

158
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LENGUA GEOGRAFICA

PATOLOGIA BUCAL

ELSA MARIA LIZARRAGA PARADA

México, D.F. junio 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

I.	INTRODUCCION.	
-	Definición de Lengua	3
-	Anatomía de Lengua	3
-	Desarrollo de la Lengua	11
-	Fisiología del sentido del gusto	13
-	Histología de la Lengua	15
II.	LENGUA GEOGRAFICA. -	
	Definición	20
-	Aspectos clínicos	22
-	Clasificación	26
-	Diagnóstico	27
-	Histopatología	27
-	Tratamiento	29
-	Pronóstico	29
III.	PROCEDIMIENTO CLINICO	
-	Historia Clínica	30
-	Procedimiento terapéutico	35
-	Resultados	35
-	Discusión	36
-	Conclusiones	37

INTRODUCCION

DEFINICION DE LENGUA : La lengua es un órgano muscular muy móvil alojado en el espacio parabólico que circunscriben los arcos dentarios ocupando por completo el espacio cuando la boca se halla cerrada. La lengua es el órgano esencial del gusto, y participa además en la masticación, en la deglución, succión y fonación.

ANATOMIA DE LA LENGUA

La lengua es un órgano impar, medio y simétrico. Desde el punto de vista de su dirección se puede dividir en dos porciones : una porción anterior o bucal y una porción posterior o faríngea, siendo el istmo de las fauces el límite de estas dos porciones. Para su estudios también puede dividirse en tres tercios : uno anterior, uno medio y uno posterior.

LA LENGUA SE DIVIDE EN :

Dos caras : una superior y otra inferior.

Dos bordes laterales.

Una base.

Un vértice o punta.

- Cara superior o dorsal : es frecuentemente convexa en sentido anteroposterior, en la unión de los dos tercios anteriores con el posterior se localiza la "V" lingual. La lengua tiene un aspecto uniforme y se relaciona con la bóveda palatina. Se encuentran arrugas o surcos.

Por detrás de la "V" lingual, la superficie es muy irregular presentando numerosas eminencias que corresponden a las glándulas foliculares. Esta zona se encuentra en relación con la cavidad faríngea, en la línea media está limitada por la epiglotis. Por delante de la epiglotis se ven tres pequeños repliegues mucosos (glosoepiglóticos) que unen la lengua con la cara anterior de la epiglotis. Cada uno de ellos comprende en su estructura fascículos de fibras musculares estriadas.

- Cara inferior : en esta cara se encuentra el frenillo lingual, el cual es de forma semilunar, es muy resistente y limita los movimientos de la lengua, específicamente los movimientos de elevación y los de proyección hacia adelante.

En la parte más inferior del frenillo lingual y a cada lado de la línea media se encuentran dos pequeños tubérculos perforados en su centro que son los orificios del conducto de Wharton.

Un poco más arriba se encuentran los conductos excretores (de Bartholin) de la glándula sublingual.

A cada lado del frenillo, se encuentran las dos venas raninas, las cuales están situadas por debajo de la mucosa.

- Bordes laterales: son libres y redondeados y están en relación con los arcos dentarios, se adelgazan gradualmente a medida que se aproximan a la punta de este órgano.

- Base: es ancha y gruesa, está en relación con los músculos milohioideos y geniioideoes, con el hueso hioides y con la epiglotis.

- Punta: es muy delgada y aplanada de arriba hacia abajo.

CONSTITUCION ANATOMICA.

- I. Esqueleto de la lengua.
- II. Músculos de la lengua.
- III. Mucosa lingual.
- IV. Vasos y nervios.

I. Esqueleto de la lengua : está constituido por el hueso hioides, por dos láminas fibrosas, por la membrana hioglosa y por el séptum medio.

a) El hueso hioides está situado por debajo y por detrás de la lengua, con el cual tiene conexión íntima.

b) La membrana hioglosa o glosohioidea es una lámina fibrosa situada en la parte posterior de la lengua y dirigida transversalmente. Nace en el borde superior del cuerpo del hioides y se dirige hacia arriba casi verticalmente y desaparece en medio de los haces musculares de la lengua. La altura de la membrana hioglosa es de 8 a 10 mm., en el adulto y de 4 a 5 mm., en el recién nacido. Su amplitud es de 28 a 30 mm., en el adulto y de 10 a 12 mm., en el recién nacido.

c) El séptum medio o lingual es una lámina fibrosa de coloración blancoamarillenta situada en la línea media, entre los músculos genioglosos.

