



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Lengua

Enfermedades y Tratamiento

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Carlos Arturo Hernández López

México, D. F.,

1977



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I

A mis Padres:

Sr. Lic Daniel Hernández Morán.

Dedico esta tesis con mi eterno agradecimiento.

Y

Sra. Piedad López de Hernández
Con veneración y como una respuesta
a sus desvelos y sacrificios.

Sinceramente para mis hermanos
y hermanas, en quienes siempre
encuentro ayuda desinteresada.

A mi cuñado y sobrinos:

Mauricio y Edgar

Con estimación al compañero y amigo
Al C.D. Carlos Padilla Ibarra y Familia.

Con respeto y agradecimiento
Al C.D. Rodolfo Villegas C. y Sra.

A mis maestros que me guiaron con sus enseñanzas y sabios consejos.

Al C.D. Victor Díaz Michel

Por su valiosa colaboración y dirección de esta tesis, con todo mi agradecimiento.

Al C.D. Rafael Cruz

Por nuestra amistad.

A Tr

Paty

A la Facultad de Odontología

Con todo respeto a los Señores del
Jurado .

SUMARIO

- I. Introducción.
- II. Descripción.
- III. Desarrollo Embriológico.
- IV. Aspectos Histológicos y Anatómicos.
- V. Fisiología.
- VI. Anomalías de la lengua.
- VII. Enfermedades inflamatorias.
- VIII. Enfermedades infecciosas.
- IX. Enfermedades ocasionadas por agentes o traumatismos físicos o químicos.
- X. Tuberculosis de la Boca.
- XI. Neoplasias Benignas.
- XII. Enfermedades Queratósicas y Pseudoqueratósicas.
- XIII. Neoplasias Malignas.
- XIV. Bibliografía.

I. INTRODUCCION

Las enfermedades de la lengua forman un capítulo de la Patología General, y están representadas por numerosas y variadas entidades clínicas.

En la lengua, como en los demás órganos, los procesos patológicos que la afectan pueden ser: parasitarios, tumorales, degenerativos, metabólicos, o debido a malformaciones congénitas, o daño directo traumático físico o químico.

Es por eso, que la práctica clínica demuestra que los padecimientos de la lengua son de tal manera abundantes y frecuentes que se impone la necesidad de que todo Cirujano Dentista tenga las nociones suficientes al respecto para que al menos esté orientado y no dañe.

Tomando en cuenta lo anterior, y sabiendo de antemano ser incompleto, he tratado de recopilar los padecimientos más frecuentes de la lengua. De ninguna manera pretendo que las descripciones que de ella se hacen sirvan para formar especialistas, sino que el contenido de ésta tesis sólo interia ser de utilidad práctica para quienes necesitan ideas generales de lo indispensable para esta rama de la profesión.

El desarrollo de cada uno de los temas, sigue un estilo sencillo pues se condensa al máximo para hacerlo útil y simple.

Antes de describir los padecimientos tema de ésta tesis, he creído necesario hacer una descripción del estado y funcionamiento normal de éste órgano, para interpretar mejor las variaciones ocasionadas por los padecimientos, por pequeños que estos sean.

II. DESCRIPCION

La lengua es un órgano esencialmente muscular situado en la cavidad bucal, dotado de una movilidad notable que le permite cumplir las diversas funciones que le están encomendadas, principalmente el gusto, la masticación, la deglución, y la articulación de sonidos; se encuentra recubierta por una mucosa que tiene la misma constitución que el resto de la mucosa bucal, con el carácter particular de presentar una hipertrofia considerable de las papilas, y por carencia completa de submucosa.

III. DESARROLLO EMBRIOLOGICO.

El desarrollo embriológico de la lengua se lleva a cabo, durante el segundo mes de la vida intrauterina al nivel del piso de las cavidades bucal y faríngea, por unión de los primeros tres arcos branquiales. A principios del tercer mes in utero, la lengua adquiere una forma más reconocible.

El cuerpo y ápice de la lengua se originan bajo la forma de tres prominencias situadas en la superficie oral de la arcada mandibular. Las prominencias linguales laterales son dos, una a cada lado llamadas; tubérculos laterales; la tercera elevación es impar situada entre los tubérculos laterales, ligeramente por detrás, denominado: tubérculo impar.

La base de la lengua se desarrolla posteriormente a partir de un abultamiento situado en la parte media al que se le conoce como: cópula. El tubérculo impar prominente y grande al principio, pronto se reduce a un tamaño relativo, y al final degenera, casi desaparece, en tanto que los tubérculos laterales crecen sobre el mismo fusionándose en la línea media.

En la parte media, entre los arcos hioideo y tirohioideo, se desarrolla la glándula tiroidea mediante un crecimiento progresivo orientado hacia abajo y adelante. El principio del conduc

to tirogloso temporal está representado por el forámen cecum lingual del adulto. En ésta región pueden desarrollarse quistes del conducto tirogloso.

La musculatura de la lengua, aunque se desarrolla "in situ", deriva de las somitas occipitales y de ahí su inervación por el nervio hipogloso.

IV. ASPECTOS HISTOLOGICOS Y ANATOMICOS.

El cuerpo de la lengua se halla revestido por la mucosa bucal, habiéndose fusionado el tejido conjuntivo de ésta con el perimisio que es una vaina finísima de tejido conjuntivo que rodea al músculo y envía prolongaciones que aíslan los diversos fascículos para formar la llamada aponeurosis lingual. En el cuerpo de la lengua se entrecruzan los haces musculares muy regularmente en las tres direcciones del espacio: se pueden distinguir haces transversales, longitudinales y verticales. Los haces musculares son, en parte, músculos propios de la lengua y por otra parte, provienen de músculos esqueléticos vecinos. El cuerpo de la lengua queda dividido, aunque incompletamente, en dos mitades simétricas por un tabique conjuntivo medio, el septo lingual.

La cara superior de la lengua presenta asperezas y rugosidades de forma variable, siendo en cambio lisa la cara inferior. Podemos distinguir tres regiones diferentes: el dorso de la lengua (con la punta de ésta), la región gustativa y la base de la lengua.

En la mucosa del dorso de la lengua y la región gustativa, existen ciertas eminencias o papilas macróscopicas, que en atención a sus caracteres morfológicos se clasifican en: papilas filiformes, fungiformes, caliciformes y foliadas.

La superficie de la base de la lengua está erizada de protuberancias.

Papilas Filiformes.— Son las más abundantes hallándose extendidas por todo el dorso y punta de la lengua, forman elevaciones en la mucosa, pueden ser delgadas y con una sóla punta. — o bien, gruesas con varias puntas. Están constituidas primordialmente como todas las papilas linguales, por la lámina propia, la cual lleva papilas secundarias (microscópicas). En las prolongaciones epiteliales filiformes se inicia un proceso de cornificación; en efecto, en las células aparecen granos de queratohialina, pero no llega a formarse verdadera substancia córnea. En la superficie de estos filamentos en vías de cornificación se verifica, especialmente en los casos de trastornos digestivos, un activo desprendimiento de células, (lengua saburral).

Papilas fungiformes.— Se encuentran esparcidas entre las papilas filiformes siendo la punta de la lengua el lugar en donde existen en mayor abundancia. Son más delgadas en su base que en su extremidad libre, que tienen forma redondeada o aplanada. Su cuerpo conjuntivo lleva siempre papilas microscópicas, que no llegan a levantar en forma de prominencias la superficie epitelial. — A diferencia de las papilas filiformes, que son blanquecinas, las fungiformes ostentan una coloración rojiza más o menos intensa la cual, es debida al gran número de vasos sanguíneos que contienen.

La región gustativa.— Se caracteriza por la presencia de papilas gustativas (papilas caliciformes y foliadas) y de glándulas cerosas (glándulas de V. Ebner).

Papilas Caliciformes.— Son en número de seis a doce, — están situadas entre el dorso y la base de la lengua, que se unen para formar un ángulo de abertura anterior en cuyo vértice se halla el orificio ciego (forámen caecum). Por su aspecto, podrían pasar por papilas fungiformes grandes y achatadas que están rodeadas por un surco circular bastante profundo (foso). En el fondo de éste surco desembocan las glándulas cerosas. De las dos paredes del foso, que reciben en conjunto el nombre de muralla, una de ellas, la que está en contacto con la papila posee en su revestimiento —

epitelial yemas gustativas, dispuestas en varias filas que circundan irregularmente la papila; también en la pared opuesta de la muralla suele haber yemas gustativas en escaso número.

Las Yemas Gustativas.- Son órganos del sentido del gusto, son formaciones ovoides que atraviezan todo el espesor del epitelio pavimentoso y están integradas por células cilíndricas. En el extremo de la yema hay una depresión o "foseta gustativa", que se abre al exterior mediante un orificio o poro gustativo. En la yema gustativa existen dos clases de células, difíciles de distinguir en las secciones de aquélla: las células sensitivas y las células de sostén. Cada célula sensitiva lleva en su extremo distal una corta prolongación filiforme, que sobresale en la foseta gustativa y siempre se halla en contacto con una fibra del nervio glosofaríngeo. En la región gustativa precisamente en el borde de la lengua, hay a cada lado una papila foliada (atrofiada en el hombre), que consta de varias hojas horizontales, separadas entre si por hondos surcos y en el fondo de éstos desembocan las glándulas serosas, y en las paredes de las hojas residen numerosas yemas gustativas.

