

227
2y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

L E N G U A

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MARTHA CECILIA RAMIREZ GOMEZ

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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 está 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 N D I C E

INTRODUCCION.

EPITELIO.

SUBMUCOSA.

GLANDULAS DEL PALADAR.

LENGUA.

 CONFORMACION

 CONSTITUCION ANATOMICA

MUSCULOS DE LA LENGUA.

 GENIOGLOSO

 ESTILOGLOSO

 HIOGLOSO

 PALATOGLOSO

 FARINGOGLOSO

 AMIGDALOGLOSO

 LINGUAL SUPERIOR

 LINGUAL INFERIOR

 TRANSVERSO

VASOS Y NERVIOS .

 LINFATICOS

ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA LENGUA.

 MICROGLOSIA

 MACROGLOSIA

 ANQUILOGLOSIA

LENGUA MEMBRADA

LENGUA FISURADA

GLOSITIS MEDIA RUMBUIDEA

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

LENGUA VELLUSA

VARICES LINGUALES

PATOLOGÍAS DE LA LENGUA .

CARCINOMAS

DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS

TUMORES BENIGNOS Y DISPLASIAS DE LOS TEJIDOS

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

LEUCOPLASIAS

ENTRUPLASIAS

TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL

PAPILOMA

QUERATOCANTOMA

GRANULOMA PIÓGENO

TUMORES BENIGNOS ORIGINADOS EN TEJIDO CONECTIVO

LÍPOMA

OSTEOMA

TUMORES DE ORIGEN MUSCULAR

MIOMA

RABDOMIOMA

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN VASCULAR

MEMBRANA

LINFANGIOMA

TUMORES NEUROGENOS

NEUROMA IMBRIATO

NEURILENOMA

CONCLUSION.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Para obtener un buen diagnóstico clínico de cada paciente hay que considerar los conceptos generales y algunas alteraciones patológicas y ,así con ello permitirá resolver cada caso en particular.

En muchos aspectos, la cavidad oral es una parte muy interesante del cuerpo humano .en ella se encuentran muchas clases de tejidos, desde los más duros (los dientes) ,hasta los más blandos (piso de boca, pa ladar blando, lengua etc ., los tejidos y los líquidos de la boca constituyen un parametro valioso de la salud y condición general del organismo.

La membrana mucosa se diferencia de la piel exterior por su lecho calloso más grueso.

Algunos autores que han sido capaces de demostrar que existe un lecho calloso en la mucosa del paladar, sostienen que la callosidad es una reacción producida por llevar prótesis.

urban en 1953 parece que fue el primero en declarar positivamente que la encía está cubierta normalmente por un lecho calloso

Basándose en estudios realizados en 22 personas que no llevaban dentaduras postizas ,Ostlund demostró que la mucosa del paladar tiene, normalmente, un estrato córneo con un promedio de grosor de 13,2 u.

A pesar de que la membrana mucosa de la boca es ciliosa en su lecho externo, el grosor y el aspecto de la capa callosa varían en las diferentes partes de la boca.

En zonas donde el esfuerzo mecánico debe ser mayor, por ejemplo, alrededor de la encía y del paladar, el lecho celoso, es más grueso que en el epitelio de las mejillas y que en el piso de la boca.

Incluso el aspecto total del epitelio se diferencia en varias zonas de la cavidad oral. El epitelio es más grueso en la encía que en el paladar,

EPITELIO:

A pesar de la pequeña parte del total de la mucosa que representa el epitelio oral, es muy importante como mecanismo de protección. Consiste en varias capas de células diferentes cubiertas de estrato córneo. Su estructura homeógena evita que los agentes químicos y bacteriológicos penetren en las capas más profundas de la mucosa.

El epitelio es muy fino comparado con la submucosa total.

En la piel se observa normalmente una capa intermedia, entre las capas granular y celular. Esta capa intermedia no se puede observar en la mucosa de la boca.

Existe una continua pérdida de células muertas en la capa celular las cuales serán reemplazadas desde abajo. Esto supone una renovación de las células que tiene lugar en el estrato germinativo, la capa inferior del epitelio que está junto al tejido conjuntivo, esta nueva formación de células se realiza por mitosis. En su camino hacia la capa exterior del epitelio, las células tienen que pasar el estrato espinoso. En esta capa, las células serán poligonales, o a veces, redondas. Cada célula estará unida

A las ~~membranas~~ por puentes de protoplasma en forma de finas fibras . Estas fibras se llaman tenofibrillas, las cuales recorren la distancia constante entre las células. En la trama entre las fibras el fluido del tejido facilita el metabolismo de las células. La sangre, los vasos linfáticos y los nervios no se aprecian en el epitelio.

El metabolismo del epitelio está facilitado por la extensión de las papilas del tejido conjuntivo dentro del epitelio. Estas papilas alcanzan generalmente el centro de la capa epitelial. Las papilas del tejido conjuntivo son muy ricas en tejido nervioso y vasos sanguíneos .

La lámina propia se caracteriza por sus fibras elásticas y colágenas que parecen más delgadas que la de la dermis.

Las haces de colágeno están unidos a la membrana basal por medio de delicados filamentos que mantienen una unión muy sólida entre el epitelio y el tejido conjuntivo.

SUBMUCOSA:

La submucosa constituye la mayor parte de la membrana mucosa, que contiene entre otros componentes , tejido graso, glándulas y músculos, cuando la mucosa descansa sobre el hueso , la submucosa se adhiere a él por medio del perostio.

El tejido graso es una parte integral de la submucosa. la cantidad de grasa en el tejido depende de muchos factores , uno de los cuales es la condición general del paciente.

Es importante que el dentista observe alteraciones de volumen, cambio de color, textura etc, que pueda ocurrir cuando el paciente se encuentre en el consultorio y saber diagnosticar prontamente cualquier anomalía.

GLANDULAS DEL PALADAR.

En la parte posterior del paladar duro, el tejido glandular ocupa una parte considerable de la submucosa. En el paladar duro hay cerca de doscientas de estas glándulas.

Cada una descarga su secreción sobre la mucosa palatina por medio de un conducto distinto,

El tejido glandular bordea la lámina propia y llena la mucosa hasta el periestio. Los órganos finales secretores consisten en unos alvéolos tubulares ramificados, cada uno de los cuales termina en un sistema de conducto con un epitelio cuboidal bajo, en los istmos, y que cambia gradualmente a epitelio escamoso estratificado. Los conductos salivales están completamente libres de callosidades, por lo cual son susceptibles a los ataques químicos y bacteriológicos.

MEMBRANA Y LAMINA PROPIAS.

Las células epiteliales muestran un aspecto especial junto al tejido conjuntivo. No solamente son cilíndricas, con un eje longitudinal perpendicular a la superficie del tejido conjuntivo sino su contacto con la lámina propia sugiere la presencia de una membrana continua.

Las abundantes fibrillas de colágeno de la lámina propia bajo las papilas discurren en ondas, paralelamente a la superficie del epitelio, mientras que en las papilas los filamentos se extienden longitudinalmente.

LENGUA.

Es un órgano musculoso muy móvil, alojado en el espacio que circunscriben los arcos dentarios, rellenando por completo ese espacio cuando la boca se halla cerrada.

La lengua no es sólo el órgano esencial del gusto, desempeña además un papel muy importante en la masticación, en la deglución, en la succión y en la articulación de los sonidos.

CONFORMACION EXTERIOR.

La lengua órgano impar, tiene la forma de un cono, dispuesto en sentido sagital y cuya punta muy aplanada, está inclinada hacia abajo y adelante.

Comunmente se describen en la lengua:

Das caras, una superior y otra inferior.

Das bordes laterales

Una base,

Y un vértice o punta.

CONSTITUCION ANATOMICA.

Una armazón osteofibrosa o esqueleto de la lengua.

