSIÓN. (13)

LOS CORTES MICROSCÓPICOS REVELAN HIPERPLASIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES -ESPESAMIENTO Y ACUMULACIÓN DEL EPITELIO- PERO TODAS LAS CÉLULAS EPITELIALES SON NORMALES. EL TE-

JIDO CONECTIVO DEBAJO DEL EPITELIO PUEDE EVIDENCIAR- INFIL--  
TRACIÓN DE PLASMACITOS Y LINFOCITOS, (7)

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL,

SI LA LENGUA NEGRA -ES SIMPLE- NO VELLOSA, DEBERÁ  
DIFERENCIARSE DE LA ENFERMEDAD DE ADDISON, DE LAS DIVERSAS -  
PSEUDOMANCHAS LINGUALES Y DE LAS PIGMENTACIONES RACIALES. --  
(1)

ENFERMEDAD DE ADDISON ) INSUFICIENCIA CRÓNICA PRIML  
TIVA DE LA CORTEZA SUPRARENAL) DA UNA TONALIDAD PARDA, NO SÓ  
LO A LA LENGUA SINO A VARIAS PARTES DE LA MUCOSA BUCAL Y SE  
ACENTÚA EN LOS SITIOS DE TRAUMATISMOS, (1)

LA ENFERMEDAD DE DARIER, NO SÓLO PRODUCE LESIONES  
LINGUALES SINO QUE DA ALTERACIONES CUTÁNEAS TÍPICAS Y PUEDE  
ORIGINAR LESIONES A NIVEL DE CUALQUIER SITIO DE LA MUCOSA BU  
CAL, PAPULOIDES,

LA LENGUA SABURRAL PUEDE SIMULAR UNA LENGUA VELLO-  
SA, Y AÚN MÁS SE PUEDE ASOCIARSE AMBAS EN UN MISMO PACIENTE.  
SIN EMBARGO, LA PRIMERA NO PROVOCA HIPERTROFIA PAPILAR Y ES  
POSIBLE REMOVER LA CAPA DE LAS PAPILAS LINGUALES, (1) YA QUE  
PUEDE SER CAUSADA POR UN MEDICAMENTO COLOREADO, ALGUN ALIMEN  
TO O FRUTO, (6)

### 7.6 TRATAMIENTO.

LA LENGUA VELLOSA O PILOSA ES UNA LESIÓN BENIGNA -

(2,5), Y EL TRATAMIENTO MÁS COMUN ES EMPÍRICO, CONSISTE EN CEPILLAR LA LENGUA PARA FAVORECER LA DESCAMACIÓN Y QUITAR -- ASÍ LOS RESIDUOS CUANDO ÉSTOS SE ACUMULAN PROFUNDAMENTE EN--- TRE LAS PAPILAS Y ACTUAN COMO IRRITANTES LOCALES Y NO PERMI- TEN LA DESCAMACIÓN. (2.5)

### SISTÉMICOS.

- 1.- SE DEBEN ELIMINAR O TRATAR LAS CAUSAS LOCALES O GENERALES (TABACO, ALCOHOL, YERBA MATE, HI-- GIENE BUCAL DEFICIENTE, ADMINISTRACIÓN DE ANTI BIÓTICOS, CORTICOIDES LOCALES, SUBSTANCIAS AL- CALINAS, FALTA DE VITAMINAS, ESTADOS NUTRICIO- NALES CARENCIALES, ALTERACIONES DIGESTIVAS), (1).

### LOCALES.

- 2.- SE PUEDEN OCRTAR LAS VELLOSIDADES AL RAZ DE SU BASE, LO QUE ES INDOLORO, O BIEN FRICCIONARSE CON UN CEPILLO PARA DIENTES, APLICAR ENSEGUIDA SUBSTANCIAS O SOLUCIONES HIDRO-ALCOHÓLICAS --- (PARTES IGUALES DE ALCOHOL Y GLICERINA), CON - ÁCIDO SALICÍLICO EN PROPORCIÓN DEL 5 AL 10 % - EN PINCELADAS DIARIAS O PODOFILINO AL 15% EN - PARTES IGUALES DE ACETONA Y ALCOHOL. DEGOS, -- ACONSEJA TOQUES CON ÁCIDO TRICOLOACÉTICO AL -- 50%. (1).

SON ÚTILES LOS COLORANTES AL 1% FUSCISNA, VIOLETA DE GENCIANA, AZUL DE METILENO, TIMOL AL 1%, LA SOLUCIÓN ACUOSA DE CAPRILATO DE SODIO AL -- 20%, PERCLORURO DE HIERRO LÍQUIDO, Y LA TRIAMCINOLONA TÓPICA. (1).

3.- SE PUEDE APLICAR RADIOTERAPIA (300 R) Y CON --- ELLO SE CONSIGUE LA DESAPARICIÓN DE LA LENGUA - VELLOSA NEGRA.

4.- SE HA USADO CON BUENOS RESULTADOS, LAS VITAMI--NAS PP O ÁCIDO NICOTÍNICO, VITAMINA C Y A., SE PIENSA QUE ESTA ÚLTIMA PUEDE INTERFERIR EN EL - METABOLISMO DE LOS SULFIDRILOS O INHIBIR LA QUE RATOSIS. TAMBIÉN SE ACONSEJAN LAS SALES DE AMO NIO DURANTE 15 DÍAS (1).

EL PODOFILINO AL 15%, Y EL POLVO DE PANCREATINA, QUE ACTÚAN COMO --QUERATOLÍTICOS--, DAN BUENOS RESULTADOS PARA CON ESTA PATOLOGÍA.

LINEBACK, BASADO EN EL CONCEPTO DE - BIOCENOSIS- Y SUS CONSECUENCIAS COMIENZA ALCALINIZANDO EL ME DIO BUCAL, SI ÉSTE ES ÁCIDO. UNA PARA ELLO PAN- CREATINA EN POLVO COLOCADA DURANTE 15 MINUTOS O MÁS SOBRE LA LENGUA. ESTE PRODUCTO PRODUCE AL - MISMO TIEMPO - LISIS - DE LA QUERATINA PAPILAR.

HACE TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANO LOCALES Y -

TERMINA MODIFICACIÓN DE LAS FALLAS VITAMÍNICAS  
Y NUTRITIVAS (1)

- 5.- EN AUSENCIA DE BUENOS RESULTADOS CON LA METODOLOGÍA PRECEDENTE EXPUESTA, DEBE ADMINISTRARSE --  
--CORTICOIDES POR VÍA SISTÉMICA LOCAL.

EL PROCESO PUEDE DESAPARECER Y APARECER SÚBITAMENTE Y EN LA MISMA FORMA PERO TAMBIÉN PUEDE PERSISTIR DURANTE AÑOS PARA RECIDIVAR DESPUÉS DE CONTROLADO. NO SE CONOCEN CASOS DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA. (1)

STANDISH Y MOORMAN OBSERVARON UNA SERIE DE CASOS -- QUE RESPONDIERON NOTABLEMENTE AL TRATAMIENTO CON PODOFILINO, CON LA DESAPARICIÓN DE LAS LESIONES EN POCOS DÍAS, SIN EMBARGO, HAN ADVERTIDO SOBRE LOS PELIGROS DE ESTE MEDICAMENTO Y -- QUE SU USO ES RESTRICTIVO (2).

SE HA COMPROBADO QUE CON UN P. H. BAJO CAUSA RESISTENCIA AL DESARROLLO DEL HONGO Y SE DEBE SEGUIR UNA HIGIENE -- BUCAL CUIDADOS (6).

ES CONVENIENTE HACER UNA PROFILAXIS PROFUNDA Y RASPAR CON UNA CUCHARILLA LA LENGUA DEL PACIENTE, DESPUÉS HACER COLUTORIOS CON UNA SOLUCIÓN DE ÉTER SALICÍLICO AL 5% (8).

## 7.8.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUNDI, ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W. G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, --- EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A., MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA BUCAL THOMA, EDIT. SALVAT, EDIC. 2A. ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, ED., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, EDIT., SALVAT., EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- GIUNTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 1A., MÉXICO, 1978.
- 6.- LINCH, A. M., MEDICINA BUCAL BURKET, EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 7A., MÉXICO 1980.
- 7.- BHASKAR, S. N., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. EL ATENE--NEO, EDICIÓN 3A., ARGENTINA, 1978.
- 8.- FARRERAS, P., ROZMAN, MEDICINA INTERNA, EDIT. - MARÍN, EDICIÓN 8A., MÉXICO, 1978.

## C A P I T U L O VIII

### LENGUA ESCROTAL

#### DEFINICION.

LA LENGUA ESCROTAL, TAMBIÉN SE LE DENOMINA FISURADA, PLISADA, PLEGADA O MONTAÑOSA, ES UNA MALFORMACIÓN DEL DESARROLLO QUE SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE POR MÚLTIPLES PLIEGUES O -- SURCOS PEQUEÑOS EN SU CARA DORSAL, QUE SUELEN IRRADIAR DE UN - SURCO CENTRAL A LO LARGO DE LA LÍNEA MEDIA DE LA LENGUA (2)

#### 8.1.- ETIOLOGIA

LA LENGUA ESCROTAL NO ES CONSIDERADA COMO PATOLÓGICA Y SU ETIOLOGÍA ES IDEOPÁTICA (6). AUNQUE LA MAYORÍA DE LOS AUTORES PIENSAN QUE DICHA ALTERACIÓN ES UNA AFECCIÓN MALFORMATIVA. (1, 3)

LA LENGUA ESCROTAL ES DEBIDA A LA FALTA DE FUSIÓN DE LAS 2 MITADES LATERALES DE LA LENGUA DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO (4). Y, TAMBIÉN ES PROBABLE QUE ESTÉ ASOCIADA CON -

ALGÚN FACTOR EXTRÍNSECO, COMO LO PUEDEN SER EL TRAUMA CRÓNICO O DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS (2).

ESTA ANOMALÍA SE TRANSMITE SEGÚN PARECE, CON CARÁCTER DOMINANTE AUTOSÓMICO IRREGULAR (3). PESE A LO ANTERIOR, CA BE DESTACAR RELEVANTEMENTE, QUE ALGUNOS INVESTIGADORES AFIRMAN QUE LA LENGUA ESCROTAL NO ES UNA ANOMALÍA PURA DEL DESARROLLO YA QUE SU INCIDENCIA AUMENTA CON LA EDAD, DEBIDO A QUE INTERVIENEN FACTORES DEL TIPO DE LA IRRITACIÓN CRÓNICA Y LAS DEFICIENCIAS METABÓLICAS, (DIABETES MELLITUS) Y NUTRITIVAS, AUNQUE NO EXISTAN PRUEBAS FENOCÓNICAS AL RESPECTO (1).

## 8.2.-EPIDEMIOLOGIA.

ES FRECUENTE EN PERSONAS CON MALFORMACIONES CRANEALES Y EN ALGUNOS CASOS AUNADA A TRASTORNOS CONGÉNITOS, POR LO QUE ALGUNOS AUTORES LA CONSIDERAN UN ESTIGMA FAMILIAR DE ORDEN PSICOPÁTICO (1).

HANHART Y COLS, REPORTARON EN UN EXTENSO ESTUDIO REALIZADO, HABER ENCONTRADO LENGUA ESCROTAL EN UN 6.7% EN INDIVIDUOS APARENTEMENTE NORMALES, Y UN 46.8% EN INDIVIDUOS RETRASADOS Y PSICÓTICOS (3).

EN EL SÍNDROME DE DOWN (TRISOMÍA 21 O MONGOLISMO) HANHART, LEVINSON Y COLS, ENCONTRARON QUE MÁS DEL 30% DE PACIENTES CON ESTE TRASTORNO PRESENTABAN LENGUA ESCROTAL, LO CUAL TRADUCE LA RELEVANCIA ESTADÍSTICA DE ESTA AFECCIÓN, EN ENFERMOS CON IDIOCIA MONGOLOIDE (8).

EKBOM EFECTUÓ UN ESTUDIO CON RESPECTO A LA PARÁLISIS FACIAL QUE SE PRODUCE EN PACIENTES CON LENGUA ESCROTAL (1) Y SEÑALA QUE 874 PERSONAS PRESENTARON ESTA ALTERACIÓN LINGUAL, QUE ES APROXIMADAMENTE 9% DE LOS CASOS REFERIDOS (1); - LO ANTERIOR PERMITE RECORDAR LA ASOCIACIÓN CON LA PARÁLISIS PERIFÉRICA DEL 70. PAR CRANEAL (FACIAL) O SÍNDROME DE MELKERSSON - ROSENTHAL (1).

LA LENGUA ESCROTAL ACOMPAÑA A LA MACROQUELITIS E HIPERCALCEMIA IDEOPÁTICA CONGÉNITA CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE FANCONI - SCHLESINGER (1), Y A SU VEZ EN EL SÍNDROME DE COWDEN LA ALTERACIÓN LINGUAL DESCRITA, SE ASOCIA A LA HIPERPLASIA NÉVICA EPITELIAL DE LOS LABIOS Y LA POLIDISPLASIA MÚLTIPLE (1).

PARACE HABER CIERTA CORRELACIÓN ENTRE LA LENGUA ESCROTAL Y LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA (1, 3) Y LA MACROGLOSSIA; YA QUE DEL 20% AL 40% DE LOS ENFERMOS QUE PADECEN ALGUNAS DE ESTAS AFECCIONES, EXHIBEN LA OTRA (1, 3).

ES UNA LESIÓN QUE SE OBSERVA APROXIMADAMENTE EN EL 6% DE LA POBLACIÓN TOTAL Y QUE HIPOTÉTICAMENTE AFECTA A AMBOS SEXOS, SIN DISTINCIÓN; CONTRADICTORIAMENTE SUSTENTADO EN RECIENTES ESTADÍSTICAS, SE COMPROBÓ QUE EL 80% DE LOS CASOS CORRESPONDE A VARONES, SEGÚN ESTUDIO PUBLICADO POR EL DR. LANFRANCHI (1, 7).