Base de la Lengua.- Se caracteriza por tener glándulas mucosas puras (glándulas de Weber) y tejido linfoide bajo la forma de folículos linguales. Cada folículo lingual empuja y levanta la mucosa, de modo que las prominencias de ésta denuncian la existencia de folículos linguales. El folículo lingual se compone de varios nódulos linfáticos fusionados entre sí, y en él existe siempre una depresión, a modo de fosa, tapizada de epitelio: la cavidad folicular. La fusión de los distintos nódulos linfáticos es tan íntima que el número de los que integran un folículo lingual se conoce solamente por el de los centros germinales ahí existentes. En la región de la cavidad folicular se desarrollan de tal manera las actividades emigratorias de los linfocitos a través del epitelio, que éste aparece como desgarrado y no puede distinguirse claramente del tejido linfoide. Los folículos linguales se conocen también bajo la denominación de Amígdala lingual.

Las glándulas de la lengua pueden ser clasificadas en tres grupos principales: 1) un grupo de glándulas salivales mixtas - situadas profundamente en la punta de la lengua, a ambos lados del septo, las cuales son designadas con el nombre colectivo de glándula lingual anterior o glándula de Nuhn. Sus conductos excretores, a diferencia de lo que ocurre en todas las demás glándulas de la lengua, desembocan en la cara inferior de éste órgano; 2) las glándulas serosas o glándulas de V. Ebner de la región gustativa; 3) las glándulas mucosas o glándulas de Weber de la base de la lengua, las cuales no residen solamente en la mucosa si no que, con frecuencia, penetran a bastante profundidad entre los haces musculares.

Músculos de la Lengua

El lingual superior es impar.

	Nacen de huesos	Geniogloso Hiogloso Estilogloso
A). Músculos extrínsecos	Nacen de órganos	Palatogloso Faringogloso Amigdalogloso
	Nacen a la vez de huesos y de órganos vecinos.	Lingual superior Lingual inferior

B). Músculos intrínsecos

Transverso

Glándulas Sublinguales

Aparecen en la octava semana como mamelones sólidos del epitelio que parten del surco comprendido entre el maxilar in--

ferior y la lengua cuando el embrión tiene 24 mm de longitud, -
vierten su secreción en la cavidad bucal por varios conductos.

Localización.- Está situada en el piso de la boca por -
debajo de la mucosa y por dentro del cuerpo del maxilar inferior, -
es la más pequeña de las glándulas salivales de forma elipsoidal, -
aplanada transversalmente y con su eje mayor dirigido de atrás ha-
cia adelante y de afuera hacia dentro.

Esta no tiene celda aponeurótica y se halla envuelta -
por tejido conjuntivo; posee: dos caras, dos bordes y dos extre-
midades.

Cara Externa. Convexa en relación a la foseta sublin-
gual, situada en la cara posterior del cuerpo del maxilar inferior.

Cara Interna. Relacionada con el conducto de Wharton,
nervio lingual, vena ranina y cara externa del músculo geniogloso.

Borde Inferior. Tiene relación con los músculos genio-
gloso y milohioideo.

Borde Superior.- Se relaciona con la mucosa del piso -
de la boca a la que levanta para formar las carúnculas sublingua-
les.

Extremidad Anterior.- En relación con la apófisis geni-
y en contacto con la del lado opuesto.

Extremidad Posterior.- En relación con la glándula sub-
maxilar.

Conducto de Bartholín.- Nace en la parte posterior -
de la glándula, se dirige hacia delante y adentro al lado del con-
ducto de Wharton; este es el conducto más voluminoso.

Irrigación.- Recibe arterias de la sublingual y de la submentoniana y en sus capilares nacen venas que van a desembocar en la vena ranina.

Linfáticos. Nacen en los acinos (lóbulos de la glándula) y van a desembocar a los ganglios submaxilares.

Inervación.- Proceden del lingual y de la cuerda del tímpano, así como, del gran simpático.

V. FISILOGIA DE LA LENGUA.

El órgano anatómico del sentido del gusto, está en el dorso de la lengua, y accesoriamente en los carrillos y la cara bucal del velo del paladar; pero no en el piso de la boca ni en la cara inferior de la lengua.

La mucosa que tapiza el dorso de ésta misma se ha visto como un fragmento modificado de la piel, cuya estructura conserva hasta cierto punto. Incluidos en ella, están los corpúsculos sensitivos que se han modificado en el caso, para convertirse en gustativos, los cuales se distribuyen más o menos uniformemente sobre la cara dorsal, la base y los bordes de la lengua, pero sobre todo en el surco que se encuentra alrededor de las papilas caliciformes y fungiformes.

En cada corpúsculo se unirán dos especies celulares: las células gustativas propiamente dichas, que tienen forma de huso muy delgado en sus dos extremidades, sobre todo en la apical; con núcleo colocado a distintas alturas; pero son tendencia a ocupar la parte central de la célula y un filamento nervioso que termina arborizándose alrededor de la misma, pero sin confundirse con ella. Entre las células gustativas se encuentran las de sostén, que tan sólo desempeñan este oficio con respecto a las demás. Su forma general es la misma aunque un tanto más robusta y sin adelga-

zarse demasiado en las extremidades basal y apical.

El excitante gustativo específico es de naturaleza química, y para que obre, debe estar disuelto en agua y ser soluble en la saliva. Cada excitante de ésta especie, tiene umbral variable, y es susceptible a la fatiga; en el caso, sería la anulación o la - atenuación del sabor correspondiente. La percepción gustativa se - anula con los anestésicos locales; se atenúa con el enfriamiento y - se exalta con la temperatura óptima para cada excitante.

Una condición favorable para apreciar los sabores es - el acto de paladear, que consiste en aplicar la lengua reiteradas veces sobre la bóveda palatina, lo cual trae como consecuencia la penetración del líquido o de la sustancia disuelta, en los poros gustativos.

Los sabores propiamente dichos son cuatro: dulce, amargo, ácido y salado. No pueden considerarse como tales en sentido exacto los que se han llamado por ejemplo estíptico, que produce - más bien una sensación táctil, y el ardiente, sensación térmica, - así como el llamado sabor térmico o refrescante. Se dice que la - punta de la lengua es el lugar más perceptivo al sabor dulce, la - base de ésta al amargo, y los bordes al ácido; en el resto de la - lengua, el salado. Regularmente, se concede al nervio glossofaríngeo el papel de sensorial para el gusto; pero lo mismo puede desempeñar el nervio lingual, y como el primero se distribuye sobre todo a la base de la lengua, y el segundo a la punta, se podría decir - que el glossofaríngeo es a propósito para transmitir las excitaciones - de lo amargo, y el lingual de lo dulce. Se piensa, así mismo, - que el intermediario de Wrisberg, es el nervio sensorial del gusto, - y Ortega, anatómico mexicano, le concedió exclusivamente dicho - papel descartando por lo mismo al lingual y al glossofaríngeo.

VI. ANOMALIAS DE LA LENGUA.

Aglosia y Microglosia

La aglosia es la ausencia completa de la lengua; la microglosia es la lengua pequeña o rudimentaria. Ambas son anomalías extraordinariamente raras.

La aglosia suele asociarse a otras anomalías del desarrollo, especialmente a las que afectan a las extremidades (Síndrome Aglosia-Adactilia). También ciertos defectos bucales como micrognathia, paladar hendido, labio inferior hendido, y la hipertrofia de las glándulas sublinguales y submaxilares se asocian a las anomalías de la lengua.

Las consecuencias de la aglosia y microglosia son trastornos digestivos por la alimentación, trastornos en el habla, en la dentición y tendencia a enfermedades bucales.

Macroglosia.

La macroglosia es la lengua de gran tamaño. Puede ser de tipo primario o secundario. La macroglosia primaria o congénita, es debida al desarrollo excesivo de los músculos de la lengua, que puede estar relacionada con una hipertrofia muscular generalizada que afecte a todo el cuerpo. La macroglosia secundaria o adquirida es debida a la relajación de la musculatura lingual, cualquiera que sea su base etiológica.

Los trastornos endócrinos como el hiperpituitarismo y la acromegalia con aumento consecutivo de la mandíbula originan la relajación muscular y aumento de tamaño simultáneo de la lengua. La extracción de los dientes del maxilar inferior (o de todos los dientes) también permite la relajación de la musculatura de la lengua ocasionando así su aumento de tamaño.

La macroglosia puede acompañar a los tumores de la lengua, o el aumento de tamaño puede ser por amiloidosis, hipotiroidismo congénito (cretinismo), mixedema infantil, mongolismo y disposición dentellada o festoneada de la lengua.

El tratamiento de ésta anomalía se hace quirúrgicamente por la escisión cuneiforme, con hemostasis cuidadosa seguida de sutura inmediata. La ignipunción no es aplicable pues se ha fracasado frecuentemente.

No todos los tejidos que constituyen la lengua se hipertrofian. Las observaciones microscópicas revelan que éstas se hacen a expensas del tejido muscular o de la ectasia linfática con esclerosis del tejido conjuntivo, aspecto que recuerda la elefantiasis. (Virchow).