II. Músculos de la lengua

a) Músculos extrínsecos : se insertan en regiones óseas y órganos vecinos a la lengua.

1. Músculos que tiene inserción en huesos próximos

Genioglosos (2)

Hioglosos (2)

Estiloglosos (2)

2. Músculos que tienen inserción en órganos próximos

Palatoglosos (2)

Faringoglosos (2)

Amigdaloglosos (2)

3. Músculos que tienen inserción en huesos y órganos próximos

Lingual superior (1)

Lingual inferior (2)

b) Músculos intrínsecos : se insertan en sus dos extremidades a los elementos histológicos de este órgano.

Transverso (2)

En total el número de músculos que posee la lengua es de 17.

III. Mucosa lingual : Recubre todas las regiones a excepción de la base. Es delgada y transparente en la cara ventral de la lengua, y de mayor consistencia en el dorso de la lengua. La coloración de la mucosa lingual es rosada, en toda la extensión de su superficie libre presenta multitud de pequeñas elevaciones llamadas papilas.

Forma y división de las papilas.

- a) Papilas caliciformes : se componen de un mamelón central, rodeado de un foso y una muralla (vallum). Se localizan en la "V" lingual.
- b) Papilas fungiformes : tienen semejanza con un hongo (fungus), son abultadas en su extremidad libre. Se componen de una cabeza de volumen variable y redondeada, sostenida por un pedúnculo más o menos largo y más o menos delgado. Se encuentran irregularmente diseminadas en el dorso de la lengua.
- c) Papilas filiformes : son pequeñas elevaciones cilíndricas o cónicas, desde el vértice de las cuales nace un ramillete de prolongaciones filiformes llamadas papilas coloriformes. Ocupan toda la porción de la cara dorsal de la lengua.

- d) Papilas foliadas : se observan en los bordes laterales de la lengua cerca de la base de la misma, están constituidas por una serie de pliegues verticales adosados unos con otros por sus caras correspondientes. Cada uno de estos pliegues están separados de los pliegues vecinos por un pequeño surco de igual dirección.

IV. Vasos y nervios.

a) Del cuerpo muscular

Arterias : provienen de la arteria lingual, de la palatina inferior y de la faríngea inferior, las cuales son ramas inmediatas de la carótida externa.

Venas : se dirigen de la cara externa del hiogloso y aquí se reúnen en un tronco común, la vena lingual propiamente dicha, que desagua en la yugular interna.

Linfáticos : se unen después de un breve trayecto a los eferentes de la red superficial o mucosa.

Nervios : provienen del facial y del hipogloso mayor.

b) De la mucosa

Arterias : son suministradas primero por la arteria dorsal de la lengua que irriga la parte posterior de la mucosa. Segundo por la arteria ranina y por la sublingual, que irrigan la parte anterior.

Venas : las venillas descienden de las papilas y se reúnen debajo de la mucosa lingual con las venas nacidas de las formaciones glandulares y van finalmente a desembocar en la yugular interna.

Linfáticos : se distinguen dos redes, una linfática mucosa superficial y una red muscular profunda.

Nervios : tienen dos orígenes principales, del lingual y del glossofaríngeo, y un nervio de menor importancia que es el laríngeo superior.

DESARROLLO DE LA LENGUA

Al mismo tiempo de desarrollo de la superficie externa de la cara, se origina la lengua a partir de cuatro protuberancias independientes situadas en la pared ventral de la faringe primitiva. La primera protuberancia en aparecer es el pequeño tubérculo lingual medio o tubérculo impar que se forma entre los arcos mandibulares y por debajo de los mismos. Después aparecen dos tubérculos linguales laterales, los cuales van aumentando de tamaño y se fusionan luego entre sí con el brote lingual medio. De este modo se constituyen los dos tercios anteriores de la lengua del adulto. El tercio posterior de la lengua surge a partir de la eminencia hipobranquial (o cúpula) que es una elevación que se forma caudalmente en relación con el tubérculo lingual medio, entre los extremos ventrales de los arcos branquiales segundo, tercero y cuarto. La eminencia hipobranquial se encuentra separada del tubérculo lingual medio por una depresión, a partir de la cual se origina el conducto tirogloso; esta depresión en la lengua del adulto es denominada agujero ciego.