LA INCIDENCIA DE ESTA AFECCIÓN AUMENTA CON LA EDAD; BASÁNDOSE EN ESTA PREMISA HALPERIN Y COLABORADORES DEMOSTRA--

RON CON LOS RESULTADOS DE SU INVESTIGACIÓN QUE ES PROBABLE -- QUE NO SEA UNA MALFORMACIÓN DEL DESARROLLO PURA, TAL COMO SE MENCIONA EN LO ETIOLÓGICO.

ALGUNOS OTROS AUTORES HAN OBSERVADO QUE EXISTE UNA MAYOR INCIDENCIA A LOS 8 1/2 AÑOS DE EDAD, LO ANTERIOR EN BASE AL ESTUDIO EN EL QUE SE DETERMINÓ UN PORCENTAJE DEL 2.4% - EN 620 NIÑOS (1).

REDMAN CON 1.08%, ABOYANS Y GHAEMMANGHAMI 2.56%, -- HALPERIN Y COLS., 5.92% Y GALLINA CON 5%, DEMOSTRARON UNA NOTABLE PREVALENCIA EN LOS GRUPOS ETARIOS QUE FLUCTÚAN ENTRE -- LOS 5 Y LOS 18 AÑOS. POR LO ANTERIOR CABE RESALTAR, PARADÓJICAMENTE QUE, FITZWILLIAMS ANOTA UN 60% EN PERSONAS QUE ALCANZARON LOS 40 AÑOS (2).

### 8.3.- HISTOLOGIA

EN EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO REALIZADO POR BERDI--CHESKY, SE DESCRIBE DETALLADAMENTE QUE EL EPITELIO A MEDIDA - QUE DESCENDE HACIA EL FONDO DEL SURCO SE ADELGAZA Y PIERDE - LOS CUERPOS INTERPAPILARES, PARA SER ABSOLUTAMENTE RECTILÍNEO EN SU UNIÓN CON EL CORIÓN A NIVEL DE DICHO FONDO (1). ASÍMISMO, OBSERVÓ TAMBIÉN LA PRESENCIA DE UN INFILTRADO CRÓNICO LINFOCITARIO CONSTANTE EN ESE LUGAR (1).

OTROS AUTORES SEÑALAN QUE EN LAS PARTES SALIENTES - QUE SEPARAN A LOS SURCOS, LAS FIBRAS MUSCULARES ESTRIADAS DE LA LENGUA PENETRAN HASTA LA BASE DE LAS PAPILAS. ÉSTAS PARE-

CEN MÁS JUNTAS; SUCEDIENDO LO CONTRARIO EN EL FONDO DE LOS ---  
SURCOS (1).

CUANDO EXISTEN FISURAS, SE OBSERVA A LOS LADOS DE ÉS  
TAS UNA HIPERPLASIA EPITELIAL Y UN INFILTRADO SUB-EPITELIAL --  
LINFOPLAS MOCITARIO (1).

#### 8.4.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

1.- LA LENGUA ESCROTAL PRESENTA UN ASPECTO CEREBRI--  
FORME O ESCROTAL A CAUSA DE LOS MARCADOS SURCOS  
Y ELEVACIONES QUE PRESENTA SOBRE SU DORSO, LOS -  
QUE, COMUNTE, SON TRANSVERSOS O FOLIÁCEOS EN  
LOS BORDES DE ÉSTA. DICHOS SURCOS PUEDEN VARIAR  
DE UN PACIENTE A OTRO EN CUANTO A NÚMERO, LONGI-  
TUD, DIRECCIÓN Y PROFUNDIDAD. EN ALGUNOS CASOS  
TODOS SURGEN DEL RAFÉ MEDIO Y ADOPTAN UNA DISPO-  
SICIÓN RADIADA, SEMEJANDO LAS NERVADURAS DE UNA  
HOJA, AUNQUE EXISTEN OTRAS DE FORMAS IRREGULA---  
RES. (1)

2.- DE ACUERDO CON LA DISPOSICIÓN DE LOS SURCOS SE -  
DEFINEN VARIOS TIPOS:

A) FOLIÁCEO.- ESPECÍFICAMENTE LOS SURCOS NACEN -  
EN UN CENTRO COMÚN Y SE DIRIGEN OBLICUAMENTE  
DE OTROS HACIA ADELANTE, SOBREPASANDO LOS BOR  
DES DE LA LENGUA.

- B) TRANSVERSAL.- ANATÓMICAMENTE LOS SURCOS SE DISPONEN EN FORMA PERPENDICULAR AL EJE CENTRAL.
- C) LONGITUDINAL.- ESTRUCTURALMENTE, DICHO ELEMENTO SE SITUAN PARALELAMENTE AL CENTRAL.
- D) CEREBRIFORME.- CARACTERIZADA POR DEPRESIONES QUE SIGUEN DIRECCIONES IRREGULARES.
- E) TIPO MIXTO.

3.- LA LENGUA ESCROTAL SUELE SER INDOLORA, EXCEPTO EN CASOS RAROS EN LOS CUALES LOS RESIDUOS DE LOS ALIMENTOS TIENDEN A ACUMULARSE EN LOS SURCOS Y PRODUCIR IRRITACIÓN (2); ÚNICAMENTE EXISTE DOLOR CUANDO LOS SURCOS SE TRANSFORMAN EN FISURAS O GRIETAS Y CUANDO ESTOS SE INFLAMAN O SE INFECTAN SECUNDARIAMENTE. (1, 6 Y 7). BERDICHESKY OBSERVÓ QUE ESTA ÚLTIMA CARACTERÍSTICA ES COMÚN EN PACIENTES DIABÉTICOS DEBIDO A SU POBRE RESPUESTA INMUNOLÓGICA. (1).

4.- EN OCASIONES LOS PACIENTES REFIEREN QUE LA LENGUA ES MÁS SENSIBLE A LOS ALIMENTOS PICANTES Y CALIENTES (3) Y QUE ASÍ MISMO PARECEN TENER MÁS DESARROLLADO EL SENTIDO DEL GUSTO (1).

5.- LOS SURCOS PARECEN AUMENTAR EN NÚMERO, ANCHURA Y PROFUNDIDAD AL AUMENTAR LA EDAD (3). POR OTRA PARTE, SE CONSIDERA QUE A TRAVÉS DE LAS FI

SURAS PARECE HABER UNA FRANCA PREDISPOSICIÓN AL CONTAGIO DE CIERTOS PROCESOS INFECCIOSOS, ENTRE LOS QUE DESTACAN LOS TÍMICOS Y LOS LUÉTICOS, ENTRE OTROS.

6.- LA FUNCIÓN DEL ÓRGANO LINGUAL SE ENCUENTRA PERTURBADA A PESAR DE QUE LA LENGUA ESCROTAL ES DE TAMAÑO NORMAL, AFECTÁNDOSE COMUNMENTE, SÓLO EL TERCIO ANTERIOR DE ESTA ESTRUCTURA (4).

#### 8.5.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

INVARIABLEMENTE SE DEBE DIFERENCIAR LA LENGUA ESCROTAL DE LOS SURCOS O ARRUGAS FISIOLÓGICAS DE LA VEJEZ, YA QUE ÉSTAS SON MÁS SUPERFICIALES Y NO PRESENTAN LA HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES; CONTRARIAMENTE A LA ESCROTAL, EN EL PROCESO SENIL HAY ATROFIA MARCADA, Y PROGRESIVA Y LA DIFERENCIA CARDINAL ENTRE ESTAS DOS ENTIDADES, ES QUE EN EL ANCIANO, LOS SURCOS NO LLEGAN AL BORDE LINGUAL.

#### 8.6.- TRATAMIENTO

DENTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, SE INDICA, PRIORITARIAMENTE, EL TRATAR LAS MOLESTIAS CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE HABITUALES Y COTIDIANAS. CUANDO LAS INFECCIONES - AGREGADAS SE TORNAN EVIDENTES, LOS BORDES LATERALES DE LA LENGUA DEBEN GIRARSE HACIA ABAJO AL SACAR ÉSTA DE LA BOCA, CON EL FIN DE PERMITIR LA ACCIÓN DE PINCELAR LAS FISURAS CON  $H_2O_2$  AL 3% LAS ZONAS AFECTADAS, O BIEN REALIZAN COLUTORIOS (1, 6),

PARA POSTERIORMENTE PINCELAR CON LECHE DE MAGNESIA O CON VIOLETA DE GENCIANA AL 1%, DICHAS ZONAS AFECTADAS. (1).

EL TRATAMIENTO SE PONDRÁ EN PRÁCTICA SOLO EN EL CASO DE EXISTIR GRIETAS O FISURAS Y ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE ESTÁN INDICADOS EN ESTE TIPO DE ALTERACIÓN LOS CORTICOIDES CON ANTIBIÓTICOS EN VEHÍCULOS ADHESIVOS (OROBASE Y ORAHE-SIVE) (1).

### 8.7.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUNDI, ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W. G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, --- EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A., MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA BUCAL THOMA., EDIT. SALVAT., EDICIÓN 2A., ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, - EDIT. SALVAT, EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- LINCH, A. M., MEDICINA BUCAL BURKET, EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 7A., MÉXICO, 1980.
- 6.- BHASKAR, S. N., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. EL ATENEO, EDIC. 3A., ARGENTINA, 1978.
- 7.- FARRERAS, P., ROZMAN., MEDICINA INTERNA, EDIT. - MARIN, EDICIÓN 8A., MÉXICO, 1978.

## C A P I T U L O IX

### GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

#### ETIOLOGIA.

LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LENGUA GEOGRÁFICA, GLOSITIS AREATA MIGRANS O RASH MIGRATORIO. SE CONSIDERA QUE ES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, AUNQUE ESTO ES MUY DISCUTIDO YA QUE ALGUNOS AUTORES OPINAN QUE SU ORIGEN ES MALFORMATIVO (1, 3 Y 7) PERO LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO (CAMBIOS RÁPIDOS Y FRECUENTES DE LAS LESIONES) NO ES COMÚN EN LAS ALTERACIONES QUE TIENEN DICHA ETIOLOGÍA (1).

ES UNA LESIÓN GENÉRICAMENTE INTERESANTE, PORQUE SE HA SUGERIDO QUE PODRÍA TENER UN FONDO PSICOSOMÁTICO (2, 4) YA QUE EXISTE UN COMPONENTE EMOCIONAL IMPORTANTE; ASÍ MISMO SE LE HA OBSERVADO ASOCIADA CON RESFRIADOS COMUNES Y PUEDE TENER RECIDIVA. SE DEFINE DE NATURALEZA INOFENSIVA, SUELE ACOMPAÑARSE DE LENGUA ESCROTAL (1, 5) Y ES CONSIDERADA COMO UNA ANOMALÍA DE ORDEN BENIGNO (4).

HA SIDO CLASIFICADA POR OTROS INVESTIGADORES COMO UN TRASTORNO DEL DESARROLLO, ACLARANDO QUE ESTA AFECCIÓN PUEDE -- EXISTIR EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO; PERO SE TORNA NECESARIO QUE ACTÚEN OTROS FACTORES PARA QUE SE MANIFIESTE OBJETIVAMENTE CON EL PASO DE LOS AÑOS (5).

OTROS AUTORES SOSPECHAN QUE GUARDA RELACIÓN CON UNA DISMINUCIÓN DE LA ENZIMA QUERATINAZA, PERO NO HAY NINGUNA EVIDENCIA IRREFUTABLE DE ESTO; AUNQUE CIERTAMENTE SE DEMOSTRÓ QUE NO TIENE ORIGEN INFECTOBACTERIANO O MICÓTICO (6).

HAY QUIEN OPINA QUE SE TRATA DE UNA LESIÓN INFLAMATORIA, DADO QUE ES FRECUENTE OBSERVARLA ASOCIADA A -NEUROPATÍAS- (1). REDMAN Y COL., AFIRMAN QUE EN LOS PACIENTES CON GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, EL COMPONENTE EMOCIONAL DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE, REPORTANDO QUE EN 11 CASOS DE PACIENTES CON DICHA ENFERMEDAD, OBSERVARON QUE LAS LESIONES SE HICIERON MÁS SEVERAS BAJO "STRESS EMOCIONAL".

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, SE DENOTA LA CARENCIA DE VERACIDAD EN LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA ETIOPATOGENIA DE ESTE PROCESO EN EL CUAL LA ANEMIA, LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y LOS MENSTRUALES, TAMBIÉN FUERON CITADOS COMO POSIBLES -- CAUSAS, AUNQUE COMO LOS ANTERIORES NO FUERON DEMOSTRADOS.

## 9.2.- EPIDEMIOLOGIA.

BANOCZY Y COL. REPORTAN QUE DE UN TOTAL DE PACIENTES CON GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA ENCONTRARON DISTURBIOS GASTRO-

INTESTINALES EN 3 CASOS, LOS CUALES REQUIRIERON TRATAMIENTOS PROLONGADOS CON ANTIMICROBIANOS; EN OTROS 3 CASOS LAS ENFERMAS PADECÍAN TRASTORNOS MENSTRUALES Y 1 QUE APARECIÓ DURANTE EL EMBARAZO, OTROS 14 PACIENTES EVIDENCIARON TRASTORNOS PSÍQUICOS, EN EL 17% SE DEMOSTRÓ ANEMIA Y EL 14.3% CURSÓ CON CÁNDIDA. (1).

LA PREVALENCIA FUE SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE MANIFESTABAN TRASTORNOS PSÍQUICOS, EN COMPARACIÓN CON LOS GRUPOS DE PERSONAS CONSIDERADAS NORMALES (1) SIENDO LA MAYOR INCIDENCIA EN NIÑOS ATÓPICOS, NEUROPATÍAS, PSORIÁSICOS Y MUJERES CON TRASTORNOS MENSTRUALES (1) ARROJANDO UN TOTAL DEL 15% RESPECTO A LA INCIDENCIA SURGEN OPINIONES ENCONTRADAS YA QUE, POR UN LADO LANFRANCHI OBSERVÓ QUE DE 620 NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, 24 DE ELLOS PADECÍAN LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, O SEA EL 3.8% (1) Y POR OTRO LADO BANOCZY Y COL., AFIRMAN QUE LA INCIDENCIA POR ENCIMA DE LOS 40 AÑOS.