El origen linfático es muy reconocido con discusión después de los trabajos de Wegner sobre los linfangiomas, hasta el punto que el linfangioma de la lengua y macroglosia son considerados sinónimos.

Sin embargo, la primitiva concepción del origen muscular no puede ser desechada, pues observaciones recientes no permiten ponerla en duda. Menester es admitir dos variedades de macroglosia: una linfática y otra muscular, que anatómica y clínicamente presentan caracteres tan distintos como para exigir descripciones separadas.

Macroglosia de origen linfático o linfangioma congénito de la lengua.— Es la forma más frecuente. Se encuentran en ella todas las variedades del linfangioma: simple, cavernoso y quístico.

Pueden ser puros o mixtos con alteraciones simultáneas de los vasos sanguíneos y linfáticos (hemolinfagioma).

El linfangioma es generalmente difuso extendiéndose por todo el órgano y determinando la hipertrofia general de la lengua (macroglosia verdadera).

Puede ser nodular, formando tumores circunscritos situados en el dorso o en los bordes de la lengua.

Macroglosia de origen muscular o hipertrofia de la lengua.- Es una variedad más rara, está formada por el aumento del número de fibras musculares, cuyo volumen y aspecto se conservan normales. Puede presentarse asociada con la hipertrofia de otros músculos, siendo el tipo habitual de macroglosia de cretinos.

La macroglosia neurofibromatosa, excepcional, es debida a la proliferación del tejido endo y peri nervioso, sin participación de ningún otro. El aumento de volumen sólo se reconoce por trastornos funcionales que provoca: dificultad en la succión o imposibilidad de deglutir.

La hipertrofia al principio poco aparente progresa y se exagera para hacerse muy grave a la edad de 3 años; la lengua demasiado voluminosa para la boca que la encierra sale frecuentemente y bien pronto no puede entrar mas que con dificultad.

En grado más avanzado el prolapso es permanente; el órgano termina por adquirir grandes dimensiones y forma un verdadero tumor que inmóvil por delante quede del mentón y del cuello. Los dientes gravan sus bordes profundamente, sobre todo en la cara inferior, determinando ulceraciones y a veces, una verdadera estrangulación. Como consecuencia de la presión de los incisivos y caninos inferiores y hasta el mismo cuerpo del maxilar se desvían hacia adelante.

La succión, masticación y deglución son más difíciles y las mordeduras de la lengua son comunes. La respiración normal, pero la fonación está alterada y la pronunciación es a veces ininteligible.

La saliva, abundante fluye fuera de la boca cuando la lengua es procedente. En los caracteres de origen muscular son menos exagerados y los trastornos funcionales más leves.

Etiología .- Es muy oscura . Si la hipertrofia es primord--
 ial o consecutiva al prolapso, a dado lugar a controversias . Parece
 ser que la hipertrofia es inicial y el prolapso es consecutivo, siendo el
 volumen alcanzado lo que la obliga a salir de la cavidad bucal . -
 Ni la herencia ni el sexo parecen desempeñar ningún papel, ésta ano--
 malía es frecuente en los idiotas y cretinos .

Pueden asociarse a la macroquelia; en cuyo caso, su im--
 terpretación es fácil pues la lesión es idéntica se trata de linfagiomias .

Anquiloglosia .

Es la fusión completa de la lengua con el suelo de la bo--
 ca .

La anquiloglosia parcial es la adhesión de la lengua, es--
 una afección más frecuente, es debida a un frenillo lingual corto o -
 a un frenillo insertado a la punta de la lengua, quedando sus movi- -
 mientos limitados en mayor o menor grado dificultando el habla . -
 Al sacar la lengua hacia delante, el cuerpo de la misma se arquea, -
 con la punta dirigida hacia abajo sin poder sobresalir de los incisivos
 inferiores .

Lengua Hendida o Bífida .

Es debida a la falta de fusión de las dos mitades latera--
 les de la lengua durante el desarrollo embrionario . Es una anomalía--
 rara, que suele afectar sólo al tercio anterior de la lengua . Puede -
 ir asociada a una hendidura media que afecta a la mandíbula . Aun--
 que la lengua hendida es de tamaño normal, su función está perturba--
 da, como es natural .

Más frecuente que la verdadera hendidura es la presencia
 de un pequeño surco en la superficie dorsal de la lengua, que repre--
 senta la fusión incompleta de los esbozos laterales del órgano . No es
 rara la inflamación en la base del surco, debido a la acumulación y -
 retención de residuos .

VII. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS.

Glositis Venenata

La reacción de la mucosa lingual a las sustancias llevadas a la boca, o al contacto de la lengua con los labios puede llevar a cabo la formación de zonas irregulares, rojizas y dolorosas. A veces es afectado todo el órgano y con mayor frecuencia resultan involucrados, los bordes laterales y la superficie ventral, pero suele seguir una inflamación y edema de la lengua, con agrandamiento del órgano que hace presión contra los dientes o las prótesis, esto puede ser suficiente para provocar la mordida de la lengua, que llega a ser muy dolorosa, a veces acompaña a ésta reacción, una hipertrofia de las papilas filiformes, lo cual está relacionado con la glositis que causa que las criptas interpapilares se vean repletas de restos. Tratamiento.- En estos padecimientos debe rechazarse la prótesis con distintos materiales.- En todas las circunstancias, cuando se halla producido una infección secundaria, el tratamiento debe tender a reprimirla. Son útiles los colorantes anílicos, así como los colutorios suaves.

Glositis de Hunter

La lengua lisa y atrófica observada en la anemia perniciosa es conocida como glositis de Hunter (1909). Clínicamente está enrojecida y muestra acentuada atrofia de las papilas filiformes, y a partir del curso central pueden irradiar profundas fisuras.

Algunos han deducido una similitud con las enfermedades deficitarias vistas en ausencia del complejo vitamínico B, de donde han sugerido su semejanza con la pelagra. La lengua pelada de Sandwith, de la pelagra presenta similitud con la glositis de Hunter.

La sensación urente lingual en ésta glositis, y el entorpecimiento a veces experimentado son datos muy importantes.

Tratamiento.- La importancia del ácido fólico en el tratamiento de la anemia perniciosa ha sido destacada recientemente. Este es un nombre aplicado a un grupo de componentes del complejo vitamínico B. El extracto de Hígado, durante mucho tiempo el método de tratamiento aceptado, ya no es tan universalmente empleado como en el pasado. Se considera que el ácido pteroilglutámico es otro de los medicamentos satisfactorios. Es un compuesto sintético que produce gran mejoría del estado general del paciente, pero que no impide las alteraciones secundarias del sistema nervioso central.

Lengua Aframbuesada.

Una inflamación intensamente aguda afecta la faringe y se extiende a los pilares anteriores de las fauces y del paladar blando, la reacción es sumamente dolorosa y produce extrema dificultad en la deglución. La lengua suele ser la primera afectada en una glositis grave y luego se recubre con un manto superficial. La saliva es viscosa y el paciente se muestra gravemente enfermo. La lengua ofrece un interés especial por su aspecto denominado de lengua aframbuesada. Esto se relaciona con la acumulación de líquido (edema) en los tejidos blandos más profundos, que hace que las papilas fungiformes principalmente, se proyecten hacia fuera. La dilatación del poro central de las papilas crea una zona blanquecina reducida; y todo esto, distribuido por puntos en el dorso de la lengua da el aspecto de una frambuesa.

A veces se forma una pseudo membrana de color amarillento. Las reacciones bucales son principalmente secundarias y se relacionan con la acción de microorganismos invasores.

Leucoplasia Bucal

Se ha llamado también psoriasis bucal y ptosis lingual; - está caracterizada por un grupo de lesiones crónicas manifestadas por

la formación de placas blancas debidas a la hiperqueratinización de la capa epitelial de la mucosa transformada en epitelio pavimentoso-estratificado.

Etiología.— La leucoplasia bucal es una afección casi especial del hombre de la edad adulta. Resulta siempre de la irritación repetida de la mucosa. Entre los irritantes locales más importantes está el tabaco.

Entre la diátesis que favorecen la aparición de éstas placas se citan en primer lugar al artrismo, la diabetes, las dispepsias y los estados neuropáticos.

Hay una relación estrecha entre sífilis y la aparición de la leucoplasia, pues la mayoría de los leucoplásicos son sifilíticos en proporción del 65%. Se ha dicho que la leucoplasia lingual es una variedad particular de glositis superficial sifilítica.

Síntomas.— Se presenta casi siempre en forma de focos múltiples; excepcionalmente se observa una sola placa. En tres regiones de la boca se localiza con más frecuencia: en la lengua, que puede ser invadida en su totalidad, pero con más frecuencia la parte anterior y media de la cara dorsal y al nivel de sus bordes y de la punta; la cara mucosa de los labios, y sobre todo, del labio inferior; la cara interna de los carrillos a nivel de la comisura labial, afectando entonces la forma de un triángulo, cuya base corresponde al intervalo que separa los dientes de los maxilares.