La parte caudal de la eminencia hipobranquial queda separada por la formación de un surco transversal constituyendo la epiglotis.

A partir del resto de la eminencia hipobranquial, una protuberancia en forma de "V", se aproxima por arriba de los tubérculos linguales laterales, hasta que se pone en contacto y se fusiona con ellos a lo largo de la línea del surco terminal, quedando constituida la parte posterior o faríngea, el endodermo y el mesodermo del tercer arco branquial, sobrepasan a sus homónimos del segundo arco y los excluyen de la formación de la lengua. El ectodermo de la cavidad bucal crece hacia el mesénquima subyacente y contribuye al desarrollo del surco gíngivolingual, que separa a la lengua del piso de la boca. El epitelio y el tejido conjuntivo de la lengua se derivan del aparato branquial, pero los músculos estriados linguales se cree que se originan a partir de los somitos occipitales, que emigran hacia adelante, rodeando a la faringe y llevando consigo al nervio hipogloso.

El nervio lingual derivado del nervio del primer arco (ramo mandibular del trigémino), inerva la porción de mucosa situada por detrás de las papilas caliciformes. La cuerda del tímpano es un ramo del nervio facial, que inerva al segundo arco, pero penetra en el arco situado por encima, a excepción de la región situada inmediatamente delante del surco terminal, donde predominan las papilas caliciformes. El nervio glosofaríngeo inerva la mucosa de la parte posterior de la lengua y se desarrolla a partir del tercer arco así como la región de las papilas caliciformes y foliadas.

La parte más posterior de la lengua recibe su inervación del nervio laríngeo superior, lo que indica su desarrollo a partir del cuarto arco .

FISIOLOGIA DEL SENTIDO DEL GUSTO

El sentido del gusto depende de los botones gustativos que se encuentran principalmente en la lengua .

El gusto permite que una persona seleccione el alimento según lo que desea . Existen cuando menos cuatro sensaciones sápidas primarias : ácido, salado, dulce y amargo .

Botón Gustativo y su función : Está compuesto de unas 40 células gustativas, algunas de las cuales son de sostén y otras son células gustativas . La duración de vida de cada célula gustativa es de unos 10 días, por lo tanto son reemplazadas continuamente por división celular. Las células gustativas están dispuestas alrededor de una pequeña cavidad denominada poro gustativo . Desde la punta de cada célula varias microvellosidades, hacen proyección hacia afuera a través del poro gustativo hacia la cavidad de la boca, proporcionando la superficie receptora para el gusto .

Entre las células gustativas se halla una red terminal ramificada de dos a tres fibras nerviosas gustativas, que son estimuladas por las células gustativas. Los botones gustativos degeneran completamente cuando se destruyen las fibras nerviosas gustativas.

Localización de los botones gustativos: se localizan principalmente en las papilas caliciformes, después en las papilas fungiformes y por último en las foliadas, aunque también se observan en algunos sitios del paladar, pilares amigdalinos y alrededor de la nasofaringe.

Las células gustativas son estimuladas por sustancias en solución que penetran en el poro gustativo y que han de pasar a través del material polisacárido para alcanzar la superficie sensorial. Sólo pueden percibirse 4 sensaciones gustativas fundamentales, y hay una sensibilidad regional en la lengua.

Las sensaciones de dulce y salado se aprecian en la punta de la lengua, los ácidos en los lados y lo amargo en la región de las papilas caliciformes. Los estímulos nerviosos que parten de los corpúsculos gustativos en los tercios anteriores de la lengua, pasan por la cuerda del tímpano, ramo del VII par craneal, y los estímulos del tercio posterior de la lengua cruzan por el glosofaríngeo, y los corpúsculos gustativos de la epiglótis y faringe inferior en el neumogástrico.

Todos los nervios pierden su mielina antes de alcanzar los botones gustativos y acaban en terminaciones en forma de rosa y establecen sinapsis sólo con las células gustativas.

HISTOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua se divide en dos porciones .

- a) Libre o cuerpo.
- b) Raíz y base.

En la superficie dorsal hay un surco en forma de "V" que divide a la región anterior de la región posterior .

Está cubierta por mucosa y su masa principal está formada por fibras musculares estriadas y glándulas . Las glándulas son principalmente mucosas en la base de la lengua y serosas en el cuerpo, y los acinómixtos se encuentran en la punta de la lengua . El tercio posterior de la lengua tiene una superficie nodular irregular por la presencia de nódulos linfáticos . La membrana mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa, y debajo de ella se encuentra la submucosa, pero en la superficie superior, la mucosa muestra numerosas protuberancias pequeñas denominadas papilas, las que le dan el aspecto de surcos . Las papilas principales son filiformes, fungiformes, caliciformes y foliadas .