SEXO.- HALPERIN EN UNA ESTADÍSTICA SOBRE 2 478 PACIENTES DENTALES, HALLÓ QUE DE 44 CASOS, 31 CORRESPONDÍAN A MUJERES Y 13 A HOMBRES, O SEA UNA RELACIÓN APROXIMADA DE 2 A 1, LO CUAL CONCUERDA CON OTRAS ESTADÍSTICAS (1, 2). LANFRANCHI LA REPORTÓ EN EL 58% DE LAS MUJERES Y EN EL 42% DE LOS VARONES DE UN TOTAL DE 620 NIÑOS NO MAYORES DE 12 AÑOS (1, 2) REDMAN Y COLS., AFIRMAN QUE LA AFECCIÓN ES DE TIPO FAMILIAR, HEREDITARIA YA QUE LA OBSERVARON ENTRE HERMANOS Y MADRE E HIJO, DESCRIBIENDO LA EXISTENCIA DE CASOS FAMILIARES QUE LA MANIFESTARON AÚN HASTA LA TERCERA GENERACIÓN (1).

RAHAMINOFF Y MUHSAM OBSERVARON A NIÑOS CON GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, EN LOS QUE AL TRANSCURRIR EL TIEMPO, ÉSTA SE HABÍA TRANSFORMADO EN LENGUA ESCROTAL; EN OTROS 8 CASOS AMBOS PROCESOS ERAN COINCIDENTES, POR LO QUE SE DETERMINÓ QUE LA ASOCIACIÓN CON LA LENGUA ESCROTAL ES CONSIDERADA COMO UNA MALFORMACIÓN MUY COMÚN. (1).

TURPIN Y CARATZALÍ, CONSIDERAN QUE EXISTEN GENES COMUNES A AMBAS AFECCIONES, AUNQUE SE CREE QUE EN REALIDAD LO QUE SUCEDE ES QUE LA LENGUA ESCROTAL ES UNA MALFORMACIÓN DE APARICIÓN MÁS TARDÍA QUE LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, DADA SU FRECUENTE ASOCIACIÓN, PUEDE HABER UNA ALTERACIÓN DE GENES SIMILARES COMO PIENSAN LOS AUTORES (1).

RAHAMINOFF Y MUHSAM, COMPROBARON QUE FRECUENTEMENTE LOS NIÑOS CON GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, PADECEN CONCOMITANTEMENTE DE ASMA BRONQUIAL Y DERMATITIS SEBORREICA (1).

RAZA.- SE HA ESTIPULADO QUE LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, ES MÁS FRECUENTE EN LA RAZA NEGRA; SIN EMBARGO, RICHARDSON REVISÓ A 3 319 COLEGIALES NEGROS Y DETERMINÓ QUE LA INCIDENCIA FUE IGUAL A LA DE LOS BLANCOS. (1).

MESKIN Y COLS, OBSERVARON ESTA ALTERACIÓN EN APROXIMADAMENTE DEL 1 AL 2 % DE ADULTOS TANTO BLANCOS COMO NEGROS (3) Y QUE SE MANIFESTABA PRINCIPALMENTE EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES; SUGIRIÉNDOSE LA POSIBILIDAD DE QUE EXISTA UN COMPONENTE NEURÓTICO O PSICOSOMÁTICO (REDMAN Y COLS.) (3).

REDMAN INFORMÓ SOBRE LA PREVALENCIA DE 1.4% EN GRUPOS ESTUDIADOS DE 3 600 NIÑOS ENTRE LOS 5 Y 18 AÑOS DE EDAD, SIN EMBARGO NO SE COMPROBÓ PREDILECCIÓN POR NINGÚN SEXO (2).

ESTUDIOS CLÍNICOS DE MCCARTHY Y HALPERIN NOS DICEN QUE LA INCIDENCIA DE LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA ES DE --- 2.4% Y DE 1.4% Y LA RAZÓN DE VARONES A MUJERES AFECTADOS ERA DE 1:2 SIN QUE SE OBSERVARAN DIFERENCIAS RACIALES (2).

LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA PUEDE OBSERVARSE EN PERSONAS DE CUALQUIER EDAD, SIENDO MÁS FRECUENTE EN LOS NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES, QUE EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA; POR - OTRA PARTE SE AFIRMA QUE CON EL PASO DE LOS AÑOS, LAS LESIONES TIENDEN A DISMINUIR DE IMPORTANCIA Y EN OCASIONES DESAPARECER (4) (1) TURPIN Y CARATZALÍ, TAMBIÉN DEMOSTRARON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO.

### 9.3.- HISTOLOGIA

EL ESTUDIO SISTEMÁTICO Y MINUCIOSO DE CORTES HISTOLÓGICOS EN LOS CUALES SE PUEDE VER EL DENOMINADO BORDE DE AVANCE DE LA LESIÓN Y LAS ZONAS QUE EL MISMO HA DEJADO ATRÁS EN SU -- CRECIMIENTO, NOS PERMITIRÁ ACLARAR EL PORQUE DEL ASPECTO CLÍNICO QUE PRESENTA LA VARIEDAD QUE CONSIDERAMOS TÍPICA. (1).

BORDE O ZONA ELEVADA.- ES UNA LESIÓN CARACTERÍSTICA EN LA CUAL EXISTE UN INTENSO EDEMA INTRACELULAR DE LAS CÉLULAS EPITELIALES, CUYOS NÚCLEOS SE TORNAN PICNÓTICOS, EN EL CORIÓN PAPILAR CORRESPONDIENTE, SE ADVIERTE LA PRESENCIA DE UN LIGERO

INFILTRADO DE POLINUCLEARES NEUTRÓFILOS Y EDEMA, EL QUE SE --  
ACENTÚA PROGRESIVAMENTE HACIA ATRÁS, EN ESPECIAL A NIVEL DE -  
LOS VÉRTICES DE LAS PAPILAS (1).

EPITELIO.- OBSERVANDO ESTAS CÉLULAS LEUCOEDEMATOSAS  
DISPUESTAS PERPENDICULARMENTE AL MISMO, SE APRECIA UNA ZONA -  
QUE CONTIENE UNA GRAN CANTIDAD DE NEUTRÓFILOS, LOS CUALES AL  
ACERCARSE AL CENTRO DE LA LESIÓN, AUMENTAN EN FORMA PROGRESI-  
VA EN CUANTO AL NÚMERO (1).

ESTE FENÓMENO SE CONSIDERA DE TAL MAGNITUD, QUE ---  
PRÁCTICAMENTE DISGREGA LAS CAPAS MÁS SUPERFICIALES DEL EPITE-  
LIO A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE - MICRO-ABSCESOS - DICHO EPI-  
TELIO SE VA DESPRENDIENDO EN FORMA DE ESCAMAS PARAQUERATÓSI--  
CAS, INCLUYENDO A LOS POLINUCLEARES NEUTRÓFILOS QUE PENETRA--  
RON HASTA LAS CAPAS MÁS SUPERFICIALES DEL TEJIDO. DE ESTA --  
MISMA MANERA SE VA PRODUCIENDO UNA EVIDENTE HIPOTROFIA EPITE-  
LIAL CON DESAPARICIÓN SUBSECUENTE DE LAS PAPILAS FILIFORMES.

EN ZONAS MÁS O MENOS CERCANAS AL CENTRO, SE PUEDE -  
ADVERTIR QUE EL EPITELIO COMIENZA A AUMENTAR LA CANTIDAD DE -  
SUS CÉLULAS Y A NEOFORMARSE EN FORMA GRADUAL LAS PAPILAS FILI  
FORMES. A SU VEZ EN EL CORIÓN DESAPARECE PAULATINAMENTE EL -  
INFILTRADO. (1).

MICROSCÓPICAMENTE, EL EPITELIO EVIDENCIA NUMEROSAS  
PÚSTULAS ESPONJIFORMES (DAWSON).

#### 9.4.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

HABITUALMENTE, LA LOCALIZACIÓN DE LA LENGUA GEOGRÁFICA O GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, ES A NIVEL DEL DORSO LINGUAL, EN DONDE DICHA LESIÓN SE UBICA OCUPANDO ZONAS MÁS CERCANAS A LAS PARTES LATERALES DEL ÓRGANO QUE A LA ZONA CENTRAL; AÚN QUE COMUNMENTE SE OBSERVA LA COEXISTENCIA DE AMBAS (1).

CLÍNICAMENTE, SE MANIFIESTA EN FORMA DE CÍRCULOS, - ÓVALOS O ARCOS DE CONTORNOS GEOGRÁFICOS; OTRAS VECES EL BORDE LINGUAL QUE, ES EL SITIO POR DONDE AVANZA EL PROCESO Y QUE A SU VEZ ES EL ASIENTO DE LO MÁS CARACTERÍSTICO DE LA SEMIOLOGÍA DE ESTA ENFERMEDAD, ADOPTA DISPOSICIONES MUY IRREGULARES (1).

OTRO SIGNO FUNDAMENTAL DEL PROCESO, LO CONSTITUYE - LA VARIABILIDAD DEL ASPECTO CLÍNICO, DADO QUE LAS MANIFESTACIONES DE UN PACIENTE DETERMINADO, EN DÍAS CONTÍNUOS, PUEDEN MODIFICARSE EN FORMA NOTABLE Y REUBICARSE EN UN CONTEXTO DIFERENTE, SURGIENDO DE TAL MANERA EL PLANTEAMIENTO DE QUE AL PARECER LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA ES DE ETIOLOGÍA MALFORMATIVA, LLAMANDO CONSECUENTEMENTE LA ATENCIÓN SU GRAN DINAMISMO EN LO QUE RESPECTA A CAMBIOS DE LOCALIZACIÓN Y ASPECTO; PARTICULARMENTE SI COMPRENDEMOS QUE SE IGNORA EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE ESTAS MODIFICACIONES. (1).

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ELEMENTALES QUE DAN LUGAR A LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, SON MUY VARIADAS; DESENVOLVIÉNDOSE DE ACUERDO A SU PATRÓN HISTOPOGRÁFICO:

EN EL BORDE:

- A) LEUCOEDEMA      B) ESCAMAS

CASI INAPARENTES CLÍNICAMENTE.

EN EL CENTRO:

- A) SE ADVIERTE UNA MANCHA DE TINTE ERITEMATOSO, SIENDO DICHA TONALIDAD MÁS MARCADA CERCA DEL BORDE DE AVANCE.
- B) LAS PAPILAS FILIFORMES SE VAN HIPOTROFIANDO EN GRADO CADA VEZ MAYOR, HASTA CASI TORNARSE INVISIBLES (ÁTROFIA APARENTE).

EVOLUTIVAMENTE, UNA VEZ QUE LA LESIÓN VA CURANDO, SE NOTA LA REPARICIÓN PAULATINA DE LAS PAPILAS FILIFORMES QUE -- DESDE ESA ATROFIA CLÍNICA, VAN AUMENTANDO SU TAMAÑO (HIPERTROFIA) HASTA NORMALIZAR SU MORFOLOGÍA (1)

POR OTRA PARTE, HEMOS OBSERVADO QUE EN ALGUNOS CASOS, EL SITIO EN DONDE SE ASENTARÁ UNA LESIÓN DE ESTE TIPO, SE PUEDE APRECIAR UN AUMENTO EN EL TAMAÑO Y EL LARGO DE UN PEQUEÑO GRUPO DE PAPILAS FILIFORMES, LAS CUALES EN FORMA CASI SIMULTÁNEA, PARECEN COMO SI ESTALLARAN, DEJANDO EN SU LUGAR EL COMIENZO DE UNA NUEVA LESIÓN (1).

POR LO COMÚN, EL PROCESO CLÍNICO CURSA EN FORMA ASINTOMÁTICA MANIFESTÁNDOSE EN OCASIONES AISLADA, UNA LIGERA SENSACIÓN DE ARDOR, PRURITO O SENSIBILIDAD EXCESIVA EN LAS ZONAS -- DESPAPILADAS. LOS PACIENTES, DADA LA AUSENCIA DE SINTOMATOLO-

GÍA FRECUENTEMENTE IGNORAN SU ENFERMEDAD LA QUE ES DESCUBIERTA, EN FORMA CASUAL, AL PRACTICAR EXÁMENES MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS RUTINARIOS (1, 8).

OTRAS VECES, REFIEREN SÍNTOMAS ALGO MÁS PRONUNCIADOS DE ARDOR O QUEMADURA, GENERALMENTE AL INGERIR ALIMENTOS PICANTES O ÁCIDOS. ÉSTAS MOLESTIAS PUEDEN EXAGERARSE PSICOLÓGICAMENTE CUANDO SE TRATA DE INDIVIDUOS NEURÓPATAS, LO CUAL OCASIONA ONCOFOBIA O CANCEROFOBIA EN NUMEROSOS PACIENTES (1).

FEDER, CITA CASOS EN QUE LOS PACIENTES ACUSABAN GUSTOS METÁLICOS EN LA BOCA, AUNQUE EL PATRÓN FUNDAMENTAL DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS TAN DIFERENTES, LO CONFORMAN LA FALTA DEL BORDE ANTES DESCRITA, CONSIDERANDO COMO SIGNO TÍPICO DE ESTA ENFERMEDAD (1).

LA LESIÓN SE MUESTRA EN CIERTAS OCASIONES INFLAMADAS, CON EL BORDE CONTORNEADO POR UNA LÍNEA O BANDA BLANCA -- AMARILLENTA DELGADA Y LAS PAPILAS FUNGIFORMES SE ENCUENTRAN EN ZONAS DESCAMADAS COMO PUNTOS ROJOS (2).

LOS REBORDES SON BIEN DEFINIDOS, DE COLOR AMARILLO Y LIGERAMENTE ELEVADOS; LA LESIÓN SE INICIA EN FORMA DE UNA PLACA LISA Y BRILLANTE, BASTANTE BIEN DEFINIDA, LA CUAL TIENDE A HACERSE MÁS GRANDE Y A COALESCER CON LAS LESIONES ADYACENTES. (3).