Formaciones musculares

Y un revestimiento mucoso, la mucosa lingual.

El esqueleto de la lengua está constituido por un hueso, el hueso hioides.

Por dos láminas fibrosas, la higloza y el septum medio. (es una lámina fibrosa, de color blanco amarillento, situada entre la línea media, entre los dos músculos genio-glosos.)

MUSCULOS DE LA LENGUA.

En conjunto la lengua del hombre contiene diecisiete músculos:

2 Genioglosos

2 Hioglosos

2 Estiloglosos

que nacen de huesos próximos.

2 Palatoglosos

2 Faringoglosos

2 Amigdaloglosos

que nacen de órganos próximos.

1 Lingual superior

2 Lingual inferior

Estos nacen a la vez de huesos y de órganos próximos y son músculos extrínsecos.

De los músculos intrínsecos está el transversal que son 2 dando un total de 17 músculos.

GENIOGLOSOS:

Es el más voluminoso de los músculos de la lengua, tiene la forma de un ancho triángulo cuyo vértice está situado detrás de la sínfisis mandibular y cuya base, muy convexa, corresponde a la cara dorsal de la lengua en toda su extensión.

INSTRUMENTOS:

Se inserta hacia adelante por medio de un corto tendón, en la apófisis geni superior. Desde ese punto se dirige hacia arriba y atrás, irradiándose a la manera de abanico. Siguen pues sus fibras las direcciones más diversas.

Las fibras inferiores o posteriores, oblicuas hacia abajo y atrás se dirigen hacia el hueso y se fijan en la parte superior del mismo.

Las fibras superiores o anteriores se dirigen hacia arriba y adelante, describiendo una curva de concavidad anterior y van a terminar en la punta de la lengua.

Finalmente las fibras medias, las más numerosas irradian hacia la cara dorsal de la lengua y terminan en la cara profunda de la mucosa, desde la membrana hioglosa hasta la región de la punta.

ACCION:

Por sus fibras inferiores, los músculos genioglosos dirigen hacia arriba y adelante el hueso hioides, en el cual se insertan y la propia lengua, que tiene con este hueso conexiones íntimas. Las fibras medias actúan directamente sobre la lengua, tirándola hacia adelante y determinando su proyección hacia fuera de la cavidad bucal.

Las fibras superiores, por el contrario, a causa de su dirección del todo distinta, dirigen la punta de la lengua hacia abajo y atrás.

ESTILOGLOSO:

Es un músculo largo y delgado que se extiende desde la apófisis estiloides a las partes laterales de la lengua.

INSERCIONES: se inserta por arriba :

1- en los lados anterior y externo de la apófisis estiloides cerca de su punta.

2- en la parte más alta del ligamento estilemaxilar.

Desde estos sitios se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante ensanchándose y doblándose ligeramente sobre sí mismo de una manera tal, que su cara anterior tiende a hacerse externa, llegando a los lados de la lengua, inmediatamente por detrás del pilar anterior del velo del paladar. Se divide en tres grupos: los fascículos inferiores, los medios y los superiores.

RELACIONES: El estilogloso está en relación :

1- por fuera, con la glándula parótida, el músculo pterigoideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual.

2- por dentro, con el ligamento estilohioides, el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

ACCION:

Dirige la lengua hacia arriba y atrás y tiende a aplicarla fuertemente contra el velo del paladar.

HIOGLOSO:

Es un músculo delgado, eplanado y cuadrilátero, situado en la parte lateral e inferior de la lengua.

INSERCIONES:

Se inserta por abajo:

1- en el borde superior del cuerpo del hioides, en la porción próxima del antemayor.

2- en el labio externo del antemayor en toda su extensión.

Estas dos porciones constitutivas del hiogloso, el ceratogloso y el basiogloso se encuentran a menudo separadas una de la otra en su parte inferior por un intersticio celulodiposo a través del cual se ve la arteria lingua. Más arriba se hallan claramente separadas por los fascículos inferiores del estilogloso, los cuales están situados al principio en la cara superficial del ceratogloso para meterse en seguida por debajo del basiogloso.

RELACIONES:

El músculo hiogloso tiene relaciones importantes su cara profunda está en relación sucesivamente con el constrictor medio de la faringe, el faringogloso y el geniogloso.

Esta cara está además en relación con la arteria lingual, la cual se aplica contra ella y la cruza oblicuamente de atrás adelante y de abajo arriba. Su cara superficial está en gran parte cubierta por los músculos milohioides, estilohioides y digástrico.

Está en relación además:

- 1- Con la glándula submaxilar que descansa sobre su parte posterior.
- 2- Con el conducto de Wharton y con los dos nervios, lingual e hipogloso mayor, que la cruzan de delante atrás.

ACCIÓN:

Los músculos hioglosos son los más depresores de la lengua, la comprimen transversalmente y la aproximan al hiodes. Cuando la lengua ha sido llevada hacia delante por la acción de los genioglosos, la contracción de los hioglosos la vuelve hacia atrás y la repliega dentro de la cavidad bucal.

PALATOGLOSO:

Llamado también músculo glosostafilino. Situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar. Constituye la porción central y por así decirlo, su esqueleto.

INSERTIONES:

Se inserta por arriba en la cara inferior del velo del paladar, desde aquí desciende hacia la base de la lengua, describiendo una curva de concavidad dirigida hacia delante y arriba y va abriéndose en el borde correspondiente de la lengua, confundiendo sus fibras con las del faringogloso y las de la porción media del estilogloso.

RELACIONES:

En la mayor parte de su extensión está en relación con la mucosa.

ACCION:

Cuando se contrae , dirige la lengua hacia arriba y atrás.

FARINGOGLOSO:

Se da el nombre de músculo faringogloso a un fascículo de fibras musculares que el constrictor superior de la faringe envía a los lados de la lengua.

Estos fascículos se distinguen en superiores e inferiores, los primeros costean el borde correspondiente de la lengua, confundiendo con los fascículos del palatogloso y los fascículos medios del estilogloso , que llevan la misma dirección, los fascículos inferiores, oblicuos hacia abajo y adelante, se introducen por debajo del hiogloso y continúan en este sitio, en parte con las fibras del geniogloso y en parte con las fibras del lingual inferior.

Como el músculo precedente, el faringogloso, por sus contracciones dirige la lengua hacia atrás y arriba.

AMIGDALOGLOSO:

El amigdalogloso, descubierta y descrita por Broca, es un pequeño músculo aplanado y delgado que se extiende, como indica su nombre, desde la región amigdalina a la lengua.

INTRINSICOS:

Toma origen por arriba en la porción de la aponeurosis faríngea que cubre la cara externa de la amígdala. Desde este sitio se dirige verticalmente hacia abajo, entre el faringogloso y la mucosa, para alcanzar pronto la base de la lengua. Cambia entonces de dirección para hacerse transversal, gana la línea media y termina entrecruzándose con el del lado opuesto.

RELACIONES:

En esta última porción de su trayecto, el amigdalogloso se sitúa inmediatamente por debajo del lingual superior, cruzando en ángulo recto la dirección de este último músculo.

ACCION:

Unidos entre sí los dos músculos, forman juntos una especie de cincha que está en relación con las amígdalas por sus extremidades y con la base de la lengua por su parte media. Así se comprende que cuando los dos músculos se contraen dirigen hacia arriba la base de la lengua y tienden a aplicarla contra el velo del paladar.

LINGUAL SUPERIOR:

Es un músculo impar, está constituido por un sistema de fibras longitudinales y paralelas que se extienden por debajo de la mucosa de la lengua, desde la base hasta la punta.

INSERCIONES:

Este músculo, en su origen posterior, se divide en tres porciones distintas: una porción media y dos porciones laterales.