Las papilas filiformes : están situadas principalmente en hileras paralelas al surco en forma de "V" y tienen de 2mm. a 3mm. de altura. cada una de ellas tiene un armazón primario cónico. afilado de tejido conectivo de la lámina propia con papilas secundarias . El epitelio de revestimiento, aunque no es queratinizado es bastante duro .

Las papilas fungiformes : están dispuestas en forma independiente en las hileras de papilas filiformes y son mas numerosas hacia la punta de la lengua . Su forma es semejante a la de un hongo, con un tallo corto y un casquete más ancho . La armazón de tejido conectivo muestra papilas secundarias sobre las que el epitelio suele ser muy delgado y de ello resulta que el plexo vascular abundante en el interior de la lámina propia, le da un color rosado o rojo a la papila . En el epitelio puede haber corpúsculos gustativos .

Las papilas caliciformes : Se encuentran de 10 a 14 papilas en el hombre, están situadas siguiendo el surco en forma de "V" . Cada una de ellas sobresale un poco de la superficie y está rodeada por un surco pequeño circular a la manera de un foso . Los corpúsculos gustativos se sitúan en las paredes laterales a un lado del surco circular.

En el fondo del surco circular se encuentran los orificios de los conductos de las glándulas albuminosas o serosas especializadas que se sitúan en sentido más profundo en el tejido muscular de la lengua.

Todas las papilas poseen abundantes terminaciones nerviosas sensitivas para el tacto.

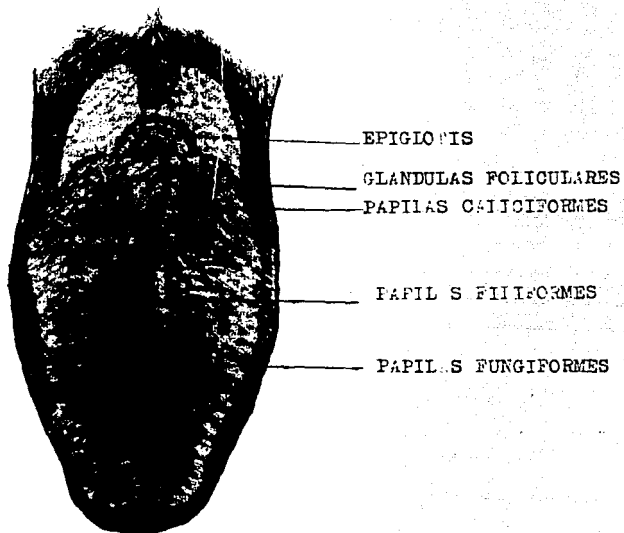
Corpúsculos gustativos: se encuentran principalmente en las papilas caliciformes y fungiformes, pero también en paladar y epiglotis.

Son cuerpos pálidos en forma de barril en el epitelio que se tiñe de oscuro y tienen aspecto laminado o en capas, abarcando todo el grosor del epitelio; tienen una abertura externa pequeña (poro gustativo externo) y un hundimiento basal (poro gustativo interno).

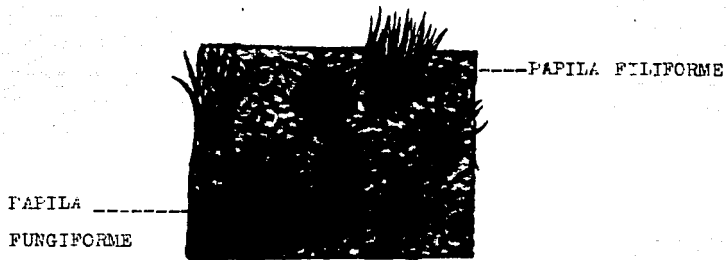
Alrededor del poro gustativo externo se encuentran las células de sostén o sustentaculares, en ambas hay microvellosidades apicales que sobresalen del poro gustativo externo.

Dentro de los corpúsculos gustativos el recambio celular es muy rápido.

LOCALIZACION DE LAS PAPILAS LINGUALES



ASPECTO HISTOLÓGICO DE LAS PÁPILAS FILIFORMES Y FUNGIFORMES



LENGUA GEOGRAFICA.