CUANDO LAS PAPILAS FILIFORMES DESAPARECEN POR ATROFIA, SE DESPRENDEN DE LA SUPERFICIE LINGUAL MEDIANTE EL PROCE

SO DE -DESCAMACIÓN - DEJANDO EN SU LUGAR UNA ZONA DE COLOR ROJO, ESTAS ÁREAS SUELEN ENCONTRARSE RODEADAS POR OTRAS DE COLOR BLANCO GRISÁCEO, CORRESPONDIENTES A LAS PAPILAS NORMALES, CON ACUMULACIÓN DE ALGUNAS PAPILAS DESCAMADAS (5).

OTRA DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LA CONSTITUYE LA AUSENCIA DE PAPILAS FUNGIFORMES Y CALCIFORMES EN PERSONAS CON DISAUTONOMÍA FAMILIAR. LOS ÓRGANOS DEL GUSTO LOCALIZADOS EN ESTAS PAPILAS, TAMBIÉN ESTÁN PRESUMIBLEMENTE AUSENTES, FACTOR QUE EXPLICA LA CARENCIA DEL GUSTO EN PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD (2) CONSECUENTEMENTE NOTAMOS QUE PRESENTA LA LENGUA AFECTADA POR UNA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA CON UN ASPECTO APERGAMINADO, EL CUAL ES DEBIDO A LA PÉRDIDA DE LAS PAPILAS FILIFORMES (3) JUSTIFICANDO DE TAL FORMA EL NOMBRE DE -RASH MIGRATORIO- CONFERIDO POR ALGUNOS AUTORES (7).

LOS PATRONES CLÍNICOS SON CAMBIANTES, PUDIENDO LLEGAR A DESPLAZARSE A OTRAS REGIONES DE LA LENGUA EN POCOS DÍAS (3) O BIEN PUEDEN PERSISTIR POR SEMANAS O MESES PARA POSTERIORMENTE -CEDER- EN FORMA ESPONTÁNEA, EXISTIENDO LA POSIBILIDAD DE QUE REAPAREZCAN EN FECHA POSTERIOR (2).

AL CRECER O CAMBIAR DE SITUACIÓN LAS PLACAS PUEDEN TORNARSE BASTAS Y CONFLUIR A SU VEZ, ADQUIRIR LA FORMA DE PEQUEÑAS ELEVACIONES BRILLANTES Y ROJAS Y PRESENTAR ASÍ UNA DISPOSICIÓN SEMEJANTE A UN MAPA DE AQUÍ EL NOMBRE DE LENGUA GEOGRÁFICA; (4) CON LA CARACTERÍSTICA DE QUE CADA VEZ QUE SE LES OBSERVA, ADQUIEREN UNA FORMA DIFERENTE, DEBIDO A QUE UNAS PA-

PILAS CICATRIZAN Y OTRAS PIERDEN SU FORMA. (5)

LOS BORDES DE LA LESIÓN SE ENCUENTRAN BIEN DELIMITADOS Y A MENUDOS DESTACADOS POR UN PROCESO QUERATÓSTICO QUE LOS RODEA, EL CUAL SE OBSERVA LIGERAMENTE ELEVADA Y DE COLOR BLANCO AMARILLENTO (4) TRANSFORMÁNDOSE EL CENTRO EN UNA ÁREA DE COLOR ROJO, CON ASPECTO DE EMANTEMA, DE CARACTER MULTIFORME. (5).

DICHO FENÓMENO SE CONSTITUYE POR PROCESOS DE DESCAMACIÓN E HIPERQUERATÓSTICAS, LOS QUE ADOPTAN FORMAS ANULARES - SIMILARES A LAS DEL LIQUEN PLANO Y A LA GLOSITIS TRAUMÁTICA - GENERADA POR PRÓTESIS. (5)

LAS ZONAS CENTRALES IRREGULARMENTE PERFILADAS, NO INDURADAS DE COLOR ROJIZO Y DESPROVISTAS DE PAPILAS, SE ENCUENTRAN EN EL DORSO DE LA LENGUA, EXTENDIÉNDOSE SOBRE LOS BORDES LATERALES Y HASTA LA PUNTA (5),

ÉSTAS PORCIONES PUEDEN PERSISTIR DURANTE DÍAS O SEMANAS O BIEN RETROCEDER EN UNA ÁREA Y EXTENDERSE EN OTRAS EVI DENCIANDO ASÍ UNA DURACIÓN DE DÍAS A SEMANAS Y PRESENTAR NUMEROSAS VARIANTES MORFOLÓGICAS DE UN DÍA PARA OTRO (4); CARACTERÍSTICAS QUE SUELE ESTABLECERSE MEDIANTE LA INSPECCIÓN COTIDIANA DE LA SUPERFICIE CON EL FIN DE OBSERVAR LOS CAMBIOS QUE VAN SUFRIENDO DICHAS ESTRUCTURAS DIARIAMENTE (6), LO CUAL DA ORIGEN A LA TEORÍA DE LA MIGRACIÓN EXPUESTA POR DETERMINADOS INVESTIGADORES (2),

ESTA MIGRACIÓN QUE CONSTITUYE EN QUE CICATRICEN EN UN SECTOR Y APAREZCAN EN OTRO, CONTRIBUYE A DISTINGUIR ESTA AFECCIÓN BENIGNA DE OTRAS LESIONES BLANCAS (5).

DEBIDO A LA DESAPARICIÓN DE LAS PAPILAS PROTECTORAS NORMALES LAS ZONAS ATRÓFICAS PUEDEN SER IRRITADAS O INFLAMADAS SECUNDARIAMENTE, MOTIVO POR EL CUAL EL PACIENTE QUE LO MANIFIESTA PUEDE ALBERGAR EL TEMOR O EL CONCEPTO DE QUE SE TRATA DE UN PROCESO NEOPLÁSICO, POR LO CUAL DEBEMOS SER MUY EXPLÍCITOS AL RELATARLE LA HISTORIA EVOLUTIVA DEL PADECIMIENTO (5).

LA DENOMINADA LENGUA GEOGRÁFICA O ECTÓPICA PUEDE OBSERVARSE PARADÓJICAMENTE FUERA DE LA LENGUA, POR LO CUAL SE DENOMINA DE ESTA MANERA, ES EXCEPCIONAL, AUNQUE PUEDE OBSERVARSE EN PALADAR; LABIOS, MEJILLAS Y PISO DE LA BOCA, APRECIÁNDOSE INDICIOS HASTA EN LAS AMIGDALAS, (1).

EVOLUCIÓN.- DICHO PROCESO TIENE UNA DURACIÓN DE SEMANAS A AÑOS, INCLUSIVE CUANDO SE HA LLEVADO A CABO LOS TRATAMIENTOS ACONSEJADOS, LO CUAL DEMUESTRA LA INEFICACIA DE LOS MISMOS Y LA OSCURIDAD EXISTENTE EN CUANTO A LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RESPECTIVA, (1).

ASOCIACIONES.- LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA O LENGUA GEOGRÁFICA SE ASOCIA A LA LENGUA ESCROTAL EN UN 50% DE LOS CASOS, SHUERMANN AFIRMA QUE EN UN 40% Y PARA BANOCZY EN UN 20%, (1). EL DR. LANFRANCHI, DESCRIBIÓ EN UN TOTAL DE 24

CASOS DE GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA ECONTRADOS EN UN HOSPI--  
TAL INFANTIL, LAS ASOCIACIONES ESPECÍFICAS DE ÉSTAS CON ALER--  
GIAS EN 3 DE ELLOS, CON PIODERMITIS EN 4 DE LOS AFECTADOS Y --  
UN CASO DE PSORIASIS Y 5 DE ECZEMAS. (1).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

EL DIAGNÓSTICO SE ELABORA FÁCIL EN LOS CASOS TÍPI--  
COS, SIN EMBARGO EN LAS FORMAS INCIPIENTES, EN LAS QUE EL BOR--  
DE ES POCO MARCADO, EL PROCESO PUEDE SER INTERPRETADO COMO --  
UNA DESPAPILACIÓN EN ÁREAS, AUNQUE ESTA LESIÓN SUELE SER FIJA  
(1), Y, LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA ADQUIERE ELEMENTOS --  
QUE CAMBIAN CONTÍNUAMENTE DE SITIO, POR LO QUE CON EL ESTABLE--  
CIMIENTO DEL REGISTRO DE INSPECCIÓN DIARIA RESPECTO A SU DIS--  
TRIBUCIÓN SE PUEDE HACER LA ESPECIFICACIÓN PRECISA DEL CASO.

ASIMISMO, LA ELASTICIDAD ES OTRO DE SUS PUNTOS DE -  
DIFERENCIA, ASÍ COMO LOS CAMBIOS HEMORRÁGICOS (6) YA QUE EL -  
LÍQUIEN PLANO O LA LEUCOPLASÍA NO PRESENTAN DICHAS ALTERACIO--  
NES (6).

DEBIDO A INEXPERIENCIA, PUEDE LLEGAR A CONFUNDIRSE  
CON SÍFILIS SECUNDARIA, EN ESPECIAL CON LAS PLACAS SIFILÍTI--  
CAS DENOMINADAS EN PRADERA SEGADA, PERO DEBE DESTACARSE QUE -  
ESTAS LESIONES CARECEN DEL BORDE DE LA LENGUA EXFOLIATIVA Y -  
MARGINADA, Y OTRAS VECES, ES ERRÓNEAMENTE INTERPRETADA COMO -  
HIPOVITAMINOSIS O CANDIDIASIS. (1).

EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE ESTA PATOLOGÍA, LO ---  
CONSTITUYE EL CONTEXTO HISTOLÓGICO, EL CUAL PERMITIRÁ DILUCI-  
DAR ESPECÍFICAMENTE A LA ENFERMEDAD, EN CASO DE QUE EXISTAN -  
DUDAS, MEDIANTE LA PRÁCTICA DE BIOPSIA INCISIONAL Y FROTIS --  
SUBSECUENTE LO QUE NOS PERMITIRÁ OBSERVAR LA CITOLOGÍA EXFO--  
LIATIVA DE LA LESIÓN, DETERMINANDO, SIN LUGAR A DUDAS LAS CA-  
RACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA LESIÓN (5).

#### 9.6. TRATAMIENTO.

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA --  
SON DECEPCIONANTES, YA QUE NO RESPONDE A NINGÚN ESQUEMA ESPE-  
CÍFICO Y EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PRESCRIBE ÚNICAMENTE -  
UN PROCEDIMIENTO DE SOSTÉN (7).

EN ALGUNOS CASOS LA ADMINISTRACIÓN DE COMPLEJO B A  
GRANDES DOSIS, CONSIGUIÓ OBTENER UNA RELATIVA MEJORÍA (1).

EL PROCESO DURA DESDE SEMANAS HASTA AÑOS, SIN QUE -  
PODAMOS INFLUIR CON SEGURIDAD EN LAS MEDICACIONES HASTA HOY -  
ACONSEJABLES (1),

KUSTCHER Y COLS. INDICAN COMO PROCEDIMIENTO TERAPÉU  
TICO LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES EN VEHÍCULOS ADHESIVOS  
(1), TIECHE, POR SU PARTE RECOMIENDA LOS COLUTORIOS CON SOLU  
CIONES ALCALINAS Y SHUERMANN, DICE QUE LOS AGENTES DE APLICA  
CIÓN LOCAL CON AUREOMICINA, Y UN GRAN NÚMERO DE INVESTIGADO--  
RES PROMUEVE LA UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES CON OROBASE.

A SU VEZ, SE ACONSEJA UTILIZAR ANESTÉSICOS TÓPICOS PARA MITIGAR EL DOLOR Y LAS MOLESTIAS SI ÉSTAS SON SUBJETIVAS Y ALARMANTES; AUNADO A LAS PRESCRIPCIÓN DE UNA BUENA DIETA -- EXENTA DE IRRITANTES (1).

DEBIDO A QUE SU ESTIOLOGÍA ES DE CARÁCTER IDIOPÁTICA, LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS SON CONSIDERADOS SOBRE UNA BASE EMPÍRICA Y PUESTO QUE SE TRATA DE UNA LESIÓN BENIGNA, SÓLO HAY QUE TRANQUILIZAR AL PACIENTE, SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD YA QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS PUESTOS EN PRÁCTICA PARECEN SER INFRUCTUOSOS (2).

ALGUNOS AUTORES ACONSEJAN ELIMINAR LOS AGENTES CAUSALES, DE ENTRE LOS QUE DESTACAN EL DEJAR DE FUMAR, EL DE INGERIR ALCOHOL, Y ABANDONAR EL HÁBITO EN CASO DE QUE EXISTA LA ADICCIÓN A ALGUNA DROGA.

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE DEBEMOS ASEGURAR AL PACIENTE QUE SU LESIÓN ES BENIGNA, YA QUE ESTA AFECCIÓN CONTRIBUYE A CREAR UN ESTADO DE ONCOFOBIA O CANCEROFOBIA A ALGUNOS PACIENTES, QUE PUEDE SER PERJUDICIAL PARA NUESTRO ENFERMO, RATIFICÁNDOLE QUE NO EXISTE DESCRIPCIONES DE TRANSFORMACIONES MALIGNAS DE ESTA LESIÓN (1).

FINALMENTE, SE HA ENCONTRADO UN NUEVO TRATAMIENTO - PARA LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, CONSISTENTE EN LA APLICACIÓN TÓPICA DE SOLUCIÓN DE TRETINOIN, LA CUAL SE AFIRMA PRODUCIÓ RESULTADOS EFECTIVOS EN 3 PACIENTES. TAMBIÉN SE LE LLAMA

RETIN - A SOLUCIÓN, Y ES DE ADMINISTRACIÓN Y USO TERAPÉUTICO.  
(CUTIS) (CENID).

#### 9.7.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL - MUNDI, ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, V. G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, --- EDIT. INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A., MÉXICO, --- 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA BUCAL THOMA, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 2A., ESPAÑA, 1980.
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, EDITORIAL SALVAT., EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- GUINTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT., INTERAMERICANA, EDIC. 1A., MÉXICO, 1978.
- 6.- LINCH, A. M., ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. -- MUNDI, ARGENTINA, 1978.
- 7.- BHASKAR, S. N., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. EL ATE-- NEO, EDIC. 3A., ARGENTINA, 1978.