El aspecto de las placas nacaradas de la comisura es característico. En el resto de la mucosa bucal, encías, bóveda y velo del paladar, piso de la boca, faringe, se pueden encontrar las placas pero son mucho más raras.

Generalmente antes de que aparezcan las placas blancas, la mucosa presenta un aspecto liso y brillante, una coloración eritematosa difusa o circunscrita, que a la larga tiene un aspecto grasoso-

debido a la tumefacción de las papilas, (generalmente este estado se observa poco, pues los enfermos no acuden al médico sino cuando las placas ya están perfectamente constituídas). El aspecto de estas placas es característico de un color blanco brillante, de forma y extensión variable, de reflejos azulados o nacarados, con el tiempo desaparecen y toman un color gris opaco.

Después las placas se engruesan y endurecen y aparecen como en relieve, sobre las partes sanas toman una consistencia apérgaminada, consistencia que aumenta con la esclerosis de la dermis. La superficie de la placa es habitualmente lisa, otras veces surcada de grietas que dibuja mosaicos poligonales. En las placas más antiguas y sospechosas de transformación maligna, el epitelio grueso y córneo forma salientes irregulares, duros, ásperos, etc. Estas grietas son el sitio de verdaderas ulceraciones lineales, que pueden ser el origen de la transformación maligna. Es frecuente que el enfermo se da cuenta de ella hasta que la mucosa se ulcera en el fondo de los surcos, debido a los dolores que provoca el contacto de los cuerpos irritantes, alcohol, vinagre, tabaco, etc., pues los movimientos son poco dolorosos y los dolores espontáneos no existen.

Anatomía Patológica.- La mucosa se altera tanto en su epitelio como en su corión. La capa córnea superficial del epitelio es muy gruesa, formada de líneas superficiales, de celdillas aplastadas en sus capas más superficiales, y cuyas capas profundas demuestran la presencia de eleidina, substancia que no existe normalmente en la mucosa bucal y que cuando existe se presenta en forma de granos diseminados en el protoplasma. Abajo de la capa córnea se presenta una capa celular gruesa que no existe en la capa normal.

Diagnóstico.- La blancura brillante de la placa, la frecuencia de la enfermedad, la multiplicidad de las placas en el mismo individuo hacen el diagnóstico relativamente fácil. La confusión con las placas mucosas de la sífilis secundaria no es posible, pues las placas tienen una forma arredondada, ausencia de induración, aureola congestiva que las rodea, posibilidad de despegar el exudado que

las cubre y la coexistencia de otros síntomas de sífilis hacen el diagnóstico fácil. Pero lo importante del diagnóstico de la leucoplasia - no es propiamente el confirmar su presencia, sino el de sorprender - el principio de la transformación maligna; conviene siempre que se - sospeche un principio de degeneración recurrir al examen anatomopa-
tológico para lograr nuestro objeto.

Tratamiento.- Precauciones higiénicas que con el uso - de tópicos enérgicos se llevan a cabo, proscribir el uso del tabaco, - el alcohol, las especias; recomendar una estricta limpieza de boca; - prescribir lavados calientes repetidos con agua alcalinizada. Nunca usar el nitrato de plata y menos otros caústicos enérgicos, pues pare-
cen tener una gran influencia en la degeneración maligna de estas - placas.

Si la sífilis se confirma en el enfermo, las inyecciones - de sales mercuriales (biyoduro), el uso del bismuto, fuertes dosis de - yoduro, el suministro por vía local y general de antibióticos, general-
mente favorecen la transformación de la placa y pueden, cuando - están íntimamente relacionadas con la sífilis, mejorar. Se ha propues-
to la decortización de la lengua por el galvanocauterio; sobre todo, debe aconsejarse este método precozmente cuando se sospeche dege-
neración maligna.

Glositis Romboidea Mediana.

Consiste en placas localizadas en el dorso, por delante - de las papilas caliciformes. Las placas suelen ser aplanadas o ligera-
mente elevadas, de color rosado o rojo rosado y desprovistas de papi-
las filiformes. Destacan especialmente cuando el resto de la lengua es saburral.

Esta anomalía es debida al aprisionamiento del tubérculo impar que suele retraerse hacia abajo, entre las dos mitades laterales de la lengua cuando éstas crecen y se fusionan. Su incidencia es - inferior al 1% y no existen diferencias de sexo, ni raza.

Glositis Parenquimatosa.

Es una enfermedad que se encuentra excepcionalmente, - y casi tan sólo en el hombre, en la edad adulta y durante el invierno. Se atribuye generalmente al enfriamiento general del cuerpo, o al - limitado a la boca, y con menos frecuencia a la acción de sustancias irritantes como el alcohol y el tabaco. Puede también ser causada - por traumatismo consecutivo a enfermedades infecciosas. Strumpell - cree que siempre es debida a la penetración de gérmenes, y que se - efectúa por escoriaciones superficiales de la lengua.

Sintomatología.- Se inicia unas veces por malestar ge- - neral, dolores musculares y ligera calentura. Comienza por dolor - en los movimientos de la lengua, el cual invade también los músculos masticadores y los del cuello. Hay aumento rápido de volumen de la lengua, que puede en un día duplicar o triplicar sus dimensiones, lo - cual la obliga a quedar fuera de la boca, la superficie del órgano - está saburral, y si se quita el barniz de ésta, está lisa y violada, pe- - ro algunas veces está seca, agrietada y aún con placas gangrenosas.- Es más común que se formen abscesos chicos, que se abren y vacían - después en distintos puntos de la superficie de la lengua. Hay siem- - pre fiebre moderada.

La lengua tan crecida, inmóvil y dolorosa, imposibilita - la pronunciación de las palabras y la deglución, y dificulta la respi- - ración. Existe sialorrea o hinchazón de las glándulas salivales y - ganglios linfáticos. Evolución.- Por salivales y ganglios linfáticos. Evolución.- Por fortuna se hace de ordinario en sentido de la cura- - ción y termina la dolencia en tres o cinco días, habiéndose abierto - algunos abscesitos y disminuyendo de volumen la lengua, en cuya su- - perficie hay ulceraciones o escoriaciones que van cicatrizando.

Además, se ha visto la resolución incompleta de la fleg- - masía, que entonces pasa al estado crónico, quedando la lengua - algo crecida y dura; la gangrena extensa del órgano; la supuración- - difusa; la propagación de la inflamación al tejido celular del cuello;

la septicemia, y complicaciones broncopulmonares por penetración - de productos sépticos por la laringe; pero todas estas terminaciones - son mucho menos frecuentes que la resolución.

Puede presentarse localizada a una parte de la lengua, - generalmente la base o una mitad (hemiglotis).

Diagnóstico.- Para establecerlo solo hay que tener pre- sente que las lesiones sublinguales pueden levantar y proyectar la - lengua para delante, haciendo creer que está inflamada, y que por es- to se ha equivocado el diagnóstico en caso de ranilla aguda, obstruc- ción glandular por el cálculo salival, etc. Es pues, preciso examinar siempre el piso de la boca, también es necesario observar atentamen- te la lengua, pues es fácil creer en glositis total, cuando solo se tra- ta de lesión de la base de una mitad.

Pronóstico.- Es variable pero benigno en la mayor par-- te de los casos, si se sabe intervenir. Es más benigno en la glositis - parcial, sobre todo en la unilateral, que según Guéneau de Mussy, - sería más bien un edema agudo consecutivo a neuritis.

Tratamiento.- Se aconseja usar, en los casos ligeros, - colutorios, astringentes y antisépticos en la lengua, y revulsivos, y - en los casos intensos hacer una profunda incisión en cada mitad de la lengua, como a dos cm. de la línea media. Si se diagnóstica algún absceso, (son comunes en la glositis de la base), se abrirá; actualmen- te el uso local y general de los antibióticos prestan servicios utilísi-- mos.

Glositis Losángica media.

Blocq describió una forma particular de glositis crónica - descamativa caracterizada por la presencia, en la cara dorsal de la - lengua por delante de la V lingual, de una superficie losángica mame- lonada de eje mayor anteroposterior, indurada o amarillenta. La le- sión histológica consiste en una infiltración moderada de la dermis y

un espesamiento del cuerpo mucoso de malpighi (hiperacantosis).

La etiología de ésta afección es completamente desconocida.

Glositis Aguda.

La lengua se inflama considerablemente haciendo muy difícil la masticación y la deglución. Generalmente es debida a un traumatismo o a una infección. Es necesario tomar medidas enérgicas y hacer incisiones en las caras laterales de la lengua con el objeto de aliviar los síntomas agudos.

Glositis de Moeller.

También llamada glosodina exfoliativa. El paciente se queja de una área dolorosa bien definida, pero al examinarlo se encontró el epitelio de la lengua en estado normal. Raras veces hemos observado las áreas rojas bien definidas. El problema consiste en determinar cuándo es una enfermedad distinta o cuándo pertenece al grupo de las neuralgias atípicas.

Subglositis Difteroide.

Ha sido llamada también enfermedad de Riga o enfermedad de Fade y aparece en los niños después de los primeros seis meses de vida, después de la erupción de los incisivos inferiores, y se presentó con más frecuencia en la clase pobre.