Lesion benigna de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de una o mas áreas lisas ausentes de papilas filiformes en el dorso y bordes laterales de la lengua .

A esta lesión tambien se le conoce con el nombre de : **Glositis migratoria benigna y eritema migratorio.**

Factores predisponentes : deficiencia de vitamina B, infecciones bacterianas o micóticas, disturbios emocionales, deficiencias nutricionales, factores hereditarios, padecimientos como Psoriasis, Dermatitis Seborréica, Síndrome de Reiter y Atopia . En relación con la última se encontró que el antígeno HLA-B15 se observa con mayor frecuencia en pacientes atópicos con Lengua Geográfica .

La aparición simultánea de Lengua Fisurada con Lengua Geográfica es muy común, tal vez debido a la asociación de factores genéticos .

Sin embargo los pacientes que presentan Liqueen Plano es raro observar la presencia de Lengua Geográfica .

El hábito del tabaco ni los diferentes estratos sociales, no se consideran como un factor predisponente en la presencia de esta lesión . *(*ref* - 2, y 35) .

Marks sugiere que la lesión es un signo común en los pacientes que tienen la tendencia a desarrollar inflamación aguda recurrente en las superficies de contacto con el medio externo, por ejemplo Asma o Rinitis . (*ref* - 14) .

En un total de 39 pacientes con enfermedades de la lengua, 17 fueron sometidos a un análisis químico de saliva para determinar si las lesiones de la lengua se correlacionan con la composición salival . La porción total del flujo salival fue medido con o sin estímulos el resultado indicó que un desbalance hormonal podría ser un factor etiológico en Lengua Geográfica . (*ref* - 19) .

Prevalencia : la prevalencia de la lesión en de 1% a 2% sin preferencia de sexo o edad . En una población de 32,022 niños mexicanos se encontró que la prevalencia de la lesión fué de 1.9% . En una población de 1932 niños en Arabia Saudita la prevalencia fué de .2% . en un total de 2203 niños nigerianos la prevalencia fué de .3% . y en 6090 niños iraquies fué de 4.3% . (*ref* - 30, 45, 33, 35 y 6 respectivamente) .

Aspectos clínicos : la lesión se caracteriza por la aparición de una o mas zonas lisas de color rojo brillante, debido a una hiperemia, sin papilas filiformes, rodeadas por un borde blancoamarillento, el cual se debe a una elongación de las papilas filiformes, y a menudo éstas están circinadas.

Casi todos los pacientes son asintomáticos, sin embargo ocasionalmente, presentan irritación o sensibilidad, por lo general cuando consumen especias y bebidas alcoholicas .

La diversidad de los síntomas varían con el tiempo y a menudo indican la actividad de la lesión que puede desaparecer por períodos y recurrir sin ninguna razón clara .

En pacientes que presentan Lengua Fisurada, los síntomas a veces se ligan con una sobreinfección de las fisuras por *C. Albicans* .

La porción central de la lesión, algunas veces, se inflama, las papilas fungiformes persisten en las áreas descamadas dando la apariencia de migrar, ya que en algunas ocasiones se encuentran en cierto sitio, y en otras ocasiones en otros sitios .

Las lesiones típicas de Lengua geográfica son muy variadas, en los bordes de las lesiones hay leucoedema y escamas (poco visibles clínicamente) . En el centro de la lesión existe una mancha de tinte eritematoso, siendo ésta tonalidad mas marcada cerca del borde de

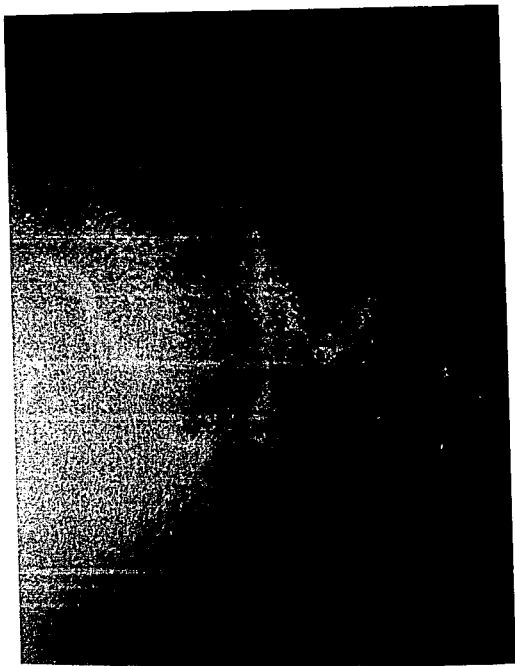
avance, en donde se advierte que las papilas filiformes se van hipotrofiando en grado cada vez mayor, hasta casi tornarse invisibles. Luego cuando la lesión va curando se ve la reaparición paulatina de las papilas filiformes, que desde esa atrofia clínica van aumentando de tamaño, hasta normalizar su anatomía y morfología. Las papilas fungiformes se mantienen prácticamente sin modificaciones, de tal forma que se destacan con nitidez.