## C A P I T U L O X

### GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

#### 10.1. ETIOLOGIA

DESDE 1928 HASTA HACE ALGUNOS AÑOS, LA MAYORÍA DE LOS AUTORES ESTABAN DE ACUERDO EN LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA O GLOSITIS MEDIO LOSÁNGICA; TAMBIÉN DENOMINADA GLOSITIS DE PAUTRIER O DE BRECC - PAUTRIER, SE DEBÍA A LA PRESENCIA DEL TUBÉRCULO IMPAR (1).

LA LENGUA SE FORMA A PARTIR DEL 1ER. ARCO BRAQUIAL POR TRES PROMINENCIAS: UNA CENTRAL (TUBÉRCULO IMPAR) Y DOS LATERALES, SIENDO ESTAS ÚLTIMAS LAS QUE DEBIDO A SU CRECIMIENTO, CUBREN A LA CENTRAL. EN EL CASO EN QUE DICHA COBERTURA NO OCURRIERA APARECERÍA LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL TUBÉRCULO IMPAR (1, 2, 3, 4 Y 6). EL TRABAJO DE MARTIN DE HOVE EN 1938 PARECÍA CONFIRMAR ESTA TEORÍA, DANDO ASÍ CRÉDITO A UN TRABAJO PREVIO DE LOOS Y HORST (1) EL CUAL AFIRMABA QUE SE TRATABA DE UNA ANOMALÍA CONGÉNITA (2).

CON ANTERIORIDAD, CIERTOS AUTORES DE PRINCIPIOS DE SIGLO ATRIBUÍAN SU CAUSA A LA SÍFILIS Y A LA TUBERCULOSIS, PERO SIN HABERLO DEMOSTRADO (1).

LOS MODERNOS ESTUDIOS EMBRIOLÓGICOS HAN MODIFICADO LA CONCEPCIÓN PATOGENICA DE LA PERSISTENCIA DEL TUBÉRCULO IMPAR EN LA FORMACIÓN DE LA GLOSITIS ROMBOIDES MEDIA (1).

INICIALMENTE SE PENSÓ QUE ESTA ENFERMEDAD ESTABA DE TERMINADA POR UNA ANOMALÍA CONGÉNITA, PRODUCIDA POR LA PERSISTENCIA DEL TUBÉRCULO IMPAR, SIN EMBARGO, NO SE LE HA OBSERVADO EN NIÑOS Y SU ORIGEN CONGÉNITO O DEL DESARROLLO EMBRIONARIO, SE HA PUESTO EN DUDA (2, 7) YA QUE SI DE ORIGINARSE VERDADERAMENTE EN LA ÉPOCA DEL DESARROLLO, SE LE ENCONTRARÍA POR IGUAL EN NIÑOS Y ADULTOS (2).

EN EXTRAORDINARIO ESTUDIO, BAUGHMAN (1971) NO ACEPTA LA TEORÍA DE LA PERSISTENCIA DEL TUBÉRCULO IMPAR, CONCLUYENDO QUE EL PROCESO ES DE ORIGEN INFLAMATORIO, YA QUE LA EDAD DE APARICIÓN EN SU MAYORÍA CORRESPONDE A LA EDAD ADULTA, Y ESTO, CONSTITUYE UNA FRANCA CONTRADICCIÓN CON LA TEORÍA EMBRIOLÓGICA ANTES DESCRITA. KLEISS, BORELLO Y COLS., RECONOCE AMPLIAMENTE LA TEORÍA DE LA INFLAMACIÓN (1).

PARA SAMMET, EL PROCESO ES PRODUCIDO POR UNA AUTODIGESTIÓN DE LA ZONA AFECTADA DEBIDO A UN FENÓMENO O PROFERMENTO SALIVAL. EN APOYO DE ESTE POSTULADO, SIDI Y COLS, OBSERVARON QUE AL EFECTUAR UNA PRUEBA DE PARCHE CUTÁNEO UTILIZANDO -

LA SALIVA DE LOS QUE TENÍAN GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, PROVOCA BA REACCIONES INFLAMATORIAS SEMEJANTES A LAS DEL ACEITE DE -- CROTÓN. (IRRITANTE PRIMARIO) ESPECIALMENTE SI SE PRACTICABAN ESCARIFICACIONES PREVIAS. POR EL CONTRARIO SI SE CALENTABA - LA SALIVA O BIEN SE EXTRAÍA DIRECTAMENTE DE LAS GLÁNDULAS POR CATETERISMO, LA TESTIFICACIÓN RESULTABA NEGATIVA. POR LO AN-- TERIORMENTE EXPRESADO PARECE SER QUE EL MEDIO BUCAL DE LOS -- PORTALORES DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, CONSTITUYE EL AGEN-- TE AGRESIVO Y NO LA SALIVA SOLA (1).

DENTRO DE LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS CITAREMOS - EL HECHO DE QUE EN ALGUNOS PACIENTES LA MISMA LESIÓN SE UBICA EN EL TERCIO ANTERIOR Y MEDIO DE LA LENGUA, FUERA DE LA ZONA CLÁSICA; EN OTROS ENFERMOS SE PARECÍAN DOS LESIONES, UNA ANTE-- RIOR Y OTRA POSTERIOR, LO CUAL PUEDE GENERAR CONFUSIÓN, AL -- IGUAL QUE EN OTROS CASOS EN QUE LA LESIÓN, SI BIEN NO ES ME-- DIA, TAMPOCO LO ES TAN POSTERIOR. (1)

ASIMISMO, CABE SEÑALAR LA VARIABILIDAD DEL ASPECTO CLÍNICO, EL CUAL A VECES NO COINCIDE CON EL PATRÓN CONOCIDO, Y EN LUGAR DE SER ELEVADA LA LESIÓN SE OBSERVABA PLANA O DE-- PRIMIDA Y EN ALGUNOS CASOS MOSTRABA ASPECTO DE LEUCOPLASIFORME (1).

CHEVALIER DESCRIBIÓ EN LA ZONA DE GLOSITIS ROMBOI-- DEA MEDIA, UNA LESIÓN SIMILAR QUE SE ASOCIABA A HIPOCLORHI--- DRÍA, EOSINOFILIA Y NEUTROPENIA. POR OTRA PARTE, DEGOS, PU-- BLICÓ LA CURACIÓN DE CIERTOS CASOS DE ALTERACIONES LINGUALES,

QUE ADOPTABAN EL ASPECTO DE GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, MEDIANTE LA PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO, LO CUAL PUDIERA HACERNOS -- PENSAR EN LA POSIBILIDAD DE QUE SE TRATE DE UNA HIPOVITAMINO-- SIS C (1).

GENÉRICAMENTE, BERDICHESKY AFIRMA QUE ES UNA LESIÓN MALFORMATIVA BASADA EN EL ASPECTO CASI SIMÉTRICO QUE OFRECE A UNO Y OTRO LADO DE LA LÍNEA MEDIA, Y ASEGURA QUE ES MUY DIFÍCIL QUE UN PROCESO ADQUIRIDO PUEDA PRESENTAR DICHA SIMILITUD EN SU CONFORMACIÓN, ADEMÁS DE SU INVARIABILIDAD SEMIOLÓGICA A TRAVÉS DEL TIEMPO (1)

## 10.2. EPIDEMIOLOGIA

EXISTEN DIVERSAS ESTADÍSTICAS QUE REGISTRAN UN ELEVADO NÚMERO DE PERSONAS, OBSERVADAS AL AZAR, CON EL FIN DE PODER ESTABLECER LA INCIDENCIA DEL PROCESO:

HALPERIN (1953) REPORTÓ QUE DE 2 478 EXAMINADOS DETECTÓ UN 0.32%, O SEA APROXIMADAMENTE 2 CASOS POR CADA 1000 - PERSONAS (1, 2) RICHARDSON (1968) SOBRE 3 319 EXAMINADOS, ENCONTRÓ UN 0.15%, REDMAN, DE 3 611 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, UN - 0.14% Y GALINA ESTUDIÓ A 3 274 PACIENTES ENTRE LOS 7 Y 75 --- AÑOS, QUE CONCURRIERON A CONSULTA DENTAL, ENCONTRANDO 110 CASOS O SEA 3.35%.

SU FRECUENCIA ES RELATIVAMENTE BAJA, SIENDO OBSERVADA EN 1 DE CADA 300 Ó 400 PACIENTES Y AL PARECER EXISTE UNA - PREDILECCIÓN DE 3:1 POR HOMBRES (ZIMMERMAN) (3, 4 Y 6).

EDAD.- LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA SON ADULTOS, SIENDO CONSECUENTEMENTE RARA EN NIÑOS; ASÍ EL DE MAYOR EDAD EN LA ESTADÍSTICA DE SAMMET TENÍA - 60 AÑOS (1).

EL DR. LANFRANCHI, OBSERVÓ EN UN HOSPITAL INFANTIL A 620 PACIENTES, DESDE RECIÉN NACIDOS HASTA 12 AÑOS DE EDAD, Y NO ENCONTRÓ NINGÚN CASO (1).

SEXO.- ES DE 3 A 4 VECES MÁS FRECUENTE EN HOMBRES - QUE EN MUJERES, CIFRA ÉSTA CITADA ESPECÍFICAMENTE POR REDMAN (1).

### 10.3. HISTOLOGÍA

EN LOS CASOS TÍPICOS SE OBSERVA EN LA SUPERFICIE DE LA LESIÓN LA DESAPARICIÓN DE LAS PAPILAS LINGUALES (1, 3) PUDIENDO O NO COEXISTIR HIPERQUERATOSIS DE TIPO PARAQUERATÓSIKO (1). STEWART Y LAUMONIER HACEN MENCIÓN A LA HISTOLOGÍA CUANDO LA LESIÓN ES AÚN JOVEN Y CUANDO ESTÁ EN FASE AVANZADA, REFIRIÉNDOSE EN LA PRIMER SITUACIÓN, AL MEDIO DE QUE SE HA PODIDO DETERMINAR LA PRESENCIA DE UNA ACANTOSIS IMPORTANTE DE TIPO PARAQUERATÓSIKA (1).

EN EL TIPO EVOLUCIONADO, LA ACANTOSIS ES MODERADA, EL CUERPO MUCOSO NO TIENE FISURAS Y EL INFILTRADO ES POCO MARCADO, AUNQUE EL CORIÓN ES FIBROSO (1).

EXISTE IRREGULARIDAD EN EL ASPECTO DE LAS CRESTAS INTERPAPILARES, ALGUNOS LEUCOCITOS MIGRAN AL EPITALIO (1, 7), -- ASÍMISMO O LA MEMBRANA BASAL PERMANECE INTACTA. EN EL CORIÓN SE VEN INFILTRADOS LINFOCITARIOS DIFUSOS, Y EN ALGUNOS CASOS - FIBROSIS DEL CORIÓN PROFUNDO. OCASIONALMENTE SE ENCUENTRAN - LOS VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS DILATADOS, APRECIÁNDOSE EN CIERTOS PACIENTES DE GENERACIÓN HIALINA DEL MÚSCULO LINGUAL - (1).

EL CUERPO MUCOSO POSEE ALGUNOS NÚCLEOS IRREGULARES, CON INFILTRADOS MONONUCLEARES; A SU VEZ EXISTEN FISURAS OCUPADAS POR LINFOCITOS O HISTIOCITOS EN LAS CRESTAS INTERPAPILARES, LAS CUALES SON ALARGADAS (1, 7).

EN LA PARTE SUPERFICIAL DEL CORIÓN SE DEPOSITA UN TEJIDO DE GRANULACIÓN, ESPECÍFICAMENTE EN LOS VÉRTICES DE LAS PAPILAS; AL IGUAL QUE SE EVIDENCIA EDEMA CON MUCOIDOSIS EN EL CORIÓN PROFUNDO (1).

CIERTOS AUTORES REPORTAN QUE LAS CLAVIJAS DE RETENCIÓN, EXHIBEN UNA DISQUERATOSIS BENIGNA CON FORMACIÓN DE PERLAS EPITELIALES (MARTÍN DE HOWE) (3).

BERDICHESKY, PRACTICÓ UNA BIOPSIA DE LENGUA Y ENCONTRÓ A NIVEL DEL CORIÓN RETICULAR UNA FRANJA ESPESA DE TEJIDO CONECTIVO HIALINIZADO. LA TINCIÓN EMPLEADA ESPECÍFICAMENTE - PARA SUSTANCIAS AMILOIDE TÉCNICA DE LILLIE, RESULTÓ NEGATIVA. (1)

DICHAS ALTERACIONES HISTOLÓGICAS FUERON OBSERVADAS - EN NÚMERO DE 3, SOBRE UN TOTAL DE 184 LENGUA DE CADÁVERES, ANALIZADAS POR BAUGHMAN, SIN QUE EXISTIERA EVIDENCIA CLÍNICA DE - GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, (1).

BERDICHESKY, REALIZÓ MINUCIOSOS ESTUDIOS HISTOLÓGICOS DE DICHO PROCESO, AFIRMANDO POSTERIORMENTE QUE NO EXISTE UNA VERDADERA ACANTOSIS, YA QUE EL ESPESOR DEL EPITELIO A NIVEL DEL DORSO LINGUAL EN SU PORCIÓN BUCAL (EXCEPTO A NIVEL DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES) ES NORMALMENTE DE MAYOR ESPESOR, SI LO COMPARAMOS CON EL DE OTROS SECTORES BUCALES, SELECCIONADOS PARA TAL FIN. (1, 3). LO QUE SOSTIENE HABER ENCONTRADO, ES IRREGULARIDAD EN LA ARQUITECTURA Y DISPOSICIÓN DE LAS CRESTAS INTERPAPILARES (1).

#### 10.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, SE CONSTITUYE COMO UNA ZONA NODULAR LISA, PLANA, DEPRIMIDA O ELEVADA, INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LAS PAPILAS CALCIFORMES (7). SU CONTORNO PUEDE --- SER RÓMBICO, IRREGULAR O SEMAJANTE AL DE UN DIAMANTE. (2,7) EN LA CARA DORSAL DE LA LENGUA, INMEDIATAMENTE POR DELANTE DE LAS PAPILAS CALCIFORMES (3, 4 Y 5). Y, COMO LA REGIÓN CARECE DE PAPILAS EL CONTRASTE CON EL RESTO DE LA LENGUA -ES MUY --- ACENTUADO-.