La porción media se inserta en ese repliegue fibromucoso que une a la línea media, la epiglottis con la base de la lengua.

Las dos porciones laterales nacen a derecha e izquierda, de las partes menores del hioides.

Desde estos diferentes puntos, las tres porciones del lingual superior se dirigen hacia arriba y adelante, ensanchándose. De este modo se van aproximando unas a otras, llegan a ponerse en contacto y terminan por confundirse en una sola y única capa muscular, que ocupa la parte media de la lengua.

RELACIONES.

Por su cara inferior, el lingual superior está en relación con los músculos subyacentes. Por su cara superior está en relación con la mucosa de la cara dorsal de la lengua, a la que se adhiere íntimamente; es un músculo cutáneo de la lengua. Lateralmente se confunde con las fibras longitudinales del palatogloso y del estilogloso.

ACCION:

Cuando se contrae levanta la punta de la lengua, es elevador.

LINGUAL INFERIOR:

Ocupa la cara inferior de la lengua, esta situado por abajo del estilogloso, entre el geniogloso.

INSERCIÓNES:

Tiene su principal origen en las astas menores del hioides. Recibe al propio tiempo numerosos fascículos de refuerzo del faringogloso y de la porción inferior del estilogloso.

RELACIONES:

Desde el punto de vista de sus relaciones, el músculo lingual inferior está situado por debajo del estilogloso, entre el músculo geniogloso que está por dentro, y el hiogloso que está por fuera.

ACCIÓN:

Por sus contracciones, el músculo lingual inferior acerca la lengua en su diámetro anteroposterior, al propio tiempo que atrae la punta de la misma hacia abajo y atrás: es un músculo depresor y retractor de la lengua.

TRANSVERSO:

El músculo transverso, así denominado a causa de su dirección está constituido por un conjunto de fascículos que se dirigen transversalmente desde la línea media a los bordes de la lengua.

INSTRUMENTO:

estos fascículos se insertan por dentro en las dos caras del septum lingual, y terminan, hacia fuera, en la mucosa de los bordes de la lengua.

RELACIONES:

En su trayecto se entrecruzan de una manera muy irregular con las fibras de dirección distinta que encuentran, y muy especialmente con las que ofrecen una dirección longitudinal.

ACCION:

Las fibras del músculo transverso se contraen simultáneamente en el lado derecho, aproximando a la línea media los bordes de la lengua en los que se insertan; y disminuyendo en consecuencia el diámetro transversal de este órgano, como resultado final, la lengua se pone redonda y afilada proyectando la punta fuera de la cavidad bucal.

En resumen todas las fibras musculares de la lengua, cualquiera que sean su origen, trayecto y terminación, pueden dividirse, por su dirección en tres grupos:

fibras longitudinales, verticales y transversales.

VASOS Y NERVIOS.

La lengua, como todos los órganos que ejercen funciones importantes posee vasos y nervios muy numerosos, en el cuerpo muscular y en la mucosa.

VASOS Y NERVIOS DEL CUERPO MUSCULAR:

1 - ARTERIAS: Las arterias destinadas a la perfusión muscular de la lengua provienen de la lingual, de la palatina inferior y de la faríngea inferior, ramas inmediatas o mediatas de la carótida externa.

2- VENAS: las venas se dirigen, la mayoría a la cara externa del hiogloso, y aquí se reúnen en un tronco común; la vena lingual propiamente dicha, la cual desagua en la yugular interna.

3- LINFÁTICOS: Los linfáticos del cuerpo muscular de la lengua, se unen después de un breve trayecto, a los eferentes de la red superficial o mucosa.

4- NERVIOS: Los nervios de los músculos de la lengua provienen de dos orígenes: del facial y del hiogloso mayor.

a) El facial de la lengua el ramo llamado lingual, que se anastomosa constantemente con el glosofaríngeo y va a distribuirse por el estilogloso, el glosocastafilino y algunas veces por el lingual inferior.

b) El hipogloso mayor es el nervio motor de la lengua y da ramas a cada uno de los músculos, tanto extrínsecos como intrínsecos, estas ramas terminan como en los demás músculos estriados por placas motoras, que no ofrecen ninguna particularidad.

El hipogloso mayor no es para la lengua, solamente un nervio motor sino también vasomotor. Este nervio contiene la mayor parte de los elementos vasoconstrictores de éste órgano, al paso que el lingual posee los vasodilatadores.

Las fibras vasomotoras que siguen al trayecto del hipogloso para llegar a los vasos de la lengua son especialmente fibras parasimpáticas; provienen del sistema ergonevegetativo cervical por la anastomosis que el ganglio cervical superior envía al décimo par.

En consecuencia, después de cortar estas fibras, tomando las precauciones necesarias, para que la degeneración sea completa en la extremidad terminal, si se excita de nuevo el tronco del hipogloso, se observa que aún actúan parcialmente sobre los vasos de la lengua.

.

VASOS Y NERVIOS DE LA MUCOSA:

1 - ARTERIAS: Las arterias destinadas a la mucosa de la lengua proceden del mismo origen que las que van a su porción muscular.

Son suministradas principalmente;

1- Por la dorsal de la lengua, que irriga la parte posterior de la mucosa.

2- Por la ranina y por la sublingual, que irrigan la parte anterior.

Estas arterias ,después de haber abandonado numerosas ramas alrededor de las glándulas foliculares,forman en la capa superficial del carion una rica red,de donde emergen los vasos de las papilas:una esa simple para las papilas hemisféricas,y esas siempre múltiples y más o menos ramificadas para las grandes papilas,principalmente para las papilas fungiformes y calciformes.Por su parte cada bulbo gustativo tiene en su base una red capilar excepcionalment rica.

2- VENAS: las venillas que descienden de las papilas se reúnen,debajo de la mucosa lingual,con las venas nacidas en las formaciones glandulares y van finalmente a desembocar en la yugular interna,

3- LINFATICOS: Los linfáticos de la mucosa lingual fueron descubiertos en 1847 por SAPPEY ,quien de ellos una descripción tan exacta como detallada,su descripción ha sido continuada por KUTTNER y posteriormente por MOST Y BARTELS.

ORIGENES: Hay que distinguir una red linfática mucosa superficial y una red muscular profunda.

RED MUCOSA: Esta red, abundante,debe ser considerada por separado en la parte anterior o bucal, en la parte posterior faríngea o dorsal de la mucosa y en la mucosa de la cara inferior.

PARTE BUCAL DE LA RED DORSAL: La red está formada por conductos de una finura extrema en la punta de la lengua.

PARTE FARINGEA DE LA RED DORSAL: Los capilares linfáticos de ésta región menos numerosos por delante, forma una red bastante laxa paralela al surco oblicuo dibujado por las series de folículos cerrados de la amígdala lingual.

CARA INFERIOR Y BORDES DE LA LENGUA: Las mallas de la red son transversales y comunican con la red de la cara superior por los linfáticos marginales, en extremos numerosos y dispuestos perpendicularmente a la dirección de los bordes.

RED MUSCULAR: Los linfáticos profundos musculares forman abundantes plexos ordenados alrededor de los vasos sanguíneos y comunican con la red mucosa.

LINFÁTICOS EFERENTES:

- 1- Los linfáticos de la punta o apicales.
- 2- Los linfáticos de los bordes o marginales.
- 3- Los linfáticos de la base.
- 4- Los linfáticos centrales.

LINFÁTICOS APICALES: En número de dos, estos vasos caminan por el lado del frenillo de la lengua, llegando a nivel del borde inferior del maxilar, se separan. El uno más corto, atraviesa el milohiodes y penetra en un ganglio submentoniano, unas veces el más elevado otras veces el más inferior. Este conector es inconstante, el otro más largo, pasa por debajo del digástrico, detrás cruza el este mayor del hiodes, sigue la cara posterior del omohiodes y termina en el ganglio supraomohiodes. 19

LINFATICOS MARGINALES: Comprende colectores externos, internos y posteriores.