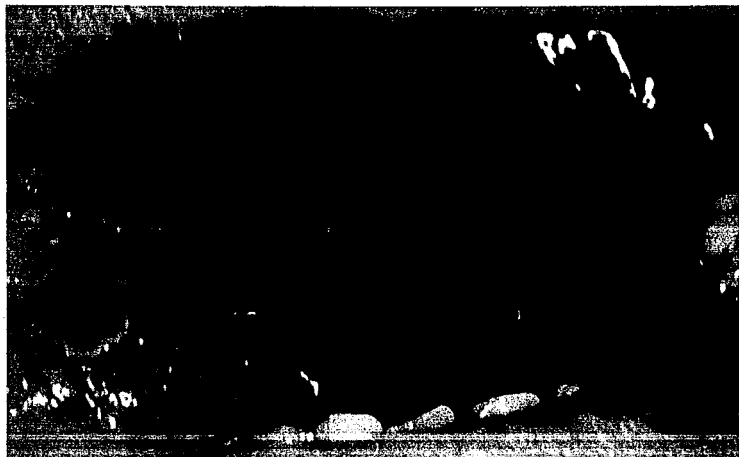
Las lesiones parecen sanar espontáneamente o pueden permanecer por horas, días, semanas y en algunos casos persisten largos períodos de tiempo. La lesión puede abarcar unos centímetros o toda la lengua.

Antes se mencionaba que esta lesión solo se presentaba en la lengua.

Lesiones similares pueden presentarse en cualquier otro sitio de la mucosa oral, llamándose Lengua Geográfica Ectópica o Estomatitis Geográfica. También se puede localizar en el labio.

La sensibilidad táctil lingual disminuye en la Lengua Geográfica al proporcionar una fuerza de vibración mecánica. (*ref - 5*).





CLASIFICACION DE LENGUA GEOGRAFICA

Tipo I : Las lesiones sólo se localizan en la lengua con fases activas de remisión sin presentar lesiones en otras zona de la cavidad oral.

Tipo II : Parecido al tipo I pero con lesiones en otras partes de la cavidad oral .

Tipo III : Lesiones en la lengua que no son típicas y que pueden no estar acompañadas de otras lesiones en otra parte de la cavidad oral . Las lesiones atípicas de la lengua son de dos formas .

a) Forma fija : algunas áreas de la lengua están afectadas pero no hay movimiento de estas; pueden desaparecer sólo para recurrir en la misma área .

b) Forma abortiva : esta forma aparece o inicia como parches blancoamarillentos que desaparecen antes de adquirir la apariencia típica de las lesiones geográficas.

Tipo IV : Las lesiones que no se presentan en la lengua, pero sí áreas geográficas en otras partes de la boca . (Lengua Geográfica) los movimientos de estas áreas pueden o no ser marcadas .

Diagnóstico : El diagnóstico de Lengua Geográfica se establece por lo general en la presentación clínica y rara vez necesita confirmación histopatológica .

Diagnóstico Diferencial: Se debe incluir candidiasis, leucoplasia, liquen plano y lupus eritematoso .

Histopatológicamente : Se observa una disminución en el número de papilas filiformes y prominencia de las mismas . El centro de la lesión se caracteriza por la presencia de numerosos leucocitos polimorfonucleares que migran a través del epitelio y tienden a subir para formar pústulas espongioformas o microabcesos de Munro en el estrato superior del epitelio produciendo degeneraciones epiteliales llamadas mucositis postular subcorneal y pérdida de la paraqueratina superficial . El estrato espinoso quizá se engrosa y se edematiza . En las áreas lisas y eritematosas las papilas del tejido conectivo alcanzan la parte mas alta aproximándose a la superficie imitando la apariencia de Psoriasis al microscopio . En los bordes de la lesión se observa hiperparaqueratosis, acantosis y pérdida de las papilas filiformes .