Se caracteriza por una saliente papilomatosa dura cubierta de un exudado gris difteroide, muy adherente, que se sitúa sobre el freno de la lengua y que desborda los labios determinando dolencias a la succión y acompañada de una ligera salivación. En casos más serios el saliente es más voluminoso, duro y vegetante, con ulceración bastante profunda, de fondo difteroide, seudemembranoso, pudiendo alcanzar las dimensiones de una moneda; se acompaña con

frecuencia de gastroenteritis que pueden traer la muerte; pero se admite generalmente que éstos síntomas generales se deben más a enfermedades concomitantes que a septicemias de origen lingual. La enfermedad cura en pocos días.

Desde el punto de vista anatomopatológica, existe una úlcera cubierta de falsa membrana fibrinosa, alrededor de la cual la mucosa sufre un proceso de hipertrofia, por lo que para uno se trata de un papiloma, en tanto que para otros es un glanuloma infeccioso y para otros un proceso inflamatorio simple desarrollado alrededor de la úlcera dentaria. La naturaleza de la afección es para algunos una infección específica que puede traer fenómenos generales graves, y para otros una lesión mecánica local por frotamiento de la lengua contra los incisivos.

Tratamiento.- Cuidados antisépticos y cuando existe la pseudomembrana, tocar con yodo o nitrato de plata la ulceración; si el caso es grave, se permitirá la extracción de incisivos y la ablación quirúrgica de la lesión acompañada del suministro por vía local y general de antibióticos.

Lengua Geográfica.

Se describe con este nombre una inflamación de la mucosa lingual. Se presenta con más frecuencia en la juventud y en la vejez, más en los niños atrepticos, portadores de sífilis congénita, así como en los viejos caquéticos. Tiene una gran relación con la dispepsia gastrointestinal y con la constipación.

Sintomatología.- Según los casos se tiene una placa desamativa que va creciendo más y más del centro a la periferia; o bien, es un conjunto de placas similares, diseminados sobre el dorso de la lengua y más fáciles de observar, ya que resaltan más sobre el barniz sabutral que recubre todo el dorso de la lengua.

Se observan frecuentemente tres formas según la disposi—

ción del área de descamación: 1)Descamación epitelial geográfica, -
propia mente dicha; 2)Descamación epitelial festoneada; 3)Descama-
ción epitelial liquenoide.

Las perturbaciones funcionales son poco marcadas, un po-
co de molestia en los movimientos de la lengua, sobre todo en las -
personas nerviosas; una sensación poco marcada de quemadura, cuan-
do se toman alimentos ricos en especias, o cuando se hace uso del ta-
baco, de bebidas heladas o muy calientes, ni salivación exagerada,-
ni infarto ganglionar, ni reacción febril, ni mal olor de la boca.

La afección evoluciona por accesos durante ocho o quince
días; afectan las placas de descamación formas muy diversas, se ex-
tienden en todos los sentidos, curan en seis u ocho días en un lugar, -
para reaparecer a lado y durante su conjunto meses y años dando a -
la lengua un aspecto tal que ha hecho que se le de el nombre de len-
gua escrotal. Se trata de una afección, tenaz y rebelde; las recidi-
vas son frecuentes con la influencia del menor irritante bucal. No-
es microbiana, es de reproducción rápida.

Tratamiento.- Los cuidados de la boca se imponen desde
luego; se evitará el uso del tabaco, el alcohol, alimentos especia--
dos y se eliminarán caries y restos radiculares; se cuidará el régimen-
alimenticios y se evitará la constipación. En los casos de sífilis -
comprobada se instituirá el tratamiento respectivo, se investigará si no-
hay causa alérgica de contacto que la provoque. Como tratamiento -
local se han recomendado colutorios de ácidos Bórico, toques de áci-
do láctico y también como tratamiento general y local se han recomen-
dado los arsenicales, así como localmente antibióticos y las corrien-
tes de alta frecuencia.

Leucoplakia



Leucoplakia of the tongue



VIII. ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Lengua Negra.

Se trata de una distrofia local bajo la dependencia de una telangiectasia del corión y del eje conjuntivo de las papilas con la influencia de ésta vascularización excesiva, hay hipernutrición de las celdillas epiteliales, se multiplican, se hipertrofian y se queratinizan.

En cuanto a la coloración negra, recide en la substancia fundamental intercelular, que es de color amarillo café o negro, formada de granulaciones múltiples donde se encuentran restos de laminitas córneas coloreadas por las substancias que llegan a la cavidad bucal del exterior, ayudadas por gran número de microbios que existen normalmente en la boca.

Esta enfermedad se encuentra en los ancianos, donde las perturbaciones circulatorias son frecuentes; excepcionalmente puede verse en los niños y a veces se le ve en ellos en forma congénita.

Sintomatología.- Es por azar como se descubre ésta enfermedad; apenas un poco de sequía de la boca o de empastamiento de la lengua, a veces pérdida del sentido del gusto y perversión de él; todos los alimentos azucarados o salados tienen para estos enfermos el mismo sabor.

Por el examen físico, en el dorso de la lengua y adelante de la V lingual aparece un tapiz de pelos negros desviados irregularmente a uno y otro lado. Estos pelos, que no son sino papilas hipertrofiadas, examinadas en su base, son blanquecinas; no llegan a ser negras sino en su extremidad, algunas veces gris sucio y otras de coloraciones diversas, pues se han visto verdes.

Es una enfermedad que dura muchos meses, a veces años y que no se complica ni molesta en lo absoluto.

Tratamiento.- Sin olvidar la antisépsia rigurosa de la boca, el único tratamiento capaz de extirpar estas vellosidades es el raspado de ellas con cucharilla cortante y seguido de galvanocauterización; pero dada su inocuidad a la edad en que aparece no es indispensable el tratamiento.

Liquen plano de la lengua.

Las lesiones son en forma de gota plateadas características, diseminadas por el dorso de la lengua.

Cuando el liquen plano ataca la lengua, el cuadro clínico característico es la formación de placas de color plateado, también se encuentran pápulas discretas semejantes a la madreperla.

Infecciones sublinguales.

Por lo común estas infecciones resultan de infección dental o periodontal del maxilar inferior si se extiende al lado lingual de la mandíbula, se forman por encima del músculo milohiideo y pueden afectar los espacios intermusculares de la lengua.

Sintomatología.- En la parte posterior de la boca se pueden ocupar el espacio entre la mandíbula y el músculo hiogloso. Anteriormente se forman debajo de la parte libre de la lengua y se pueden extender al otro lado, porque aquí no hay separación de los dos espacios en la línea media. El absceso sublingual causa visible tumefacción del suelo de la boca empujando la lengua hacia un lado o hacia atrás. La respiración y la deglución pueden estar restringidas. A veces se extienden posteriormente al espacio faríngeo, o pasa al espacio submaxilar por la perforación que hace la glándula submaxilar en el músculo milohiideo.

IX. ENFERMEDADES OCASIONADAS POR AGENTES O TRAUMATISMOS FISICOS O QUIMICOS.

Lengua Fisurada .

Está caracterizada por una fisura mediana con surcos que salen en sentido lateral variable, pero suelen encontrarse dispuestos simétricamente .

Lengua Escrotal .

También es llamada Glositis disecante, no es más que una variante de la anterior, con surcos más numerosos pero menos profundos, que dan a la lengua un aspecto arrugado .

Tanto la lengua fisurada como la escrotal no son anomalías de desarrollo puras ya que su incidencia aumenta con la edad . Las papilas de ésta lengua se hipertrofian con frecuencia . La afección no trae consigo ninguna perturbación funcional y persiste durante toda la vida .

Los factores etiológicos que la originan son: irritación crónica y deficiencias nutritivas .

Solo cuando los surcos llegan a irritar se les da importancia .

El tratamiento se reduce a la higiene bucal para evitar las infecciones a que da lugar .

Sprue o Psilosis (Diarrea o Disenteria tropical).

Es una enfermedad crónica de los países tropicales y subtropicales, pero se presenta esporádicamente en casi todo el mundo, de origen desconocido y caracterizada por ulceraciones de la membrana mucosa de la boca y de la lengua, por diarrea, por anemia

y caquexia, por su larga cronicidad y por su tendencia a las remisiones más o menos duraderas.

Etiología..- Desconocida, las personas atacadas por ella tienen antecedentes de haber vivido en paices tropicales; ataca con más frecuencia a los europeos que a los nativos.

Síntomas..- Comienza con diarrea, la membrana mucosa de la boca y lengua presentan erosiones, las encías son dolorosas, - anémicas y con úlceras aftosas, acompañado de abundante salivación; las papilas de la lengua desaparecen dejando áreas ulceradas y vidriosas. Esta misma clase de úlceras se encuentran en la mejillas. El paciente entra en estado de extenuación, debido a la imposibilidad de masticar sus alimentos. Las deyecciones son de color blanquecino, espumosas y fétidas. Las alteraciones patológicas de la sangre indican una intensa anemia secundaria, los pacientes se vuelven irritables y apáticos. Para establecer el diagnóstico es necesario encontrar las lesiones de la lengua.

Tratamiento..- Algunos autores recomiendan una dieta láctea estricta; otros dieta de carne, y algunos régimen a base de frutas. Se aconseja especialmente comer fresas entre las comidas. Los lavados antisépticos de la boca tienen algún efecto terapéutico.