Los colectores externos pasan por fuera de la glándula sublingual atravesando el milohioideo y termina en un ganglio submaxilar.

Los colectores internos descienden por dentro de la glándula sublingual y de la glándula submaxilar, unos pasan por fuera del hioyoso y son satélites del nervio hipogloso mayor y de la vena lingual los otros pasan por dentro del músculo y siguen la arteria lingual. Llegados a la altura del asta mayor del hueso hioides, termina en la cadena yugular interna y se introducen en un ganglio anterior elevado, o en un ganglio más inferior, próximo al tronco tirolinguofacial.

En resumen los vasos marginales pueden clasificarse así; los unos externos, caminan por fuera de las glándulas salivales y van a los ganglios de la cadena yugular interna.

LINFATICOS DE LA BASE: Generalmente en número de ocho, por su situación, unos son medios y otros laterales. Los colectores medios descienden hasta el repliegue glosopiglótico medio. En número de cuatro, dos se acotan hacia la derecha, los otros dos hacia la izquierda, llegan al polo inferior de la amígdala, después de haber atravesado la pared de la faringe, terminan en los ganglios superiores de la cadena yugular interna. Los colectores laterales se reúnen a los troncos medios en la parte inferior de la amígdala palatina y termina en el mismo ganglio que los colectores medios.

LÍFATICOS CENTRALES: En número de cinco o seis, descienden al espesor de la lengua, entre los dos genioglosos, pueden cruzarse en la línea media debajo del geniogloso terminan unos en los ganglios submaxilares y los otros en los ganglios anteriores de la cadena yugular interna.

NERVIOS Y TERMINACIONES NERVIOSAS.

Los nervios destinados a la mucosa lingual proceden de dos orígenes principales: del lingual y del glosofaríngeo. El nervio lingual, rama del trigémino, se ramifica por los dos tercios anteriores de la mucosa de la lengua.

El nervio glosofaríngeo se distribuye por las papilas calciformes y la porción de mucosa lingual que se encuentra situada inmediatamente detrás de la V.

A estos dos nervios principales se añade el laringeo superior. Este nervio, rama del neumogástrico, envía algunas fibras a la porción más posterior de la mucosa lingual próxima a la epiglotis y a los repliques glosopiglótico.

ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA LENGUA.

La lengua, como cualquier otro órgano sufre alteraciones diversas, entre las más comunes encontramos:

LA MICROGLUSIA:

es una anomalía congénita rara, que se manifiesta por lengua pequeña o rudimentaria.

Sólo se ha registrado un caso de ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento, una alteración conocida como aglosia o microglosia al comer y hablar.

MACROGLUSIA:

se refiere a una lengua grande, es más común que la microglosia, puede ser de tipo congénito o secundario.

La macroglosia congénita se debe a sobredesarrollo de la musculatura, que puede o no estar relacionado con hipertrofia o hemihipertrofia muscular.

La macroglosia secundaria se presenta como resultado de un tumor en la lengua, como linfangioma o hemangioma difuso, a partir de la neurofibromatosis y a veces a partir del bloqueo de los vasos linfáticos eferentes en caso de neoplasmas malignos de la lengua.

En la acromegalia debida a hiperparotidismo en el adulto, también es frecuente la lengua grande y probablemente se presenta como resultado de la relajación de los músculos concomitantes con el crecimiento de la mandíbula.

Además ,la macroglosia puede presentarse en el cretinismo o hipotiroidismo congénito, pero en estos casos su patogenia no es bien conocida.

La macroglosia de cualquier tipo puede producir desplazamiento de los dientes y maloclusión, debido a la fuerza que tienen los músculos afectados y a la presión que ejerce la lengua sobre los dientes ,no es raro observar festoneado de los bordes laterales de los espacios interproximales localizados entre los dientes.

Así mismo es un aspecto sobresaliente del síndrome hipoglucémico de Beckwith, al cual además de hipoglucemia neonatal, incluye microcefalia leve, hernia umbilical, visceromegalia fetal y gigantismo somático prenatal .

Este síndrome ha sido analizado por Arons y colaboradores.

No hay tratamiento específico excepte la eliminación de la causa primaria, aunque a veces, se hacen cortes quirúrgicos para disminuir el tamaño.

ANQUILOGLOSIA:

Se presenta como resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca. La anquiloglosia parcial, o la común " lengua atada ", es una alteración mucho más frecuente, y por lo regular es causada por un frenillo lingual corto o de uno que está demasiado cerca a la punta de la lengua. Por el movimiento restringido de la lengua los pacientes con este defecto tienen dificultad al hablar principalmente en la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos. Aunque algunos casos de anquiloglosia parcial son auto-correctivos

La mayor parte se tratan quirúrgicamente al cortarse el frenillo todo esto ha sido examinado por Mathewson.

LENBVA HENDIDA:

una lengua bífida o completamente hendida es una patología rara que, aparentemente se debe a la falta de fusión de las protuberancias linguales laterales de este órgano.

La lengua parcialmente hendida es más frecuente y se manifiesta como una ranura profunda en la línea media de la superficie dorsal.

La hendidura parcial resulta del hundimiento incompleto y la falta de obliteración de la ranura, debido a la proliferación mesenquimatoosa subyacente, con frecuencia es interesante encontrar un aspecto del síndrome bucal-facial digital relacionado con bandas fibrosas gruesas localizadas en el pliegue mucobucal anteroinferior eliminando el surco y con hendidura del proceso alveolar mandibular hipoplásico, tiene poca importancia clínica, excepto que los residuos alimenticios y los microorganismos se pueden almacenar en la base de la hendidura y causar irritación.

LENBVA FISURADA:

llamada también lengua fisural.

Es una malformación, manifestada clínicamente por numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal, a menudo radiadas hacia afuera desde una ranura central, a lo largo de la línea media de la lengua. Aunque el aspecto clínico fue la base de la clasificación de la lengua fisurada (es decir, foliácea o transversa), se ha señalado

Que tal aspecto varía tanto que la clasificación resulta insatisfactoria. Se ha informado que se desarrolla de manera simultánea con, o como secuela de la lengua geográfica o de la glositis migratoria benigna, aunque esta asociación es bastante rara.

Un estudio realizado por Halperin, mostró que la frecuencia de esta alteración aparentemente aumenta con la edad. Por lo tanto es probable que no sea una malformación del desarrollo. Posiblemente esta asociado con algún factor intrínseco como un traumatismo crónico o deficiencia vitamínica.

Al parecer no hay diferencias en cuanto a raza o sexo.

La lengua fisurada no siempre es dolorosa, excepto en los casos en los que residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación. Dichos residuos se pueden quitar dilatando y aplanando las fisuras, usando un cepillo de dientes o gasa para limpiar la superficie.

GLOSITIS MEDIA ROMBOIDEA:

(Atrofia papilar central de la lengua)

La glositis media romboides se ha descrito clásicamente como una anomalía congénita de la lengua, la cual debe deberse a la falta del tubérculo impar, de retraerse o retirarse antes de la fusión de las mitades laterales de la lengua, de manera que entre ellos se interponga una estructura sin papilas. Sin embargo, con respecto a ésta teoría, Baughman ha proporcionado un excelente examen relacionado con su etiología y frecuencia, así mismo puso en duda

Si es una alteración del desarrollo, porque al examinar a más de 10.000 niños de edad escolar no encontró ningún caso.

Si éstas lesiones tuvierón en verdad origen en el desarrollo, la frecuencia sería igual en niños y en adultos. Aunque se reconoce que casi todos los casos han ocurrido en adultos.

El signo más frecuente sugiere una estrecha relación etiológica entre la glositis media romboidal y una infección micótica crónica localizada, específicamente *Candida Albicans*.