La lámina propia normalmente muestra infiltrado celular linfoplasmático moderado (neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas) ocasionalmente se pueden encontrar pocos eosinófilos . Se observa una notable intimidad entre la lámina basal del epitelio y los nervios sensores

En un estudio realizado con microscopio electrónico en pacientes con lengua geográfica se encontró que la superficie de la lengua contiene tres tipos de mucosas : áreas atróficas, bordes blanquesinos y áreas de apariencia normal .

En el área atrófica la mucosa forma una débil elevación carente de filamentos, en donde las células superficiales son poligonales y tienen paralelismo con las bifurcaciones microscópicas .

El borde blanquesino contiene muchas células en descamación y se observa la superficie quebradiza .

El infiltrado inflamatorio en el epitelio y subepitelio del tejido conectivo es moderado .

En la zona de apariencia normal la descamación de la mucosa es más pronunciada, sobretodo en los especímenes con fisuras .

Sobre la lesión se observaron algunas papilas fungiformes con sus poros gustativos .

Se observó en el compuesto intranuclear gránulos de queratihialina . (*ref* -15 y 18) .

Tratamiento : Algunos autores mencionan que no se requiere de una terapéutica específica debido a la naturaleza autolimitante y asintomática de la lesión. Sin embargo cuando hay síntomas se indica un tratamiento paliativo. En este estudio se incluye más adelante un tratamiento paliativo de la lesión.

Pronóstico : Es favorable ya que la lesión es totalmente benigna

PROCEDIMIENTO CLINICO

En base al estudio : *Tratamiento paliativo de Lengua*

Geográfica

(*ref- 11*), el cual se realizó en pacientes con Lengua Geográfica sintomática, donde los resultados fueron una disminución sustancial y prácticamente una completa remisión de signos y síntomas de dicha lesión, excepto que hubo remisiones intermitentes con intervalos de tiempo cada vez mas largos .

Con este antecedente se planteó la hipótesis de que dicho medicamento pudiera ser útil en pacientes con Lengua Geográfica asintomática .

Para verificar dicho planteamiento se emplearon 4 alumnos voluntarios de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Los parámetros de semiología clínica empleados para la evaluación de los pacientes se presenta a continuación .

ESTUDIO SOBRE LENGUA GEOGRAFICA QUE SE LE REALIZA A LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNAM .

Nota : Todos los datos proporcionados permanecerán en estricta confidencia .

Nombre: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ocupación: _____

Sexo: _____

Edad: _____

I. Hábitos:

Tabaquismo: Si__ No__ Años_____ Cantidad por
día_____

Alcoholismo: Si__ No__ Años_____ Cantidad por
día_____

Tipo_____ Ocasional: Si__ No__

Farmacodependencia: Si__ No__ Años_____ Cantidad por
día_____

Tipo_____ Ocasional: Si__ No__

Alimentos Condimentados: Si__ No__

II. Lengua Geográfica:

Año en que apareció la lesión _____

Sintomatología :

Ardor () Dolor () Disgeusia () Disfagia ()

Otras (especificar): _____

Asintomático: ()

III. ¿Con cuál de las siguientes circunstancias se exagera la lesión?

Stress () Depresión () Alimentos condimentados
(especificar tipo y temperatura) _____

Otras: _____

IV: Tipo de Lengua Geográfica :

- () Tipo I : Sólo en lengua con fases activas de remisión, sin presentar lesiones en otra zona de la boca.
- () Tipo II : Parecido al tipo I pero con lesiones en otras partes de la boca.
- () Tipo III: Lesiones atípicas en la lengua y que pueden no presentarse en otras partes de la boca, siendo éstas de dos formas.
 - () Forma fija: algunas áreas de la lengua están afectadas pero no hay movimiento o no se observa el movimiento de estas; pueden desaparecer sólo para recurrir en la misma área .
 - () Forma abortiva: esta forma aparece o inicia como parches blanco-amarillentos que desaparecen antes de adquirir la apariencia típica de las lesiones geográficas.

() Tipo IV.: Lesiones que no se presentan en la lengua, pero sí presentan áreas geográficas en otras partes de la boca Lengua Geográfica ectópica . Los movimientos de estas áreas pueden o no ser marcadas .