CUANDO LA ZONA SE ENCUENTRA LIGERAMENTE DEPRIMIDA, ASÍ MISMO SI LA LESIÓN SE MUESTRA ELEVADA Y POR TAL MOTIVO DI

FICULTA LA FUNCIÓN, DEBERÁ SER ESCINDIDA, LLEVÁNDOSE A CABO EL MISMO PROCEDIMIENTO CUANDO SE TRATA DE UNA ÁREA DEPRIMIDA, YA QUE SE CONVIERTE EN UNA FUENTE CONTÍNUA DE INFLAMACIÓN DEBIDA A LA ACUMULACIÓN DE RESTOS ALIMENTICIOS, (7)

LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA SE LOCALIZA EN LA PARTE POSTERIOR DEL DORSO DE LA LENGUA, SOBRE LA LÍNEA MEDIA, POR DELANTE DE LA V FORMADA POR LAS PAPILAS CALICIFORMES, ENCONTRÁNDOSE COMUNMENTE CON UNA DISPOSICIÓN SIMÉTRICA A UNO Y OTRO LADO DE DICHA LÍNEA MEDIA, INDEPENDIENTEMENTE DE TAL VARIANTES MANIFESTADAS EN SU CONTACTO CLÍNICO, (1, 2, 3),

EXISTEN DOS FORMAS POLARES: UNA VEGETANTE Y OTRA PLANA; DESCRIBIÉNDOSE ENTRE ELLAS, DIVERSOS TIPOS INTERMEDIOS.

VEGETANTE.- ESTÁ CONSTITUÍDA POR NUMEROSOS MAMELONES MUY DIFERENTES ENTRE SÍ, EN LO REFERENTE A SU DIÁMETRO Y ALTURA, CON UNA DISPOSICIÓN SUMAMENTE IRREGULAR A LA SUPERFICIE DE LA LESIÓN. SU COLOR VARÍA DE ROSADO PÁLIDO A ROJIZO Y EL CONTORNO TIENDE EN OCASIONES A SER BIEN DEFINIDO, AUNQUE CONFUNDIÉNDOSE EN OTRAS CON LOS TEJIDOS NORMALES QUE LA CIRCUNDAN, Y ATIENDEN A DISTINTOS ELEMENTOS SEMIOLÓGICOS; TALES COMO: ALTURA, TAMAÑO, DISPOSICIÓN, CONTORNO, COLOR ENTRE OTROS (1),

POLAR PLANA.- SITUACIÓN CLÍNICA QUE A PRIMERA VISTA, PARECE UNA ZONA DEPRIMIDA, DEBIDO A LA AUSENCIA DE PAPILAS A ESTE NIVEL, POR LO QUE ADOPTA UN ASPECTO DE MANCHA GENERALMENTE DESPAPILADA CUYO COLOR, EXTENSIÓN Y CONTORNO, SON SU

MAMENTE VARIABLES, A LA PALPACIÓN NO EXISTE MODIFICACIÓN EN SU CONSISTENCIA, SI LA COMPARAMOS CON LA MUCOSA NORMAL ADYACENTE (1).

EXISTEN SOBRE LA SUPERFICIE DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, PAPILAS HIPERTRÓFICAS DE CARACTERÍSTICAS DE ASPECTO VARIABLE YA QUE EN ALGUNOS CASOS EVIDENTEMENTE MALFORMATIVAS, LA MUCOSA DE RECUBRIMIENTO SE TORNA DE FORMA LEUCOPLASIFORME, O BIEN EN OTROS, LAS LESIONES SE PRESENTAN TÍPICAMENTE VEGETANTES. POR OTRA PARTE, PUEDEN COEXISTIR COMPLICACIONES, COMUNMENTE DETERMINADAS POR INFECCIÓN MONILIÁSICA, LO CUAL DA LUGAR A QUE LA SUPERFICIE MANIFIESTE UN PROCESO DE NECROBIOSIS SUPERFICIAL O DESCAMACIÓN Y SOLO DE ESTA MANERA EVIDENCIAR LOS SÍNTOMAS (1).

SHARP Y BULLECK, DETECTARON SOLAMENTE 2 CASOS EN LA BIBLIOGRAFÍA EN LOS QUE SE PRODUJO TRANSFORMACIÓN MALIGNA (1) DETERMINANDO QUE LA LESIÓN PRESENTADA CONSISTÍA EN LEUCOPLASIA. UN HECHO DE IMPORTANCIA ESTRIBA EN IDENTIFICARLA COMO INNOCUA Y NO DE TIPO MALIGNO, YA QUE ESTE LUGAR NO SUELE SER ASIENTO DE CÁNCER. (2).

#### 10.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MÁS IMPORTANTE DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, SE DEBE REALIZAR CON LA CANDIDIASIS ORAL, DEBIÉNDOSE RECORDAR QUE LA CANDIDA ALBICANS, SI BIEN PUEDE, ASOCIARSE A UNA AUTÉNTICA GLOSITIS ROMBOIDEA ME-

DIA, TAMBIÉN PUEDE DAR ALTERACIONES A ESE NIVEL QUE LA EMULA, YA QUE SE MANIFIESTA COMO UNA LESIÓN OVAL, DE COLOR BLANQUECINO CON ASPECTO LEUCOPLASIFORME, Y CON LA CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA DE SER DESPRENDIBLE EN FRAGMENTOS, SI SE FROTA CON UNA GASA. (1)

A SU VEZ, LA PRUEBA TERAPÉUTICA CON NISTATINA PERMITIRÁ HACER EL DIAGNÓSTICO DE CANDIDIASIS PRIMITIVA SI DESAPARECE LA LESIÓN, ADEMÁS, CUANDO EXISTE DICHA AFECCIÓN MICÓTICA EN LA LENGUA, EL PALADAR PUEDE TAMBIÉN PRESENTARLA POR CONTACTO O CALCO DE AQUELLA, ES DECIR, DENOTAR LESIÓN EN ESPEJO (1).

LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA MANIFIESTA UNA LARGA -- EVOLUCIÓN Y NO SE MODIFICA UNA VEZ APARECIDA, ES UNA LESIÓN -- MUY ONCOFOBICA, PERO SE CONSIDERA MUY RARA LA APARICIÓN DE -- CÁNCER EN ESE SITIO; ASIMISMO, EL ASPECTO CLÍNICO ES DIFERENTE Y AHÍ CARECE DE LOS SIGNOS DE LA INFILTRACIÓN INHERENTE AL CÁNCER PLENAMENTE DESARROLLADO. EN CASO DE SURGIR DUDA, SE -- DEBERÁ PRACTICAR UNA BIOPSIA CON EL FIN DE DILUCIDAR LA DIS-- YUNTIVA CLÍNICA (1).

OTRO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SE REALIZA CON LA GLOSITIS DE CHEVALLIER, LA CUAL SE OBSERVA DE MANERA EXCEPCIONAL Y OCUPA EL MISMO LUGAR, Y SU ASPECTO ES SEMEJANTE A LA QUE -- NOS OCUPA, PERO ESTA CURSA CON HIPOCLORHIDRIA, EOSINOFILIA Y NEUTROPENIA (1).

EN RARAS OCASIONES LA HIPOVITAMINOSIS C, PUEDE MANI

FESTARSE EN FORMA SEMEJANTE A LA GLOSITIS DE PAUTRIER O GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA (1).

LA LESIÓN SIFILÍTICA CLÁSICA ES ACTUALMENTE EXCEPCIONAL, LEVANTA LA MUCOSA A LA MANERA DE UN NÓDULO, SE ABRE Y SE ULCERA PERO RARAMENTE OCUPA EL SITIO DE LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA COEXISTE CON OTRAS LESIONES Y LA SEROLOGÍA ES POSITIVA EN LAS REACCIONES DE WASSERMAN Y/O V.D.R.L. (1).

FINALMENTE, LA GLOSITIS LOSÁNGICA TAMBIÉN DEBE DISTINGUIRSE DE OTRAS PATOLOGÍAS, ENTRE LAS QUE DESTACAN EL MIOBLASTOMA DE LA LENGUA, EL QUISTE DEL CONDUCTO TIREOGLOSO Y LA GLÁNDULA TIROIDES ECTÓPICA (ABERRANTE A ESTE NIVEL) A LAS CUALES PUEDE PARECERSE (4 Y 6), AUNQUE PUEDE ESTABLECERSE LA DIFERENCIA RADICAL Y FRIAMENTE EN BASE A LA LOCALIZACIÓN, ASPECTO Y CONSISTENCIA DE LA LESIÓN ANTERIORMENTE DESCRITA (6).

#### 10.6. TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE ESTA LESIÓN, SUELE LIMITARSE CASI EXCLUSIVAMENTE AL DIAGNÓSTICO, DADO QUE ES INNOCUA; EN OCASIONES EL ÁREA SE IRRITA Y SENSIBILIZA, EN CUYO CASO EL TRATAMIENTO SE CONCRETA EN INTENTAR LA REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES Y SU IMPORTANCIA CLÍNICA RADICA EN QUE A VECES SE LE CONFUNDE CON EL CARCINOMA DEL DORSO DE LA LENGUA, AUNQUE CABE RESALTAR QUE EN DICHA ZONA ES DONDE MENOR PROBABILIDAD EXISTE DE UBICARSE DICHO PROCESO NEOPLÁSICO (2, 5).

LOS LIGEROS CAMBIOS INFLAMATORIOS QUE LLEGAN A PRODUCIRSE EN ESTAS ZONAS, PUEDEN TRATARSE CON PINCELADAS DE  $H_2O_2$  Y DE LECHE DE MAGNESIA, YA QUE LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA NO ESTÁ INDICADA (6).

LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA, NO REQUIERE TRATAMIENTO ESPECÍFICO O, SALVO CUANDO SE COMPLICA CON CANDIDIASIS, LOS AUTORES ANTIGUOS HACÍAN ELECTROCOAGULACIÓN, NOSOTROS LA EFECTUAMOS EN UN CASO DE -LEUCOPLASIA- EN ESA ZONA O CUANDO RAZONES DE ONCOFOBIA NOS OBLIGAN A TRANQUILIZAR AL ENFERMO, TRATANDO LA LESIÓN PARA SU CONFORMIDAD CON PSICOTERAPIA (1).

ES UN PROCESO -INMODIFICABLES- ESPONTÁNEAMENTE. -- CUANDO LA CANDIDIASIS CONSTITUYE UNA COMPLICACIÓN SE HARÁ LA -MEDICACIÓN ADECUADA CON -NISTATINA LOCAL-.

LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA ES EXCEPCIONAL, RECORDAMOS LOS DOS CASOS CITADOS POR SHARP Y BULLOCK. (1).

## 10.7. BIBLIOGRAFIA

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL MUNDI, ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.
- 2.- SHAFFER, W. G., TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDICIÓN 3A., MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, J. R., GOLDMAN, M. H., PATOLOGÍA BUCAL THOMA, EDIT. SALVAT, EDICIÓN 2A., ESPAÑA, 1980
- 4.- ZEGARRELLI, E., DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL,

- EDIT. SALVAT., EDICIÓN 1A., ESPAÑA, 1978.
- 5.- GUINTA, J., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, EDIC. 1A., MÉXICO, 1978.
  - 6.- LINCH, A. M., ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL MUNDI, ARGENTINA, 1978.
  - 7.- BHASKAR, S. N., PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. EL ATENE--  
NEO, EDIC. 3A., ARGENTINA, 1978.

## C A P I T U L O X I

### LENGUA SABURRAL

DEFINICION.- LA LENGUA SABURRAL CONSISTE EN EL AUMENTO DE LA CAPA DE REVESTIMIENTO NORMAL DE LA LENGUA, POR ENCIMA DE LAS PAPILAS FILIFORMES Y ENTRE ÉSTAS.

#### ETIOLOGIA.

LAS SUSTANCIAS DE LA SABURRA SE UBICAN SOBRE Y ENTRE LAS PAPILAS FILIFORMES, LAS QUE, CORNIFICADAS EN SU PUNTA, SE DESGASTAN CONTÍNUAMENTE POR EFECTOS DE LA MASTICACIÓN, LA SALIVACIÓN Y LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA (LIMPIEZA LINGUAL O MECANISMOS AUTOCLÍTICOS). CUANDO ESTOS DIFERENTES PROCESOS DINÁMICOS NO SE LLEVAN A CABO, LAS PAPILAS NO SE DESGASTAN, AUMENTANDO A SU VEZ LA CAPA DE REVESTIMIENTO LINGUAL, LA CUAL TERMINA POR CUBRIR LA TOTALIDAD DE SU SUPERFICIE, INCLUYENDO A DICHAS FORMACIONES PAPILARES (1).

LA DESCAMACIÓN EPITELIAL ESTÁ CONSTITUÍDA BÁSICAMENTE POR: LEUCOCITOS, MUCUS, RESTOS DE ALIMENTOS, MICROORGANIS--

## CAUSAS QUE IMPIDEN LA LIMPIEZA DE LA LENGUA

### FISIOLÓGICAS

NO COMER, NO HABLAR  
ALIMENTACIÓN LÍQUIDA  
DORMIR  
HABLAR MUCHO  
EMOCIONES

### PATOLÓGICAS

ALIMENTACIÓN POR SONDA  
ENFERMEDADES FEBRILES  
XEROSTOMÍA  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
UREMIA  
ENFERMEDADES CEREBRALES O  
DE LOS NERVIOS PERIFÉRI-  
COS.

MOS (TREPONEMA DENTIUM, LEPTOTHRIX BUCCALIS) GOTAS DE GRASA, CRISTALES DE COLESTEROL Y CALCIO (1).

#### FACTORES FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS:

FISIOLÓGICOS: DURANTE EL SUEÑO LA PRODUCCIÓN DE SALIVA ES PRÁCTICAMENTE NULA, POR LO QUE NO SE EJERCE LA ACCIÓN QUÍMICA DE SUS ENZIMAS SOBRE LA LENGUA Y POR ELLO SE ACUMULAN EN ÉSTA LOS DIVERSOS ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA DESCAMACIÓN.