Aunque las pruebas actuales sugieren que existe una estrecha relación entre ésta lesión de la lengua y una infección micótica, aun no se ha establecido una relación directa de causa y efecto.

ASPECTOS CLINICOS:

La glositis media romboidal aparece clínicamente como un parche o placa roja en forma de rombo, diamante u ovoide, localizada en la superficie dorsal de la lengua, inmediatamente anterior a las papilas circunvaladas. Es una área plana o ligeramente elevada, resalta del resto de la lengua porque no presenta papilas filiformes. Desde el punto de vista clínico es más notorio cuando la lengua aparece cubierta o las papilas son pesadas y afelpadas.

Según los estudios, existen aproximadamente tres casos por mil personas.

Se ha informado que la enfermedad es tres veces más frecuente en varones que en mujeres.

ASPECTOS HISTOLOGICOS:

Estas lesiones fueron descritas por Sammet, con las siguientes características:

- 1) pérdida de papilas con varios grados de hiperqueratosis.
- 2) proliferación de la capa espesa con alargamiento de las bordes dermoepidérmicos., los cuales pueden ramificarse y anastomosarse.
- 3) infiltrado linfocítico dentro del tejido conectivo.
- 4) numerosos vasos sanguíneos y linfáticos.
- 5) degeneración y formación hialina dentro del músculo subyacente.

Casi todos los casos presentan estos aspectos y suelen encontrarse hifas en la paraqueratina e en la capa espesa muy superficial del epitelio, e en ambas.

Se observan mejor mediante tinción de schiff ácido, periódico.

TRATAMIENTO:

No hay tratamiento específico , algunos casos los han tratado con anfotericina B y han desaparecido , pero algunos no. A veces dichas lesiones curan de manera espontánea . En general , suelen ser relativamente inocuas.

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.

(Lengua geográfica, erupción errante de la lengua, eritema migratorio)

La glositis migratoria benigna es una lesión interesante de etiología desconocida, aunque se ha sugerido que puede estar relacionada con la tensión emocional.

ASPECTOS CLINICOS: La lesión consiste de múltiples áreas de descamación de las papilas filiformes de la lengua, en un patrón irregular enrollado hacia adentro.

La porción central de la lesión algunas veces se inflama y el borde puede estar lineado de color blanco amarillento.

Las papilas fungiformes persisten en áreas descamadas como puntos rojos elevados y pequeños.

Las áreas de descamación permanecen corté tiempo en un lugar, después sanan y aparecen en otro lugar, es decir con la idea de que migran. No es raro que las lesiones pequeñas se unan, la enfermedad puede persistir semanas o meses y después desaparecer en forma espontánea. Posteriormente recurren, se dice que a menudo es contaminante con la lengua fisurada.

ASPECTOS HISTOLOGICOS:

Las papilas filiformes se pierden, y en el margen de la lesión usualmente hay hiperparaqueratosis y acantosis. Al rededor del centro de la lesión, correspondiente al área clínica roja, con frecuencia la paraqueratina está descamada, con notable migración de leucocitos poliformes nucleares y linfocitos dentro del epitelio, produciendo degeneración de las células epiteliales y formación de microabscesos cerca

de la superficie, lo cual algunas veces se denomina mucositis postu-
lar subcorneal.

También se presenta infiltración de células inflamatorias de teji-
do conectivo subyacente, principalmente de neutrófilos, linfocitos y
células plásmáticas.

El cuadro histológico se ha descrito como una apariencia psoriasi-
forme.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO:

El tratamiento es empírico, porque la etiología se desconoce.

Como la enfermedad es benigna, no habrá necesidad de inquietar, sólo
habrá que alertar al paciente.

Se ha aplicado altas dosis terapéuticas de vitaminas, pero en general
todos los tratamientos han fracasado.

LENQUA VELLOSA:

La lengua vellosa es un trastorno poco común, que no es específica-
mente una alteración del desarrollo, pero se considera con otras lesio-
nes de la lengua pertenecientes a éste grupo.

ASPECTUS CLINICOS:

Esta alteración se caracteriza por hipertrofia de las papilas filii-
formes de la lengua, sin que haya descamación normal que pueda ser
extensa y formar una capa gruesa afelpada sobre la superficie dorsal.

El color de las papilas puede variar desde blanco amarillento hasta café o incluso negro, según su tinte por factores extrínsecos como tabaco, algunas comidas, medicinas o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal. Las papilas que pueden tener una longitud considerable, ocasionalmente rozarán el paladar del paciente causándole náuseas.

ETIOLOGIA:

Aunque se desconoce, se ha sugerido que los microorganismos, en particular los hongos, pueden ser el factor estimulante, es cierto que varios tipos de microorganismos como la *Candida albicans* pueden cultivarse por la raspadura de las papilas.

Una explicación alternativa es que las alteraciones sistémicas por ejemplo anemia, trastornos gástricos, son los causales de la lengua vellosa. Así mismo hay pocas pruebas que la respalden.

Incluso se ha sugerido que ingerir ciertas drogas como por ejemplo perborato de sodio, peróxido de sodio y antibiótico como penicilina, pueden incitar su aparición.

El desarrollo de la lengua vellosa se observa con mucha frecuencia en pacientes que han sufrido radiaciones extensas alrededor de cabeza y cuello, para tratamiento de tumores. Se ha encontrado que casi invariablemente, la radiación se dirige a través de algunos o todas las glándulas salivales alterando con ello su función.

La lengua vellosa se debe a algun cambio en el medio ambiente bucal local, que puede ser físico o químico en la saliva o en la flora microbiana.

INFLAMITIU:

Esta es una enfermedad benigna, como la estilogia aun se desconoce el tratamiento es empírico, con frecuencia los restos de comida se juntan en la profundidad de las papilas y producen irritación, en dichos casos la lengua puede cepillarse a fin de estimular la desecarnación y quitar los restos.

VARICES LINGUALES:

(Varicosidades linguales o sublinguales.)

Una varice es una vena tortuosa, dilatada, con frecuencia sujeta a una presión hidrostática aumentada, pero con soporte deficiente del tejido circundante. Son relativamente comunes las varices que afectan las venas raninas linguales, apareciendo como racimos de venas parecidos a perdigones de color rojo o púrpura localizada en la superficie ventral y en los bordes laterales de la lengua, así como en el piso de la boca. Sin embargo, las varices también se presentan en otros sitios como en labios superior e inferior, mucosa y comisuras bucales.

No se ha establecido una asociación directa entre estas varicosidades y otras enfermedades orgánicas específicas.

Sin embargo Kleiman concluyó que dichas varicosidades presentan un proceso de la edad y que cuando se presentan antes de los 50 años de edad, pueden indicar envejecimiento prematuro.

PATOLOGIAS DE LA LENGUA:

El cáncer de la lengua es muy común y comprende el 25 al 50% de todos los cánceres intrabucales.

CARCINOMAS:

Es un cáncer muy común en varones, excepto en ciertas zonas geográficas, como en países escandinavos, donde la frecuencia de todos los cánceres intrabucales en la mujer es alta debido a la elevada frecuencia del síndrome Plummer-Vinson.

ETIOLOGIA:

Se ha encontrado varias causas de cáncer de la lengua y otros trastornos.

Muchos investigadores han hallado sífilis ya sea en un caso activo o al menos en los antecedentes de la persona, coexistente con carcinoma de la lengua.

La leucoplasia es una lesión común de la lengua que muchas veces está asociada con el cáncer lingual. No es raro observar lesiones típicas de carcinoma en áreas leucoplásicas, por el contrario muchas lesiones de leucoplasia persisten durante años sin que haya una transformación maligna y varios casos de carcinoma de la lengua se desarrollan sin que hayan signos de leucoplasia.