Lengua Dispéptica.

Es una lengua cubierta de una capa de color blanco grisáceo.

Hemiplejia de la lengua.

La lengua se desvía hacia un lado de la línea media debido a una glosoplejia unilateral por lesión del nervio glosofaríngeo.

X. TUBERCULOSIS DE LA BOCA.

La tuberculosis de la boca es casi siempre secundaria a una tuberculosis pulmonar y se traduce por ulceraciones tuberculosas, que no son sino el resultado de la evolución de los tubérculos miliares. Tiene por sitio de predilección la lengua, la farínge, el istmo de la garganta; la lesión puede ser única o múltiple y puede presentarse en formas variadas.

La tuberculosis de la lengua reviste dos formas principales: el tumor y la ulceración. El tumor, llamado goma tuberculosa, tuberculoma lingual o absceso frío tuberculoso, es un tumor blando, no doloroso que hace saliente en la superficie de la lengua y que puede alcanzar al volumen de una cereza o de una nuez. El diagnóstico con el sifiloma lingual es bastante difícil en este período. Las ulceraciones tuberculosas de la lengua son más frecuentes y ocupan por orden de frecuencia la punta, la cara superior y la cara inferior de ella. Al principio de su desarrollo se percibe sobre la mucosa una mancha amarillenta, arredondeada, donde el epitelio ha caído, resultando una pequeña ulceración que lentamente gana en superficie y en profundidad y no es raro ver que comience en forma de una grieta, determinando en los bordes de ésta una verdadera hipertrofia de las papilas.

Cuando la ulceración está constituida se caracteriza por sus bordes festoneados, el fondo está cubierto de un moco gris sucio que al quitarlo deja una superficie desigual de un color gris amarillento. Alrededor de la ulceración se encuentra frecuentemente un verdadero sembrado de puntos amarillentos, que no son otra cosa que pequeños abscesos militares subepiteliales, conglomeración de folículos tuberculosos que tienen la constitución del tejido tuberculoso que a su vez, se ulcera y más tarde se confunde con la úlcera principal. Por el examen histológico de estas ulceraciones cuando se hace una sección que pase por la úlcera, se ve que las partes gemantes de la úlcera están formadas por tejido embrionario, son yemas carnosas. La superficie de la úlcera está igualmente infiltrada de tejidos embrio-

narios que presentan de trecho en trecho granulaciones tuberculosas más o menos desarrolladas. Estas granulaciones, o mejor estos focos tuberculosos son invisibles a simple vista, se sitúan profundamente en el tejido muscular de la lengua y se les encuentra hasta un centímetro más allá de la superficie de la úlcera.

La ulceración tuberculosa de la lengua es casi siempre única. A medida que pasa el tiempo llega a ser profunda, anfractuosa y excavada, las ulceraciones tienen una marcha lenta y coinciden con la forma crónica de la tuberculosis pulmonar.

Las ulceraciones de la lengua son muy dolorosas, el contacto de los líquidos y de los alimentos provoca dolores intensos, la masticación y la fonación se hacen imposibles. Las ulceraciones tuberculosas de la lengua excepcionalmente se acompañan de infarto ganglionar.

Las úlceras tuberculosas de la lengua, difícilmente se confunde con el chancro sifilítico, pues el chancro no tiene una superficie gris, ni presenta en su fondo granos amarillos, ni está sembrado de puntos amarillos en su periferia, ni es tan doloroso, y se acompaña de adenitis indolora. Con el cáncer tampoco se confunde, pues éste está implantado en una base dura, sus bordes son levantados, sangra con la mayor facilidad y se acompaña igualmente de una adenitis dura y precoz, además de eso, huele demasiado.

El pronóstico de la tuberculosis es serio, pues desgraciadamente para lograr su mejoría o su curación se requieren cuidados tan especiales que solo determinadas personas pueden llevarlos a cabo, y si recordamos que la tuberculosis ataca en una proporción considerable a la gente proletaria de nuestro pueblo, que carece de los elementos indispensables para la vida, comprenderemos porque las estadísticas de los hospitales de todas las capitales arrojan un porcentaje considerable de mortalidad con respecto a tuberculosis.

Diagnóstico.— Cuando hay duda de que sea tuberculosa - una lesión podemos ayudarnos de una serie de reacciones hechas por medio de la tuberculina; las más sensibles son la cutireacción o reacción de Von Pirquet, para lo cual en el brazo aceptizado de un enfermo se hace una escoriación en la parte alta y en la cara externa con una aguja estéril y cuatro dedos abajo se hace una reacción como si se tratara de una vacuna, poniendo una gota de tuberculina; se cubre con una gasa estéril, y a las 24 ó 36 hrs. se observa; si la reacción es positiva se verá que la escoriación hecha con tuberculina es roja intensa y papulosa y aun trae alguna reacción febril, en tanto que la hecha con agua no se ha modificado; cuando es negativa ambas permanecen sin reacción.

La oftalmoreacción o reacción de Calmette se hace poniendo en la conjuntiva de un ojo una gota de tuberculina y en el otro ojo una gota de agua estéril. Cuando la reacción es positiva se observa en el ojo de tuberculina, una congestión intensa y a veces formación de pus, en tanto que en el otro ojo permanece la conjuntiva enteramente normal.

Tomando la orina del enfermo en volumen de 20 cm. cúbicos poniéndole gotas de tintura de yodo se ve que una coloración negra y si se agrega un poco de almidón se ve aparecer una coloración azul por la presencia de yoduro de almidón. En la orina normal el yodo se reduce y no da esta coloración negra o azul obscura.

Estas reacciones hacen el diagnóstico de que existe tuberculosis en el organismo, o mejor dicho, de que el individuo es un tuberculoso, pero no diagnostican el órgano donde está la lesión. El mejor medio para llegar a un diagnóstico cierto es la investigación del bacilo, o mejor de la celdilla gigante que se encuentra con relativa facilidad tomando de un grano amarillento un fragmento.

Tratamiento.— Debe hacerse en dos formas; local y general. El tratamiento local se hará por los medios de desinfección; haremos uso de tópicos de los cuales el que da más resultado es el ácido

do láctico al 10% y para cuya aplicación se requiere anestesiarse previamente la úlcera, pues es muy doloroso. Podemos hacer uso igualmente cuando la úlcera sea única del galvanocauterio, de la electrocoagulación, etc.

El tratamiento general requiere de reposo absoluto tanto físico como mental, este reposo absoluto se realiza por la permanencia en el lecho o sobre un chaiselonge al aire libre, un poco de lectura, unos cuantos pasos bastan para aumentar la fiebre, es por lo que se exige reposo absoluto. La cura de aire consiste en poner al enfermo al aire libre, tanto en el día como en la noche; pero siempre evitarle enfriamientos.

Sobrealimentación.- Mientras las funciones gastrointestinales lo permitan, debe ser abundantes, y debe ser un régimen de engrasamiento, deberá comer mucho sin llegar a la indigestión. Los regímenes que aconsejan los autores de alimentos en cartabon fracasan con frecuencia, pues a pocos días han hastiado al enfermo y obligarlo a ello es ir al fracaso. Si el enfermo no tiene apetito, el médico se encargará de descubrir los alimentos que lo provoquen, pero siempre suave y progresivamente. En general, se le aconsejara hacer tres buenos alimentos al día, la bebida más recomendable es el Té, ligeramente alcoholizado o con leche o bien con un poco de agua de Vichy; la cerveza. Los alimentos, carnes blancas, pescado, huevos, caldos, mantequillas, pures, leche, quesos etc.

El tratamiento medicamentoso, consiste en arsenicales y hierro-yodo se llevará a cabo a base de estreptomycin que nos presta valiosa ayuda.

XI. NEOPLASIAS BENIGNAS.

En la boca como en los maxilares pueden presentarse - neoplasias benignas, de gran variedad de tipos celulares, entre ellas - se encuentran, el lipoma (células grasas), el fibroma (fibroblastos), - papiloma (epitelio escamoso), adenoma (células secretoras), mixoma - (células embrionarias), osteoma (células óseas), y condroma (células - cartilaginosas). A veces se han encontrado neoplasias benignas más de un tipo de células, como el fibrolipoma o el osteofibroma.

Es necesario que el médico comprenda bien la naturaleza e importancia de las neoplasias y que las diferencie de los problemas inflamatorios (granulomas). Diagnóstico de las neoplasias benignas. - En muchos casos, se establece gracias a sus caracteres clínicos específicos, la identificación del tipo celular específico es muy difícil, - por no decir imposible.

El médico experimentado puede reconocer el fibroma - cuando su cuadro clínico es de "libro", es decir una masa redonda - prominente, pedunculada, color rosa pálido y de consistencia dura y de forma parecida puede diagnosticar los hemangiomas y papilomas, - por el aspecto blanco grisáceo verrugoso del segundo y color rojo púrpura del primero.

Hay que tomar en cuenta, que algunas neoplasias no tienen ningún aspecto característico, como ocurre en el fibrolipoma, - adenoma, mixoma y otros. La sola diferenciación de una neoplasia - benigna, independientemente del tipo celular de una maligna prepara el próximo paso diagnóstico.