ASIMISMO, EXISTEN OTRAS CONDICIONES INCLUIDAS EN ESTE INCISO, TALES COMO LA INGESTAS DE LÍQUIDOS O EL NO COMER, LAS EMOCIONES Y EL HABLAR EN DEMASÍA O BIEN EL NO PROFERIR PALABRA EN LARGO TIEMPO.

PATOLÓGICOS: LA XEROSTOMÍA (BOCA SECA) SIGNO CARDINAL DEL SÍNDROME DE SJOGREN, OCASIONA UNA LENGUA DESPAPILADAS DE TIPO HIPOTRÓFICA. LA ALIMENTACIÓN POR SONDA, LAS ENFERMEDADES FEBRILES, LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, EL SÍNDROME URÉMICO Y LAS ENFERMEDADES CEREBRALES O DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS, CONSTITUYEN AGENTES ETIOLÓGICOS PRIORITARIOS QUE PERMITEN OBSERVAR DICHA ALTERACIÓN LINGUAL.

#### 11.2.- EPIDEMIOLOGIA.

LA LENGUA SABURRAL, CONFORMA UNA DE LAS ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EVIDENCIADAS POR ESTE ÓRGANO.

LA PRESENCIA DE UNA SABURRA GRUESA EN LA PARTE ANTE

RIOR ES CONSIDERADA DE TIPO PATOLÓGICO, AUNQUE DESPROVISTA DE LA EXAGERACIÓN Y EXCESIVA IMPORTANCIA MANIFESTAS EN ÉPOCAS PASADAS A LA LENGUA SUCIA O SABURRAL.

LA CAPA DE LA PORCIÓN POSTERIOR ES NORMAL, AUNQUE - ADQUIERE VALOR ESTE SIGNO EN LOS NEURÓTICOS, YA QUE SUGIERE - DIVERSOS TRASTORNOS, EN ESPECIAL EL DE LA INTOXICACIÓN POR ES TREÑIMIENTO. (8).

### 11.3.- HISTOLOGIA

ESTRUCTURALMENTE SE ENCUENTRA CONSTITUÍDA POR COLECCIONES DE ESCAMAS PARAQUERATÓICAS EXFOLIADAS COLUMNARES, EN OCASIONES ASOCIADAS CON RESTOS AMORFOS PROTEÍCOS Y COLONIAS - MICROBIANAS. (1).

LAS CÉLULAS EPITELIALES DESPRENDIDAS DE LAS PAPILAS FILIFORMES LINGUALES, EL MOCO, LOS LEUCOCITOS, LOS RESTOS ALIMENTARIOS Y LOS HONGOS, CONSTITUYEN OTROS COMPONENTES DE DICHO CONTENIDO HISTOLÓGICO. (8).

### 11.5.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL DORSO DE LA LENGUA SE OBSERVA REVESTIDO POR UNA CAPA ESPESA DE COLOR BLANCO, AMARILLO O PARDO, LA QUE SE ACOMPAÑA DE SÍNTOMAS TALES COMO: SABOR AMARGO Y HALITOSIS (1).

CUANDO LA SEQUEZAD BUICAL ES MUY EXTENSA, AÚN LA QUE SE PRODUCE CONSECUENTEMENTE A LA ALIMENTACIÓN CON SONDA, A LAS GRANDES DESHIDRATACIONES, UREMIA, FIEBRE PROLONGADA Y OBS

TRUCCIÓN INTESTINAL, ENTRE OTRA; LA LENGUA PARECE CUBIERTA -- POR UNA COSTRA PARDUSCA, UBICÁNDOSE EN EL CENTRO Y LA PARTE -- POSTERIOR DE LA MISMA, COMO LOS SECTORES MÁS AFECTADOS (1).

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE SE LE OBSERVA EN LAS ENFERMEDADES FEBRILES, COMO LA FIEBRE TIFOIDEA Y EN CASOS DE EXTREMA GRAVEDAD, EN LOS CUALES SE TRANSFORMA EN UNA CAPA CO-- RIÁCEA PARDA.

EN OCASIONES NO TIENE OTRA SIGNIFICACIÓN DIAGNÓSTI-- CA QUE LA DE COEXISTIR CON PROCESOS EN LOS QUE SE MASTICA IN-- SUFICIENTEMENTE, COMO ES EL CASO DE LAS DIVERSAS ANOREXIAS, -- PROCESOS INFECCIOSOS GRAVES Y EN PACIENTES ESTUPORIZADOS (8),

TAMBIÉN SE APRECIA COMO RESULTADO DE LA INGESTA AL-- COHÓLICA EXCESIVA, QUE ORIGINA GASTRITIS Y SUEÑO PROFUNDO, -- CONDICIONANDO ESTA ÚLTIMA CARACTERÍSTICA QUE EL SUJETO RESPI-- RE CON LA BOCA ABIERTA. POR OTRA PARTE SE HA DESCRITO SU ASO-- CIACIÓN CON ALGUNAS DISPEPSIAS NERVIOSAS, AUNQUE ES DIGNO DE DESTACAR LA AUSENCIA DE SABURRA, EN AFECCIONES DEL TUBO DIGES-- TIVO, TALES COMO LA ÚLCERA PÉPTICA SECUNDARIA A LA HIPERSECRE-- CIÓN ÁCIDA DEL ESTÓMAGO (8).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

EN LOS CASOS TÍPICOS, NO EXISTE DIFICULTAD EN DIS-- TINGUIR LA LENGUA SABURRAL DE LA PILOSA O VELLOSA; SURGIENDO LA PROBLEMÁTICA, EN QUE AMBOS PROCESOS SE ENTREMEZCLAN CON -- FRECUENCIA.

JACOBY, ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA LENGUA VELLOSA, EN LA HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS FILIFORMES; YA QUE AUNQUE LAS CAUSAS SEAN SEMEJANTES O PARECIDAS Y LOS -- PROCESOS PREDISONENTES SE ASOCIEN CON FRECUENCIA, LAS CARACTERÍSTICAS PAPILARES DEFINEN LA ESPECIALIDAD. (1).

### HISTOPATOLOGIA DE LA LENGUA SABURRAL.

EN UN ESTUDIO AL MICROSCOPIO DE BIOPSIAS OBTENIDAS DE 22 PACIENTES AFECTADOS POR LENGUA SABURRAL, SE DETERMINÓ - QUE LA HISTOPATOLOGÍA CONSISTE EN UNA CAPA DE ACANTOSIS PAPILOMATOSA CON UNA CUBIERTA DE QUE INCLUYE ABUNDANTES COLONIAS DE GÉRMESES BANALES CONTENIDOS EN LA QUERATINA. HABÍA UNA ALTERNATIVA DE ORTOQUERATOSIS SUPRAPAPILAR Y DE PARAQUERATOSIS INTERPAPILAR.

DEBAJO DE LA QUERATINA TODOS LOS QUERATINOCITOS ESTABAN LARGOS Y CLAROS CON CITOPLASMA DE GLYCOGENO FILAMENTO--SO. DOS ESPECÍMENES ESTUDIADOS CON UNA TRANSFORMACIÓN DE MICROSCOPIO ELECTRÓNICO, MOSTRARON ESTOS QUERATINOCITOS FILAMENTOS CON GLYCOGENO.

LOS FILAMENTOS DE GLYCOGENO CLARO EPITELIAL EN CÉLULAS ERAS COMUNES MÁS O MENOS AL NORMAL EPITELIO LINGUAL EN ALGUNA PATOLOGÍA CONDICIONAL. (11).

SI SE LE EXAMINA A LA LENGUA SABURRAL, CON LA LUZ - DE SOOD, ELLA MUESTRA LA FLOURESCENCIA ROSADO-ROJIZA, DEBIDA SEGÚN BIRCK, A LA PRODUCCIÓN DE PORFIRINAS POR LOS MICROORGA-

NISMOS EXISTENTES (1).

#### 11.6.- TRATAMIENTO

CORRESPONDE TRATAR LA CAUSA QUE IMPIDE LA CORRECTA LIMPIEZA DEL DORSO DE LA LENGUA (1).

EN CASOS LEVES, BASTA SIMPLEMENTE CON EFECTUAR UN BUEN CEPILLADO LINGUAL O BIEN MASTICAR PAN TOSTADO O HACER AMBOS (8).

LOS CASOS SEVEROS SE PUEDEN TRATAR DESPRENDIENDO LA SABURRA EN FORMA DE COLGAJOS O BIEN ARRASTRÁNDOLA COMO BARRO BLANCO POR MEDIO DE UNA ESPÁTULA ROMA.

#### 11.7.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDITORIAL - MUNDI, ARGENTINA, 1978. TOMO TRES.
- 8.- FARREDAS, P. ROZMAN., MEDICINA INTERNA, EDIT. - MARIN, EDICIÓN 8A., MÉXICO, 1978.

## C A P I T U L O X I I

### GLOSODINIA ESENCIAL

DEFINICION.- SE LE DENOMINA TAMBIÉN SÍNDROME DOLOROSO DE LA LENGUA, LENGUA DOLOROSA, GLOSOPIROSIS Y GLOSODINIA IDIOPÁTICA ENTRE OTROS TÉRMINOS, AUNQUE ALGUNOS AUTORES LA HAN DESIGNADO CON EL NOMBRE DE ULCERACIONES IMAGINARIAS, DEBIDO A LA FALTA DE LESIONES VISIBLES A PESAR DE LA SENSACIÓN SUBJETIVA DE PÉRDIDA DE SUSTANCIA, ARDOR, QUEMAZÓN Y DOLOR MANIFESTADOS POR EL PACIENTE. (12)

#### 12.2.- ETIOLOGIA.

HABITUALMENTE SE TRATA DE PACIENTES DEL SEXO FEMENINO, CON EDAD PROMEDIO SITUADA EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA, LAS QUE CON CIERTA FRECUENCIA SON PORTADORAS DE PRÓTESIS COMPLETAS O PARCIALES QUE NO TOLERA; QUE MANIFIESTAN EVIDENTES PROBLEMAS DE ÍNDOLE FAMILIAR. QUE ADQUIEREN UN ASPECTO DEPRESIVO Y AL MISMO TIEMPO DE NOTORIA ANSIEDAD, SON HIPOCONDRÍACAS, TEMEROSAS DE PADECER UN CÁNCER Y SON POCAS LAS SATISFAC-

CIONES EN SU VIDA AFECTIVA.

EN MÚLTIPLES OCASIONES CULPAN A UN DETERMINADO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO COMO EL FACTOR DESENCADENANTE DE SUS DOLORS Y PADECIMIENTOS (1).

### 12.3.- EPIDEMIOLOGIA.

ES UNO DE LOS PROCESOS QUE MAYOR NÚMERO DE CONSULTAS MOTIVA EN EL EJERCICIO PRIVADO DE LOS ESTOMATÓLOGOS, YA QUE LOS POBRES RESULTADOS TERAPÉUTICOS GENERAN QUE ESTOS PACIENTES, ACUDAN CON DIVERSOS PROFESIONALES DE LA RAMA DE LA SALUD.

HABITUALMENTE SE TRATA DE PACIENTES DEL SEXO FEMENINO, CON EDAD PROMEDIO SITUADA EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA.

## GLOSODINIAS

### QUEMADURAS

#### DESPAPILACIONES LINGUALES

DIFUSAS (ANEMIAS, EN ESPECIAL LA PERNICIOSA, HIPOVITAMINOSIS, ANTIBIÓTICOS, CANDIDIASIS, ETCÉTERA)

#### DESPAPILACIONES LINGUALES

CIRCUNSCRITAS

AFTAS

HERPES

CANDIDIASIS

ULCERACIONES TRAUMÁTICAS

LENGUA GEOGRÁFICA

LENGUA ESCROTAL FISURADA

PAPILITIS FOLIADA

CARCINOMAS

GLOSISTIS DIVERSAS

POR ANTIBIÓTICOS Y OTROS  
MEDICAMENTOS.

PRÓTESIS

GALVANISMO

ALERGIAS DE CONTACTO

VÁRICES LINGUALES

ETCÉTERA.

NEURALGÍAS

NEURITIS (TUMORES, ANEURISMAS, CERVICOARTROSIS, COMPRESIONES NERVIOSAS, ETC)

DIABETES

ARTERIOSCLEROSIS

SÍNDROME TEMPOROMAXILAR

SINUSITIS

AMIGDALITIS

LESIONES ALVEOLODENTARIAS

ALTERACIONES DE LA SECRECIÓN  
GÁSTRICA

ARTERITIS TEMPORAL

ETCÉTERA

NEUROSIS

TUMORES CEREBRALES

DIMIAS DEL GLOsofaríngeo O  
DEL HIPOGLOSO

ANEURISMAS CEREBRALES

CERVICOARTROSIS

ETCÉTERA

(I) POR AFEC-  
CIONES  
LINGUALES

(II) SINTOMÁ-  
TICAS, Y  
POR LESIO-  
NES DE  
VECINDAD  
(SIN LE-  
SIONES

(III) ESENCIA-  
LES

(IV) HEMIGLO-  
SODINIAS

#### 12.4.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

LOS ENFERMOS ACUSAN DOLOR EN LOS BORDES O LA PUNTA DE LA LENGUA Y/O EN EL SITIO DE LAS PAPILAS FOLIADAS.

DICHO DOLOR PUEDE SER VIOLENTO EN FORMA OCASIONAL, AUNQUE LA GENERALIDAD REFIERE SENSACIÓN DE QUEMADURA; ES CONTÍNUO O POR CRISIS, SIN CAUSAS APARENTES QUE JUSTIFIQUEN ESTAS ÚLTIMAS, YA QUE SOLO BASTA UN LIGERO MOVIMIENTO DE LA LENGUA, LA MASTICACIÓN, O UN SIMPLE CONTACTO PARA PRODUCIRLO.

LAS PRÓTESIS NO SE TOLERAN Y POR LO GENERAL HAY --- ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR, EN ESPECIAL DEL INFERIOR O MANDIBULAR.