Otros factores que se han pensado contribuyen al desarrollo del

Carcinoma lingual, incluye mala higiene bucal, traumatismo crónico alcoholismo y tabaquismo. Estos dos últimos y la mala higiene son tan predominantes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones acerca de una posible relación causa y efecto, se ha observado un número importante de casos en los cuales el cáncer de la lengua se desarrolla en un sitio que corresponde exactamente a una fuente de irritación crónica como lo es un diente cariado o fracturado o una prótesis mal ajustada.

Sin embargo aseguran que estos agentes son los causales.

ASPECTOS CLINICOS:

El signo más común de carcinoma de la lengua es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de los pacientes la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se infecta de manera secundaria.

El tumor puede empezar como una úlcera no dolorosa en borde superficial con bordes ligeramente elevados y tienden a desarrollar una masa.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS NEOPLASIAS:

El cáncer se considera una enfermedad singular por las siguientes razones;

- 1- Es mortal cuando no recibe tratamiento.
- 2- la importancia vital del tiempo en el tratamiento.
- 3- su signos tempranos, que a veces no pueden diferenciarse de innumerables trastornos comunes relativamente insignificantes como por ejemplo los procesos inflamatorios.

Debemos que el tiempo es uno de los factores más importantes en el diagnóstico de las neoplasias y que una pequeña demora en su tratamiento ,suele costar la vida del paciente, considerando entonces que el dentista tenga presente a las neoplasias, los investigue y formule un diagnóstico definitivo tan pronto como sea posible en todos los casos sospechosos..

Los signos más peligrosos de cáncer son:

- a) cualquier lesión (úlcera, vesícula ,etc.) que no cicatrice en un tiempo razonable.
- b) abultamientos o engrosamientos en las mucosas u otro sitio.
- c) hemorragias persistentes o raras.
- d) cualquier modificación (agrandamiento ,necrosis) en una lesión benigna preexistente.

e) dificultad persistente para deglutir.

f) Ronquera o tos persistente.

El dentista dispone de varios medios para hacer el diagnóstico o cuando menos sospechar de la existencia de una leucoplasia y remitir al paciente a centros de salud especializados.

Los medios para diagnosticar son:

1- Historia clínica.

Detectando los antecedentes hereditarios en relación a las neoplasias, los hábitos del paciente: alcoholismo, tabaquismo etc. obviamente es importante que este enterado de los factores etiológicos en la aparición de neoplasias en cavidad oral.

2- Observación directa (inspección visual)

3) Inspección armada y palpación manual.

4) Utilización de estudios especiales como son la citología esfumativa y la biopsia.

5) Métodos radiológicos, esto en casos de neoplasias óseas o internas.

TUMORES BENIGNOS, HIFERPLASIAS Y DISPLASIAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

La composición histológica diversa, de la región maxilofacial explica la variedad de alineaciones celulares y de neoformaciones que ocurren en ella, pueden formarse tumores de tejido blando en los labios, mejillas, piso de boca, lengua y encía, así como en los espacios sponderóticos, donde pueden originarse o hacer una invasión secundaria, los tumores se forman a partir del revestimiento epitelial y también del tejido conectivo subyacente y de las estructuras que contiene.

Si los tumores de los tejidos blandos se originan en la submucosa o en el periostio que cubre a la epófisis alveolar, el paladar u otras partes del maxilar y mandíbula, pueden tomar también el hueso y ocasionar reabsorción compresiva o hasta pueden penetrar el hueso. También, pueden ocurrir displasias epiteliales que requieren un manejo especial porque algunas entrañan potencial maligno.

Los tumores que consideremos son:

Papilomas, fibromas, lipomas etc.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento de los tumores benignos de los tejidos blandos suele entrañar su resección o destrucción.

La técnica quirúrgica que se elija para erradicar neoformaciones benignas suele ser más conservadora que para las lesiones similares malignas.

La eliminación suele hacerse mediante escisión quirúrgica con un instrumento cortante, o bisturí eléctrico, sin embargo también existen otros métodos para destruir tejido tumoral in situ, como electrocauterio, electrodesecación, crioterapia e inyección de soluciones esclerosantes.

Siempre conviene obtener tejido para hacer el examen histológico y documentar la lesión.

Esto debe hacerse cualquiera que sea la información anterior.

La dificultad para obtener una muestra para exámenes microscópicos es una de las desventajas de los métodos destructivos aparte de la escisión. Sin embargo, la ablación de lesiones superficiales difusas mediante electrocauterio o crioterapia ofrece otras ventajas ya que es un método versátil y eficaz para tratar tales lesiones bucales.

TECNICAS QUIRURGICAS.

La escisión puede hacerse con escalpelo o con bisturí eléctrico. Las lesiones también pueden destruirse mediante electrocoagulación. Como las heridas escisionales suelen cerrarse con sutura, curan más pronto y dan un resultado más estético, pero en el manejo de las lesiones vasculares el cierre de los capilares mediante electrocoagulación depasa sus ventajas evidentes.

Los tumores superficiales y las displasias epiteliales pueden eliminarse con escapelo o con la técnica electroquirúrgica. Por lo general es suficiente incluir un margen de 0.3 a 0.5 cm. La incisión debe hacerse a una profundidad adecuada para incluir todo el tumor en la pieza quirúrgica. Puede ser que para hacer el cierre se deben socavar los bordes de la herida. Los tumores pediculados se escinden con escapelo o electrocauterio, tiene que haber una profundidad adecuada con un margen periférico apropiado de tejido normal. Los tumores pediculados originados en la mucosa alveolar hiperplasia gingivales suelen escidirse en forma conservadora.

En los tumores de origen más profundo el pedículo debe escidirse hasta el hueso para evitar que recidiven. Esto reviste particular importancia en los tumores formados a partir de la papila interdental. Los tumores gingivales recurrentes pueden requerir la eliminación del hueso subyacente y el posible sacrificio de dientes adyacentes.

Los tumores séñiles se esciden de manera muy similar que los superficiales. Los que invaden el hueso o exhiben signos de origen intradérmico, requieren una escisión quirúrgica más radical que incluye el hueso.

Los tumores submucosos se exponen mediante una incisión trazada de manera apropiada.

El tumor adyacente se disecciona cuidadosamente respecto del tejido normal circundante. Conviene retirar siempre la cápsula junto con la lesión. Una vez hecha la hemostasia, se cierra la herida por planos.

Los tumores que se forman sobre la lengua o dentro de ella se pueden escindir con facilidad sin complicaciones, aunque la excepción podría ser una lesión infiltrativa profunda.

En caso necesario se pueden escindir porciones grandes de la lengua junto con el tumor. La composición muscular de esta estructura que posee una irrigación sanguínea bilateral permite hacer la reconstrucción con un compromiso funcional mínimo.

HIFERPLASIAS Y DISPLASIAS EPITELIALES DE LA MUCOSA BUCAL.

LEUCOPLASIA:

Leucoplasia es el nombre que se da en clínica a ciertas lesiones blancas fijas de la mucosa oral. Aunque la leucoplasia no es un tumor en el sentido usual, existen casos bien documentados de malignización.

La leucoplasia adopta distintas formas,,la estrategia para asesorar y atender al paciente debe basarse en la identificación y evaluación apropiada de la lesión.Aunque el clínico experimentado puede establecer en cierta medida la índole de la lesión al inspeccionar los rasgos superficiales de la leucoplasia bucal,la verificación final tiene que ser el examen microscópico de la lesión.

Puede haber leucoplasias en cualquier parte de la cavidad bucal pero la incidencia es mayor en ciertos sitios.

Shefer y Waldron en 1961 establecieron que la mayoría de las lesiones se forman en la cresta alveolar mandibular,seguidas por orden de frecuencia decreciente,por la mucosa yugal,paladar cresta maxilar,piso de boca,labio inferior y lengua.