Generalmente, la actuación habitual en las neoplasias - benignas consiste en la eliminación del tumor y se somete la muestra quirúrgica a un estudio microscópico para establecer el diagnóstico - definitivo.

Carcinoma Lingual.

Suele ser más maligno que el labial o yugal, y cuanto más próximo a la porción o en piso de boca más pobre su pronóstico, en esta localización son comunes en los hombres y son consecutivos a glositis crónicas, leucoplasias y úlceras de larga data. La induración es con frecuencia la primera modificación observada; la ulceración aparece más tarde, pero la queratosis es más marcada a veces en el carcinoma lingual que en otras zonas de la boca. El paciente experimenta una dificultad para comer y hablar, a causa de la presencia del tumor en el tejido muscular y por la presión sobre los nervios sensoriales y motores. Como resultado, se tiene la aparición temprana del dolor, que a menudo es muy severo al oírlo y exagerado durante la deglución, también los ganglios linfáticos regionales resultan involucrados.

Tratamiento.- Recúrrase a la cirugía o a la radiación.

Tiene pronóstico muy pobre.

Fibroma.

Es la neoplasia benigna de la boca más frecuente.

Se presenta en personas de ambos sexos y todas las edades, puede proceder de cualquier tejido blando de la boca aunque generalmente se encuentra en la mucosa bucal en la lengua o en las encías.

Aspecto Clínico.- Es una masa prominente de tamaño variable, que va de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. De superficie lisa y de forma curva simétrica redondeada, ovalada o elíptica. De base sésil pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes. Color parecido al de los tejidos contiguos o algo más pálido. Consistencia: semisólida o dura, también pueden encontrarse fibromas blandos. Se puede desplegar con facilidad sin alterar los tejidos que lo rodean.

Histología.- Consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización también varía desde un pequeño número de capilares hasta una gran capilaridad.

Tratamiento.- Extirpación total.

Pronóstico.- Suele ser excelente. A veces se encuentran recidivas, pero se deben generalmente a una extirpación defectuosa.

PAPILOMA.

Muy frecuente en la boca, formado por epitelio escamoso, se encuentra por igual en ambos sexos, y en personas de todas las edades.

Aspecto Clínico.- Suele tener las características de la mayoría de las neoplasias, benignas, pero sus caracteres más importantes y diagnósticos con su color gris o blanco grisáceo y su superficie verrugosa que hace pensar en la superficie de una coliflor.

Por lo general es una masa única o aislada de tejido anormal que hace prominencia en los tejidos orales.

Histología.- Formado principalmente por una hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada, parecida a un árbol, generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

Tratamiento.- Extirpación total, generalmente con amplio margen de tejido libre para evitar residivas.

Pronóstico.- Se ha escrito mucho en relación a la naturaleza premaligna y sobre su potencial de transformación en un carcinoma, pero esta malignización es muy rara.

ANGIOMA

Un paciente de 72 años de edad, tenía antecedentes de haberse mordido accidentalmente la lengua 7 años antes.

En el examen clínico se observó una neoformación de color azulado, de consistencia blanda, abultada, del tamaño aproximado de una canica situada en las porciones anteriores y lateral de la lengua. Estaba perfectamente bien circunscrita de los tejidos y era indolora. Cuando se hacía la compresión desaparecía el tumor, para reaparecer rápidamente y recobrar su forma original. El diagnóstico clínico fué de angioma cavernosa de la lengua, el cual se confirmó con el diagnóstico anatomopatológico.

HEMANGIOMA

Es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada sobre todo por células endoteliales. Se ve con mucha frecuencia en la boca, en la lengua, en la mucosa bucal, en la mucosa labial o en el vermilion del labio. Aunque los hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos son congénitos, presentándose en el momento de nacer o muy poco después. A veces, estos últimos presentan un crecimiento activo durante semanas o meses, pero luego se estacionan, regresan e incluso desaparecen. Los hemangiomas se pueden presentar de dos tipos: Capilares y cavernosos.

El Capilar es más frecuente, suele ser una masa de tamaño pequeño o moderado, algo elevada, bien limitada de color púrpura intenso, o azul oscuro y de consistencia blanda. A veces, al comprimir el tumor puede vaciarse su contenido sanguíneo causando con ello la palidez del tumor; al retirarse la presión puede verse como la sangre llena otra vez el tumor. Este único dato ya es muy sugestivo de hemangioma y lo distingue rápidamente de las otras lesiones de aspecto parecido.

El Cavernoso.- Es casi siempre de origen congénito, sus localizaciones más frecuentes son en la lengua y mucosa bucal. Es mucho mayor que la variedad capilar y su diámetro varía desde 2 o más cm. Se presenta como una masa prominente grande, redondeada, de color púrpura o azul claro, de consistencia blanda o semisólida. A veces aparece como una placa plana o poco elevada de color púrpura intenso o azul que se extiende por encima de la mucosa bucal o de la parte dorsal de la lengua.

Historias Clínicas.- De los hemangiomas capilar y cavernoso son parecidas, ya que ambos datarán de años y apenas habrán signos de crecimiento continuado.

Histológicamente.- El capilar consiste, en numerosos capilares pequeños limitados de endotelio; La variedad cavernosa consiste en grandes y dilatados vasos de paredes delgadas limitados también por epitelio. Los espacios vasculares suelen estar llenos de sangre a veces se observa el líquido linfático.

Tratamiento.- Los métodos más utilizados consisten en la extirpación quirúrgica, en la electrocauterización y en la extirpación de líquidos esclerosantes, puede preferirse un tratamiento con radioterapia cuando se trate de niños pequeños, también depende mucho del tamaño del hemangioma.

Lipoma

Es una neoplasia benigna compuesta por células grasas maduras. Es un tumor relativamente raro en la boca, se localiza en la mucosa bucal en los pliegues mucobucales, en la lengua e incluso en la encía.

Se presenta como una masa blanda única, pequeña, bien limitada, prominente, con un color amarillo pálido característico.

Algunos lipomas contienen una cantidad de tejido conjuntivo fibroso, lo que contribuye también a que su aspecto clínico recuerde también el del fibroma; estos tumores se llaman muchas veces fibrolipomas.

Histológicamente el lipoma consiste en una masa bien circunscrita de células grasas maduras con una cantidad variable de matriz de tejido fibroso.

Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica.- Muy pocas veces hay recidivas.

Linfagioma

Está compuesta de vasos linfáticos, es mucho menos frecuente que el hemangioma, aunque también afecta a la lengua y a la mucosa bucal, mucho más que a otros tejidos bucales, en la mayoría de los casos es congénito.

Tiene un aspecto clínico característico, presentándose como una lesión difusa, ligeramente elevada, cuya superficie la forman en su mayor parte numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de líquido, que se parecen mucho a las ampollas. La lesión es de varios colores, el tinte azul pálido de las ampollas mezclado con el color rojo del tejido tumoral restante. La palpación muestra generalmente una masa de consistencia firme.

Histológicamente.- El tumor consta de numerosos linfáticos, dilatados limitados por células endoteliales y que contienen linfa; a veces están llenos de sangre.

El tratamiento.- Consiste generalmente en la extirpación quirúrgica.

Neoplasias Benignas Diversas.

En los tejidos blandos de la boca tienen lugar muchos otros tipos histológicos de neoplasias benignas, pero no tiene demasiado objeto hacer una descripción clínica detallada de las mismas. Entre ellas se encuentran: El adenoma, los miomas, el mioblastoma de células granulares, el mixoma, el neuroma, el neurofibroma, el neurilemmoma, el oncocitoma, el cistadenoma papilar y otros. Además muchas veces se encuentra una combinación de los distintos tipos de neoplasias benignas, como es el fibrolipoma o el fibroadenoma, el fibroma osificante y el fibromixoma. No solo son mucho menos frecuentes que los fibromas papilomas y los demás descritos sino también, lo que es mucho más importante, desde el punto de vista diagnóstico, su aspecto clínico puede no ser característico, específico o incluso sugestivo de su tipo histológico, más a menudo su aspecto clínico se parece mucho al fibroma, por lo que el diagnóstico exacto se realizará solo por medio del estudio histológico.

El tratamiento que se recomienda es la extirpación quirúrgica.

XII. ENFERMEDADES QUERATOSICAS Y PSEUDO-- QUERATOSICAS.

Los términos enfermedades queratósicas y queratosis - se han utilizado comúnmente para designar un grupo de enfermeda- des, cada una de las cuales es distinta a las demás, pero todas - están relacionadas por tener al menos una característica común, - son lesiones no móviles de color gris o blanco grisáceo su blancu- ra característica se debe a la queratina.

Hay muchas enfermedades queratósicas, entre las que - se encuentran: Hiperqueratosis, leucoplasia, liquen plano, lúpus eri- tematoso, discide crónico, psoriasis y queratofolicular (enfermedad - de Darier).

Hiperqueratosis.

Leucoqueratosis, Leucoplasia Simple y Leucoplasia.

Los términos hiperqueratosis y Leucoplasia se utilizan - para referirse a enfermedades queratósicas histológicas distintas, a estas se les puede considerar como lesiones precancerosas, sin em- bargo, en la gran mayoría de los casos la hiperqueratosis es una - enfermedad benigna, y se mantiene así por tiempo indefinido.