A SU VEZ MANIFIESTAN DISGEUSIA Y EN PARTICULAR GUSTO METÁLICO.

AL EXAMEN CLÍNICO LA LENGUA MUESTRA UN ASPECTO NORMAL O BIEN ÚNICAMENTE EXISTIR UNA LIGERA HIPERPLASIA DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES Y FILIFORMES, LAS QUE AL SER EXAMINADAS CON LENTE DE AUMENTO, SE OBSERVAN COMO PUNTO DE COLOR ROJO, DEPRIMIDOS DE TIPO EROSIVO, DOLOROSOS AL TACTO, LOS CUALES EN OCASIONES DENOTAN FISURAS, LAS QUE JUSTIFICARÍAN EL DOLOR REFERIDO, SIN EMBARGO, PUEDE PENSARSE QUE LOS CONTÍNUOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA GENERALMENTE REALIZADOS POR ESTOS PACIENTES, PODRÍAN OCASIONAR LA FORMA SECUNDARIA Y DEBIDO A LOS ROCES CONTRA LAS PRÓTESIS, DICHAS PÉRDIDAS DE SUSTANCIA SUPERFICIAL. - (12).

LA GLOSODINIA ESENCIAL, CONSTITUYE LA LESIÓN BUCAL QUE EN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES DESPIERTA ONCOFOBIA.

ASOCIÁNDOSE CON FRECUENCIA A ESTOMATODINIA Y A XEROSTOMÍA, ESTA ÚLTIMA GENERADA POR EL PROCESO EN SÍ O BIEN POR LOS SEDANTES QUE INGIERE EL PACIENTE.

#### 12.5.- DIANOSTICO DIFERENCIAL.

UNA VEZ DESCRITA LA GLOSODINIA ESENCIAL, ES DECIR, AQUELLA EN QUE NO SE HA DETERMINADO LA CAUSA ORGÁNICA Y QUE EN MÚLTIPLES OCASIONES SE ASOCIA A PROCESOS NEURÓTICOS, SE TORNA PRIORITARIO DIFERENCIA A ÉSTAS, DE LAS GLOSODINIAS SIMTÓMICAS, SIN LESIONES OBJETIVAS O VISIBLES EN LA LENGUA, DEBIDO A NEURALGIAS, NEURITIS, DIABETES, ALTERACIONES DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA, ARTERIOSCLEROSIS, SÍNDROME TEMPOROMAXILAR, DESPAPILACIONES DIVERSAS, ALERGIAS DE CONTACTO, VÁRICES LINGUALES, ANEMIAS, HIPOVITAMINOSIS, CANDIDASIS, GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA O LENGUA GEOGRÁFICA, HERPES, AFTAS, ULCERACIONES DIVERSAS Y TRAUMATISMOS, ENTRE OTROS, QUE REQUIEREN SER DETERMINADOS DE INMEDIATO DE LA GLOSODINIA ESENCIAL, CON EL FIN DE EVITAR EL ESTABLECIMIENTO DE UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO.

ASIMISMO, SE JUZGA NECESARIO ACLARAR QUE LA DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA GLOSODINIA ESENCIAL CORRESPONDEN CASI EXACTAMENTE A LA QUE REALIZA GLICKMAN, EN SU TRATADO DE PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA, CLASIFICÁNDOLA CON

EL NOMBRE DE GINGIVOESTOMATITIS MENOPÁUSICA; Y EN OCASIONES -- SE HA PODIDO COMPROBAR QUE LA TERAPÉUTICA CON ESTRÓGENOS PRECONIZADA POR ESTE AUTOR, SUELE SER EFICAZ EN LA GLOSODINIA -- ESENCIAL.

POR OTRA PARTE, HAY QUE RECORDAR QUE PUEDEN EXISTIR HEMIGLOSODINIAS EN CASOS DE TUMORES CEREBRALES, METASTÁSICOS O NO; IRRITACIONES NERVIOSAS EN EL TERRITORIO DEL GLOsofaríngeo O DEL HIPOGLOSO; ANEURISMAS DE LAS ARTERIAS CEREBRALES Y CERVICOARTROSIS.

#### 12.6.- TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE ESTA ENTIDAD PATOLÓGICA ES Psico-TERAPÉUTICO. EL ESTOMATÓLOGO, DEMOSTRANDO CONOCIMIENTOS DE -- LA ESPECIALIDAD ASÍ COMO SU SEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO, PUEDE REALIZAR PSICOTERAPIA MENOR Y OBTENER RESULTADOS SATISFAC-- TORIOS EN DICHS PACIENTES.

FRECUENTEMENTE LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN BAJO LOS EFECTOS DE DIFERENTES DROGAS PSICOTERÁPICAS, MISMAS QUE SUE-- LEN PROVOCAR XEROSTOMÍA Y OCASIONAR MOLESTIAS ORGÁNICAS, LAS QUE ASOCIADAS A LAS PSÍQUICAS, DAN ORIGEN A UN CÍRCULO PATOLÓ-- GICO DE DIFICIL RESOLUCIÓN.

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN RECOMENDABLE LA PRESCRIP-- CIÓN DE ANTI-INFLAMATORIOS LOCALES, ENTRE LOS CUALES DESTACAN LOS CORTICOIDES EN VEHÍCULOS ADHESIVOS Y EN CASOS AISLADOS SE INDICAN A DOSIS PEQUEÑAS POR VÍA BUCAL - 15 MG, DE DELTISONA

ó 12 mg, DE TRIAMCINOLONA, - OBTENIÉNDOSE RESULTADOS SORPREN-  
DENTES, LO MISMO QUE CUANDO SE HAN UTILIZADO VASODILADORES.

### PRONOSTICO.

EL PROCESO ES DE CURSO PROLONGADO; DURA MIENTRAS --  
PERSISTA LA NEUROSIS Y EL PRONÓSTICO ESTÁ EN RELACIÓN DIRECTA  
CON ESTA SITUACIÓN PSICOLÓGICA.

### 12.7.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GRINSPAIN, ENFERMEDADES DE LA BOCA, EDIT. MUNDI,  
ARGENTINA, 1978, TOMO TRES.

## RESULTADOS

LAS ALTERACIONES LINGUALES SE MANIFIESTAN COMO UNA RESPUESTA ORGÁNICA HACIA DIFERENTES ESTÍMULOS DENTRO DE LOS CUALES, LOS MÁS IMPORTANTES SON DE CARACTER SISTÉMICO, PERO PUEDEN DESARROLLARSE A PARTIR DE AGENTES LOCALES.

EXISTEN ALTERACIONES LINGUALES BIEN DEFINIDAS QUE SE CLASIFICAN DENTRO DEL GRUPO DE AFECCIONES CONGÉNITAS, ENTRE LAS CUALES PODEMOS CITAR: LA MICROGLOSIA, LA MACROGLOSIA, LA ANQUILOGLOSIA Y LA GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA. AÚN NO SE HA DETERMINADO CON PRECISIÓN CUÁLES SON LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICIÓN DE ESTAS AFECCIONES, POR LO TANTO; EL TRATAMIENTO EN LA MAYORÍA DE ÉSTAS, NO EXISTE.

NO SE HA PRECISADO EL FACTOR ETIOLÓGICO DE LA GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA, NI DE LA GLOSODINIA, POR LO QUE SE LES CONSIDERAN ALTERACIONES IDIOPÁTICAS, SIN EMBARGO, SE LES HA ATRIBUIDO UN CARACTER PREDISPONENTE CONGÉNITO QUE REQUIERE

DE FACTORES DESENCADENANTES.

OTROS INVESTIGADORES MENCIONAN QUE EL FACTOR PSICOLÓGICO TIENE UN PAPEL PREPONDERANTE EN ESTAS AFECCIONES DEBIDO A ESTO, SU TRATAMIENTO SE HA ENFOCADO A CORRECCIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN COMBINACIÓN CON TERAPIA A BASE DE HORMONAS.

UN GRAN NÚMERO DE ALTERACIONES LINGUALES, COMO LA GLOSITIS, LA LENGUA ESCROTAL Y LA LENGUA VELLOSA, DEPENDEN DE TRASTORNOS METABÓLICOS; COMO LA DESNUTRICIÓN, DIABÉTES Y ENFERMEDADES HEMÁTICAS, POR LO TANTO; EL TRATAMIENTO DE ÉSTAS, ESTÁ ENFOCADO BÁSICAMENTE A LA CORRECCIÓN DE ESTAS ALTERACIONES.

LA LENGUA SABURRAL, ES UNA MANIFESTACIÓN MULTIFACTORIAL Y SOLAMENTE REQUIERE TRATAMIENTO CUANDO SE PRESENTA DURANTE PERÍODOS PROLONGADOS; LA TERAPÉUTICA SE ESTABLECERÁ DEPENDIENDO DEL FACTOR EMOCIONAL.

## CONCLUSIONES

LA LENGUA ES EL ÓRGANO DE LA CAVIDAD BUCAL, EN EL CUAL SE PRESENTAN DIVERSAS ALTERACIONES, QUE DEPENDIENDO DE SUS CARACTERÍSTICAS SIGNOLÓGICAS Y SINTOMÁTICAS PUEDEN ORIENTAR AL CLÍNICO A DETERMINAR ENFERMEDADES SISTÉMICAS O SÍNDROMES YA QUE ESTOS SON LOS PRINCIPALES FACTORES OCASIONALES.

AUNQUE LAS ALTERACIONES LINGUALES, SON ENTIDADES -- BIEN DEFINIDAS, NO SE HAN PRECISADO EN SU MAYORÍA, CUALES SON LOS FACTORES QUE PREDISPONEN SU APARICIÓN.

DEBIDO A LAS RECIENTES INVESTIGACIONES EN EL CAMPO DE LA MICROSCOPIA, SE HAN PODIDO DETERMINAR LAS DIVERSAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE ESTAS LESIONES, LO CUAL HA CONTRIBUIDO EN FORMA IMPORTANTE PARA SU CLASIFICACIÓN, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

EL CAMPO DE LA TERAPÉUTICA DE LAS ALTERACIONES LIN-

GUALES, ES MUY LIMITADO, DEBIDO A QUE NO TODAS LAS ALTERACIONES LINGUALES REQUIEREN TRATAMIENTO, Y EN OTRAS NO SE HA PODIDO ESTABLECER; PORQUE SU ORIGEN DEPENDE DE MÚLTIPLES FACTORES PREDISPONENTES; SIN EMBARGO, LOS RESULTADOS MÁS EXITOSOS SE HAN LOGRADO CUANDO LAS CAUSAS DE LA LESIÓN SON BIEN IDENTIFICADAS.

## PROPUESTAS Y/O ALTERNATIVAS

DEBIDO A QUE LAS ALTERACIONES LINGUALES SE PRESENTAN PRINCIPALMENTE POR TRASTORNOS SISTÉMICOS, ES INDISPENSABLE ELABORAR UNA DETALLADA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, PARA TRATAR DE DETERMINAR Y CORREGIR EL FACTOR ETIOLÓGICO.

SE REQUIERE DEL AMPLIO CONOCIMIENTO DE LA FISIOPATOLOGÍA DE LOS DIFERENTES APARATOS Y SISTEMAS, EN LA FORMACIÓN DE UN ODONTÓLOGO; YA QUE SON MUCHAS LAS ALTERACIONES BUCALES - CUYA ETIOLOGÍA SE INVOLUCRA EN DIVERSAS AFECCIONES SISTÉMICAS.

CUALQUIER ALTERACIÓN QUE SE PRESENTE EN LA LENGUA DEBERÁ SER ANALIZADA CUIDADOSAMENTE, YA QUE PUEDE DAR LA PAUTA PARA DIAGNOSTICAR AFECCIONES SISTÉMICAS IMPORTANTES.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- GRINSPAIN  
ENFERMEDADES DE LA BOCA  
TOMO TRES  
EDITORIAL MUNDI  
ARGENTINA, 1978.
- 2.- SHAFFER, W. G.  
TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL  
EDIT. INTERAMERICANA  
3A. EDICIÓN,  
MÉXICO, 1978.
- 3.- GORLING, J. R.  
GOLDMAN M. H.  
PATOLOGÍA ORAL THOMA  
EDIT. SALVAT.  
2A. RE-IMPRESIÓN,  
ESPAÑA, 1980.

- 4.- ZEGARELLI, E. V.  
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL  
EDIT. SALVAT  
6A, RE-IMPRESIÓN  
ESPAÑA, 1979.
- 5.- GIUNTA, J.  
PATOLOGÍA BUCAL  
EDIT. INTERAMERICANA  
1A, EDICIÓN.  
MÉXICO, 1978.
- 6.- LYNCH, A. M.  
MEDICINA BUCAL DE BURKET  
EDIT. INTERAMERICANA.  
7A, EDICIÓN  
MÉXICO, 1980.
- 7.- BHASKAR, S. N.  
PATOLOGÍA BUCAL  
EDIT. EL ATENEO  
3A, EDICIÓN.  
ARGENTINA, 1978.
- 8.- FARRERAS, P.  
ROZMAN  
MEDICINA INTERNA  
EDIT. MARÍN, S. A.

9A. Edic.  
MÉXICO, 1978.

- 9.- KULLAA-MIKKONEN A., MIKKONEN M., KOTILAINEN R.,  
ORAL SURGERY, PREVALENCE OF DIFFERENT MORPHOLOGY  
FORMS OF THE HUMAN TONGUE IN YOUNG FINNS,  
FEBRUARY 1982, 5s 3 (2): 152 - 6
- 10.- HARADA Y. GAAFER, H., J. LARYNGOL. OTOTOLOGY,  
BLACK HAIRY TONGUE, JANUARY 1977,  
91 (1): 91 - 6.
- 11.- MASCAR: O J.M., PALAOU, J., FERRANIDO, J.  
BOMB: I, J.A., DERMATOLÓGICA,  
HISTOPATHOLOGY OF THE SABURRAL TONGUE  
1981; 163 (1): 52 - 57
- 12.- LUHN, J. P., DONATH, K. HANEKE, E:  
H N O GERMANY. CHANGES HISTOPATHOLOGY IN ---  
GLOSODINIA. JANUARY - 1981,  
29 (1): 10.