ASPECTO CLINICO:

Puede abarcar desde una placa blanca aislada, hasta un compromiso difuso y generalizado de la mucosa.Puede haber variación en cuanto a color y textura de la superficie.El color puede ser blanco grisáceo y hasta amarillo claro,pero en los que mascan tabaco la leucoplasia bucal puede estar manchada de un tinte pardusco.

La textura superficial puede ser lisa o desplegar la alterancia extrema de una lesión rugosa, con fisuras muy profundas, en ocasiones la placa blanca elevada es tan irregular que exhibe alteraciones papilomatosas.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El procedimiento quirúrgico comienza trazando una incisión lineal que llega hasta las comisuras de la boca, sea en el mismo límite mucocutáneo o paralelamente a él.

por razones estéticas es muy importante que esta escisión siga fielmente el contorno del borde bermellón. Si la lesión llega hasta el límite mucocutáneo o más allá, la escisión debe hacerse en la piel normal junto con un margen apropiado. Luego se hace una segunda incisión a través de la mucosa para unir los dos extremos de la primera en las comisuras de la boca, formando así un contorno elíptico que circunscribe a las regiones afectadas de la mucosa labial.

En las regiones leucoplásicas incipiente la incisión debe de ser más amplia y más profunda para que incluya por lo menos el tejido muscular.

El segundo paso de la operación es socavar y disecar la mucosa respecto del tejido subyacente. En esta etapa pueden aparecer las ramas terminales de las arterias labiales inferiores, que se

Deben ligar, una vez escindida la mucosa, se prepara un colgajo deslizando de mucosa para cubrir la herida, esto se hace soltando cuidadosamente la mucosa labial interna remanente.

Habiendo movilizado debidamente el colgajo mucoso, se avanza y se aproxima el borde de avance de la incisión cutánea colocando-se múltiples puntos separados de seda negra.

La acumulación de sangre debajo del colgajo es indeseable porque impide que la mucosa se adapte bien a los tejidos subyacentes y después puede retardar la curación, si hay un hematoma evidente hagáanse varias incisiones pequeñas en puñalada en el colgajo para que drene. No es práctico aplicar un apósito compresivo en esta región, siempre se deben de hacer aplicaciones de una bolsa de hielo en el labio para reducir el sangrado y la tumefacción en el posoperatorio.

El proceso de cicatrización es lento y doloroso y puede dejar una cicatriz considerable.

ERITROPLASIA:

Es una placa mucosa aterciopelada de color rojo intenso que no se puede atribuir clínicamente ni histopatológicamente a ningún otro estado. Esta alteración del epitelio bucal es ominosa porque se caracteriza por un crecimiento de tipo endoefítico y no exofítico, como sucede en la leucoplasia.

Si se la considera una lesión precancerosa, se ha demostrado que en los pacientes definidos como de alto riesgo, la lesión aterciopelada roja del piso de la boca, cara ventrolateral de la lengua o paladar blando es la primera indicación visible de la presencia de un cáncer y se presenta mucho antes de que sobrevenga cualquier ulceración, sangrado, dolor o linfadenopatía.

TRATAMIENTO:

Es la escisión quirúrgica amplia, el estudio histopatológico de la pieza y un seguimiento apropiado a largo plazo del sitio operatorio.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL:

PAPILOMA:

Es un tumor que se origina en el epitelio superficial de la boca. Los papilomas son frecuentes en la lengua, carrillo, labios y paladar duro y blando.

Los tumores suelen ser aislados y en su mayoría pequeños. Cuando cubren una gran superficie se asocian a veces con leucoplasias.

Los papilomas pueden exhibir alteraciones celulares disqueratóicas, por lo cual algunos autores los califican como lesiones epiteliales prealignas.

TRATAMIENTO:

Consiste en la escisión quirúrgica con amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

La escisión provee una muestra para su análisis y para confirmar el diagnóstico.

QUEMATOCANTOMA:

Es una neoforación umbilicada elevada y benigna que clínicamente puede semejar una neoplasia maligna, pero en el examen histológico presenta muchos rasgos que pueden conducir a la interpretación errónea de carcinoma espinocelular, se dijo que ocurre en la cara, labios, lengua y encía.

Se afectan en la misma medida los labios superiores e inferiores. a diferenciadel carcinoma espinocelular que casi siempre afecta al labio inferior.

Suelan ser lesiones solitarias, pero a veces son múltiples

Su incidencia culmina en la sexta década de la vida.

TRATAMIENTO:

Primero hay que obtener una evaluación microscópica competente de la biopsia para programar el tratamiento apropiado del paciente.

GRANULEMA FIGGEND:

Es una lesión hipertrófica causada por traumatismos e infección que suele afectar a la encía, pero también ocurre en la lengua.

La lesión consiste en una masa pediculada o sésil blanda y de color rojo a púrpura dotada de una superficie granular lobulillada que puede ulcerarse. La infección es secundaria y suele consistir en microorganismos saprófitos inespecíficos de baja virulencia. Se forma un tejido conectivo muy vascularizado que sangra con facilidad.

El granuloma piógeno, da en ambos sexos y a cualquier edad, muchas veces la lesión cura espontáneamente si se elimina la causa.

TRATAMIENTO:

Se recomienda la escisión con electrocirugía. No hace falta extraer los dientes adyacentes, pero hay que eliminar los factores causales. La herida puede cerrarse con suturas, cubrirse con un apósito periodontal o dejar que cure por epitelización secundaria.

TUMORES BENIGNOS ORIGINALES EN EL TEJIDO CONECTIVO.

FIBROMA:

Es un tumor común de la cavidad oral, que se forma a partir del tejido conectivo submucoso.

su tamaño puede variar .

Ocurren con frecuencia en: mucosa vestibular, encía , paladar y en casos reros en la cara ventral de la lengua.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Se presenta como un agrandamiento prominente , es de color parecido al de la mucosa normal, de superficie lisa y de forma curva, simétrica o elíptica, su consistencia también es variable dependiendo del lugar donde se forme.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Se observan gran cantidad de fibras colágenas , intercaladas con cantidades variables de fibroblastos y fibrocitos con pequeños vasos sanguíneos, su superficie está cubierta por epitelio plano estratificado.

TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica, y someter la muestra a estudios. 47

LIPOMA.

Es un tumor benigno que crece en longitud y se origina en el tejido adiposo.

Histológicamente consiste en células adiposas de aspecto normal. Puede adoptar una forma esférica o multilobular y tener una base sésil o pediculada. Este tumor blando bien móvil tiene el color amarillo típico de la grasa. En ocasiones, debajo de la fina mucosa, se ven delicados vasos sanguíneos que recorren la superficie de la lesión.

Se observan lipomas en la mayoría de las regiones de la boca.

TRATAMIENTO:

Es la inscisión quirúrgica.

La escisión inadecuada puede dar lugar a recidivas. Esto sucede porque la lesión tiende a propagarse mediante prolongaciones digitales en el tejido adyacente, donde forma lobulillos nuevos.

OSTEOMA:

A veces se observan en los tejidos blandos, con preferencia en el dorso de la lengua, en íntima asociación con las papilas calciformes y el agujero ciego.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es la escisión conservadora, no se han registrado casos de recidiva.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR.

MIDMA:

Es un tumor relativamente raro que se origina en el tejido muscular. El sitio más común es la lengua, pero se mencionaron casos en el paladar blando y en los labios.

El tumor forma unos nódulos encapsulados en la sustancia de la lengua.

Histológicamente el mioma puede ser un leiomioma.

Un tipo especial de mioma es el llamado *épulis congénito*, que también se conoce como tumor de *Abrikossoff*.