La hiperqueratosis y la leucoplasia, gran parecido clí- nico y muchas veces se diagnostican erróneamente.

Cuadro Clínico. Presenta cuadros diversos la hiperque- ratosis puede presentarse en cualquier lugar de la boca, en tama- ños y formas distintas. Se presenta generalmente como una placa- grisácea o blanco grisácea, lisa, adherente cuya superficie suele- ser lisa, con pocas o ninguna señal de rugosidades queratósicas y cuyos bordes periféricos están mal limitados, confundiendo de for- ma gradual con las mucosas contigua normal. La lesión es blan- da a la palpación y su consistencia se parece a la de la mucosa-

normal en el lugar de la lesión. Muy pocas veces hay erosiones o ulceraciones crónicas en el interior de la hiperqueratosis.

La leucoplasia se caracteriza también por ser una -
placa fija de color blanco grisáceo o blanquecino que se puede -
presentar en cualquier lugar de la boca y por ser de tamaño y -
de forma variable.

Presenta una superficie áspera, arrugada y correosa -
de bordes periféricos bien limitados y de consistencia dura.

La historia clínica debe recoger datos sobre los factores generales que pueden provocar hiperactividad de las células escamosas e hiperqueratinización, como es el déficit de vitamina A, - la medicación con hormonas sexuales (estrógenos durante períodos prolongados) y la existencia de sífilis terciaria, que puede acompañarse de queratosis dorsal de la lengua.

Disqueratosis intraepitelial hereditaria Benigna.

Enfermedad de origen genético que se transmite por -
herencia como un carácter autosómico dominante y que, probablemente se limita a un grupo de tres razas (caucaciano, Indio y Negro).

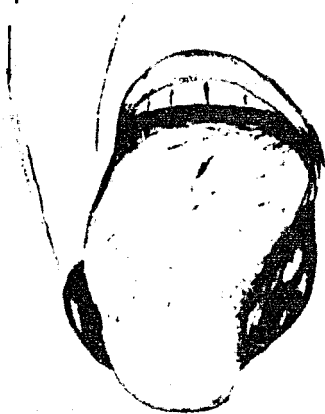
Uno de los principales tejidos que ataca es el oral, -
principalmente a dos tejidos, los orales (Mucosa labial y bucal, -
superficies laterales de la lengua y suelo de la boca.

Características Histológicas. Hay una hiperplasia epitelial con vacuolización marcada de las porciones media y superior de la capa de células espinosas, en el interior de esta región hay numerosas células disqueratósicas que parecen pequeñas perlas epiteliales, y están rodeadas por células normales.

No esta indicando ningún tratamiento.



Quinta de la lengua



XIII. NEOPLASIAS MALIGNAS.

Los métodos utilizados por el médico para diagnosticar enfermedades desconocidas se emplean también en la identificación de enfermedades precancerosas. Cuando el cáncer es grave se puede reconocer mediante la vista y el tacto. Sin embargo, hay ocasiones en que las lesiones y los caracteres del cáncer son mínimos, por lo que no se puede reconocer, por lo menos hasta el punto de realizar un diagnóstico clínico. En estos casos la historia y sobre todo la biopsia ayudan al diagnóstico clínico.

La neoplasia maligna de la boca no se caracteriza desgraciadamente por su aspecto clínico único y específico, se puede presentar en varias formas clínicas:

- a) tiempo de antigüedad
- b) localización original
- c) tipo celular
- d) estado de diferenciación de células malignas
- e) efecto de los procesos patológicos.

Localización del cáncer de la boca.— Aunque las neoplasias malignas pueden localizarse en casi cualquier tejido de la boca, las localizaciones más frecuentes son, el vermilion de los labios, el borde lateral de la lengua y el suelo de la boca, que representan más del 70% de todos los cánceres de la boca.

El tipo celular más frecuente de neoplasias malignas de la boca es el carcinoma de células escamosas o epidermoide que representa más del 90% de todas las lesiones malignas; otros tipos son el carcinoma mucoepidermoide, el cilindroma, el adenocarcinoma, el sarcoma y el melanoma maligno.

Se gana poco describiendo el aspecto clínico del cáncer en cada localización, ya que las formas de crecimiento (fun—

gozo, infiltrativo y verrugoso) y los caracteres clínicos más precisos (dureza del tejido, ulceración, adherencia e induración) son muy parecidos en los cánceres de todas las localizaciones.

Cáncer de la lengua.

Causa más muertes que las lesiones malignas de otras regiones de la cabeza y el cuello, ello se debe a que la lengua es la localización más frecuente del cáncer oral, ya que se trata de un órgano extraordinariamente móvil, muy irrigado por vasos linfáticos y sanguíneos que facilitan la metástasis. La localización más frecuente del carcinoma de la lengua es el borde lateral, siendo la superficie ventral mucho menos afectada, lo mismo que la dorsal.

Obtención de muestras de cáncer.- Es muy sencilla; puede realizarse en cualquier consultorio. Se han ideado y ya pueden obtenerse equipos individuales que contienen todos los materiales necesarios; dos protavidrios, un escavador en forma de depresor lingual, un fijador, (alcohol etílico al 95% es un excelente fijador) un papel de historia clínica y un lápiz para marcar los portas.

Técnica de obtención.- Primero, historia clínica completa, descripción de la lesión y el diagnóstico clínico. Segundo, nombre del enfermo y fecha en el porta (para ello son mejores los porta con terminaciones esmeriladas). Tercero, humedecer una gasa esponjosa con agua del grifo y limpiar la superficie de la lesión. Cuarto, humedecer la terminación del escavador y escavar firmemente toda la superficie de la lesión. En los casos de ulceración puede provocar alguna hemorragia que se detiene con facilidad. Quinto, inmediatamente extender el material obtenido por toda la superficie del porta, formando así una capa muy fina. Sexto, colocar rápidamente varias gotas del fijador encima del porta, el cual debe tener contacto con el fijador durante unos quince minutos. Los portas fijados se secan entonces al aire libre.

Séptimo, enviar entonces los portas y la historia a un laboratorio adecuado para que realicen el estudio citológico.

Informe Citológico.- Establece generalmente un diagnóstico que cae dentro de una de estas cinco categorías:

Tipo I.- células normales.

Tipo II.- ligera atipia. Pero sin señales de transformación maligna.

Tipo III.- Alteraciones nucleares indeterminadas.

Tipo IV.- Sugestivo cáncer.

Tipo V.- cáncer seguro.

En todos los enfermos cuyas muestras estén incluídas - dentro de los grupos II al V la bipsia y el diagnóstico son el paso obligado.

Exploración de la lengua.- Estando dentro de la boca, extendida dirigida hacia fuera y luego hacia la derecha y - a la izquierda; se hace inspección, palpación para determinar el color o ambas, configuraciones, consistencia, movimientos funcionales, tamaño la presencia o no de papilas, tejido linfoide o lesiones.

Reacción mental del paciente.- Es muy importante - el impacto que va a tener el paciente al saber que tiene cáncer - y los principales problemas emocionales derivan del miedo el dolor, al cambio de estado social y económico y a la muerte. Muchas - veces el paciente sospecha el padecimiento y ésto hace que sea - víctima de un estado de ansiedad. El especialista que confirma - el diagnóstico debe considerar tanto el aspecto emocional como - el social y físico. El cirujano debe conducirse como un amigo - que trata de ofrecer la mayor cooperación posible al enfermo, - el cual se siente alagado cuando se le contesta con honestidad; - se le instará a que plátique que significa para él la palabra cáncer y cuente sus ansias y temores.

Algunos pacientes sospechan tener cáncer y no lo dicen por miedo a alarmar a sus familiares o por no tener ellos mismos la seguridad de lo que dudan, lo que resulta peligroso, ya que de ser cierto están desperdiciando el tiempo de posible cura. El médico debe conocer a sus pacientes y procurar evitar estos casos, ya que en ocasiones puede ser una suposición infundada pero cuya duda dañará la mentalidad del enfermo.

Después de confirmado el diagnóstico de cáncer el médico hará sugerencias al paciente y a sus familiares para que se ajuste su forma de vida a las limitaciones que el padecimiento le obligará, sin embargo, el paciente a quien se recluye en su casa u hospital, se verá obligado a pensar solamente en su suerte y hablará del padecimiento aumentando así su tensión nerviosa, por lo que es conveniente tenerlo ocupado en alguna cosa.

XIV. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Patología Anatomía y Fisiología . Patología Bucodental . Alca-
yaga .
- 2.- Patología Bucal . Bernier .
- 3.- Diagnóstico Clínico de las Enfermedades de la Boca .
Hayes. L.V.
- 4.- Fisiología Humana . Ocaranza Fernando .
- 5.- Conocimiento de Patología Medicoquirúrgica de la boca y -
sus anexos .
- 6.- Patología Bucal . Quiroz Fernando .
- 7.- Apuntes de Histología y Embriología . Tapia Camacho J .
- 8.- Patología Bucal . Thoma Kurt H .
- 9.- Diagnóstico en Patología Oral . Zegarelli Edward V .