Otro tipo singular es el *mioblastoma* que forma un nódulo palpable firme, consiste en células granulares que podrían ser de origen muscular.

RABDOMIOMA:

Es un tumor benigno originado en el músculo estriado, suele presentarse como una masa circunscrita que no duele.

Se forma con mayor frecuencia en la lengua o en el piso de la boca.

La incidencia de este tumor es baja.

TRATAMIENTO:

Consiste en una escisión conservadora. Las recidivas son pocas.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN VASCULAR.

HEMANGIOMA:

Es un tumor benigno de origen vascular que dentro de la boca ocurre con mayor frecuencia en el labio, lengua, mucosa yugal y paladar.

Las lesiones superficiales suelen tener un aspecto azul o rojo típico .

Comprimiendo el vaso aferente se produce el blanqueamiento de la lesión .La mayoría de los casos se presentan al nacer y prácticamente solo crecen durante los primeros años. Esto dio lugar al término hemangioma congénito, que se emplea a veces para describir este tumor. Muchas de estas lesiones remiten a temprana edad sin tratamiento.

Por ahora los hemangiomas se consideran malformaciones vasculares del desarrollo con proliferación de vasos sanguíneos y no neoplasias verdaderas.

Microscópicamente a los hemangiomas se les clasifica como capilares o cavernosos, la diferencia es la distribución física de pequeños vasos revestidos de endotelio, en lugar de grandes espacios sanguíneos tapizados por endotelio.

Las varicosidades venosas pueden simular clínicamente un hemangioma de tejido blando.

En el diagnóstico diferencial también se debe tener en cuenta la flebectasia (manchas de caviar), estado en que ocurren unas

Lesiones negras azuladas, cuyo diámetro varía desde una cebra de alfileres hasta 5 mm, en la mucosa bucal, en particular de los labios, lengua y paladar. Son elevadas y desaparecen al presionar. Representan vasos de finas paredes en la submucosa.

TRATAMIENTO.

La criocirugía resultó eficaz, además el resultado estético es mejor.

Para tratar hemangiomas grandes produciendo esclerosis de los espacios endoteliales ocupados por sangre se puede hacer radioterapia. Una vez que el tumor se ha fibrosado, se puede hacer una escisión con el bisturí eléctrico, pero la reparación de los tejidos irradiados puede plantear problemas en la curación primaria de la herida.

En los niños la irradiación de la cara también puede acarrear consecuencias indeseables. Estas consecuencias suelen manifestarse años después con retardo del desarrollo de la cara y malformación de los dientes.

LINFANGIOMA:

Es un tumor benigno de los vasos linfáticos cuyo origen embriológico es incierto.

El tumor es blando y de tamaño variable, las lesiones pequeñas suelen ser superficiales, mientras que las grandes son más profundas y en la mayoría quísticas. En algunos pacientes existe una propagación difusa del linfangioma a la cara, boca y cuello, en la boca se encontraron lesiones en labio, lengua, piso de boca y mejillas.

Los linfangiomas grandes del piso de la boca, lengua y cuello, pueden ocasionar dificultades para respirar, que requiere medidas de emergencia.

TRATAMIENTO:

El de mayor aceptación es la escisión quirúrgica, ya que el drenaje, radioterapia han dado resultados limitados..

En la mayoría de los casos no se puede eliminar todo el linfangioma porque infiltra la profundidad de los espacios texturales y es difícil distinguirlo cuando se ha colapsado. La escisión total requiere cirugía radical, con pérdida de estructuras anatómicas vitales.

El linfangioma de la lengua plantea problemas especiales, El crecimiento difuso produce macroglosia y esto contribuye a la malocclusión de los maxilares y a un lenguaje defectuoso.

Los cambios inflamatorios secundarios a infección y traumatismos de la masticación son una complicación grave que puede costar la vida ,porque ocasiona un agrandamiento rápido de la lengua, en estos casos es esencial administrar antibióticos y corticosteroides, junto con el apoyo médico completo.

El tratamiento de los linfangiomas linguales es quirúrgico. Cuando la lengua adquiere una dimensión excesiva, hágase una glossectomía parcial.

TUMORES NEUROGENOS:

NEUROMA TRAUMATICO.

Se es una neoplasia verdadera sino un intento frustrado de reparación en un tronco nervioso lesionado, ocurre luego de la sección accidental o deliberada de un nervio.

Puede formarse tras la escisión quirúrgica de dientes y tumores en particular si hay una obstrucción como tejido cicatrizal o espículas óseas desplazadas que no permiten que el cabo proximal del nervio se una con el cabo distal. Sin embargo a pesar de esta obstrucción el nervio sigue proliferando y forma una masa de fibras nerviosas y células de Schwann

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Se presenta como un pequeño nódulo doloroso que crece con lentitud. La palpación suscita dolor muy extraordinario. El neuroma puede formarse en cualquier sitio donde el nervio ha sido traumatizado. El sitio más común es la región del agujero mentoniano, otros sitios comprenden el nervio alveolar inferior expuesto en la mandíbula atrófica, la región del agujero infraorbitario, el labio y la lengua. La presencia de un neuroma en una cefala desdentada puede causar gran incomodidad a los pacientes que usan dentaduras.

TRATAMIENTO:

Resectar el neuroma por amputación, incluyendo una pequeña parte del

Nervio proximal. Si la resección se hace a tiempo con una neurografía se puede restablecer la sensibilidad normal, pero si no se puede esperar que el nervio regenere, inyectar alcohol absoluto en el muñón proximal se alivia el dolor o la parestesia.

NEURILENOMA:

Es benigno, casi siempre encapsulado y ocurre en el trayecto de un nervio periférico, suele comenzar como una lesión solitaria y a menudo se aloja en la lengua.

La superficie de corte es de un color blanco grisáceo homogéneo o rojo moteado y, si es grande puede contener espacios quísticos.

TRATAMIENTO:

Es la escisión quirúrgica, es resistente a la radiación.

MICROULDERMA:

Muestra una red de cilindros citoplásmicos rodeados de colágeno y dispuestos en una empalizada típica.

C O N C L U S I O N

Los conceptos de odontología deben ser la base primordial de todo dentista, para un mejor desempeño en favor de los pacientes y de él mismo.

La rama de la odontología es una ciencia de aplicación práctica que obliga al cirujano Dentista, a tener un conocimiento de las teorías, como también comprender el porqué de la formación, desarrollo y vida de los órganos que componen el ser humano y en especial la cavidad oral.

El Dentista no sólo tiene la finalidad de curar y devolverle el aparato masticatorio su funcionamiento normal, sino también puede prevenir complicaciones, como sería el caso de un tumor maligno. Es muy importante lo que el odontólogo hace a diario, como es la historia clínica y exploración, incluyendo exámenes y observando la forma, tamaño, color y anomalías existentes. El método más seguro para hacer el diagnóstico en caso de sospecha es hacer una biopsia y seguir con exámenes histopatológicos.

El odontólogo debe de obtener el informe de la biopsia lo antes posible y si hay tumores malignos remitirlo inmediatamente al especialista, para que reciba el tratamiento adecuado.

Es muy importante también darle a conocer al paciente, el tipo de lesión, explicándole desde su causa hasta el medio de tratamiento. Desde la antigüedad se han presentado lesiones bucales, algunos autores siguen investigando acerca de ésta y dan teorías e ideas, por consiguiente hay que estar actualizados y estamos documentando constantemente.

BIBLIOGRAFIA.

PROSTEDNCIA DENTAL COMPLETA.

JOHN SHARRY.

ANATOMIA HUMANA.

L. TESTUT A- LATAUJET.

TOMO III

SALVAT.

TRATADO BUCAL.

SHAHER

CUARTA EDICION

INTERAMERICANA.

LASKIN

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

EDITORIAL MEDICA

FANAMERICANA

1987

ARGENTINA.