V. Tratamiento : aplicación tópica en cada lesión, de una solución compuesta por 7% de ac. acetilsalicílico y 70% de alcohol, dos veces durante 10 seg. con intervalos de 2 min. durante ocho días.

VI. Observaciones : _____

En caso de que se requiera dicho tratamiento acepto de conformidad que se realice.

(Nombre y firma)

CONTROL DIARIO

DIAS	APLICACIONES	CAMBIOS
PRIMERO:		
SEGUNDO:		
TERCERO:		
CUARTO:		
QUINTO:		
SEXTO:		
SEPTIMO:		
OCTAVO:		

El procedimiento terapéutico consistió en : aplicación tópica de una solución, con torundas de algodón, compuesta de 7% de ac. salisílico en 70% de alcohol a lo largo de las superficies linguales afectadas y no afectadas durante diez segundos. Inmediatamente después, los pacientes se enjuagaron la boca con agua y esperaron dos minutos, al término de los cuales se procedió a una segunda aplicación de dicha solución siguiendo el mismo procedimiento. Una vez al día, durante ocho días consecutivos o hasta que los síntomas se hubiesen resuelto.

(ref - 11)

RESULTADOS

Habiendo utilizado pacientes asintomáticos para este planteamiento, la respuesta al tratamiento fué negativa ya que los pacientes experimentaron después de la primera aplicación síntomas de ardor y la lesión, paulatinamente, se agravó con las subsecuentes aplicaciones, persistiendo esta circunstancia durante el período de tratamiento.

Al término de dicho tratamiento, los síntomas negativos fueron poco a poco desapareciendo, de esta manera restableciéndose los pacientes y disminuyendo los signos a su grado inicial.

DISCUSION

La etiología de la Lengua Geográfica es todavía desconocida. Infecciones, así como reacciones inmunológicas han sido sugeridas, puesto que las infiltraciones inflamatorias en lesiones geográficas son ocasionalmente dominadas por granulocitos eosinófilos. Puesto que estos hallazgos patológicos no apuntan claramente a un mecanismo etiológico definido es cuestionable si el tratamiento con la solución usada en el presente estudio deba considerarse como paleativa.

La solución de 7% de ac. salicílico en 70% de alcohol usada en esta investigación pareció no ser un buen tratamiento en la Lengua Geográfica asintomática, pero este mismo tratamiento dió resultados positivos al realizarse en Lengua Geográfica sintomática.

(*ref* - 11)

CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que la hipótesis planteada al principio de la práctica, en la cual se sostiene que este tratamiento pudiera ser útil en Lengua Geográfica asintomática es errónea ya que se pudo observar, gracias a esta investigación, que dicho tratamiento no es eficaz para este tipo de circunstancias.

La conclusión general a la cual se llegó con esta tesina es que no habiéndose establecido la correcta etiología de la Lengua Geográfica, no ha sido posible encontrar el tratamiento eficaz, para cualquier condición que ésta, la Lengua Geográfica, presente.

BIBLIOGRAFIA

I. BHASKAR.

Patología Bucal

Editorial El Ateneo, 3º ed.

Argentina, 1979

pg. 12 y 322.

II. CRIVELLI - AGUAS.

Influencia de los estratos

socioeconómicos en la pre-

valencia de las lesiones de la

mucosa bucal.

Community-Dent-Oral-

Epidemiol :

16 (1)

p. 58 - 60

1988, feb.

III. EVERSELE.

Patología Bucal

Editorial Panamericana

Buenos Aires, 1983

pg. 34 - 35

- IV. FOTIOU - LASKARIS Manifestaciones bucales del Síndrome de Reiter.
Hell-Stomatol-Chron
32 (2)
pg. 148- 151
1988. abril - junio
- V. FUCCI. Reporte de un caso que mostró significativa reducción en la sensibilidad táctil de la lengua.
J. Laryngol - Otol
98 (3)
pg. 321 - 324
1984. marzo.
- VI. GHOSE - BAGHDADY Prevalencia de lengua geográfica y fisurada en 6090 niños Iraquíes.
Community-Dent-Oral-
Epidemiol
10 (4)
pg. 214 - 216
1982. aug.

VII. GIUNTA

Patología dental.

Editorial Interamericana.

México, D.F. 1981

pg. 28 y 29

VIII. GRINSPAN, David

Enfermedades de la boca.

Tomo III

Editorial Mundi.

Buenos Aires, Argentina 1985

pg. 57 - 65

IX. GRINSPAN - FERNANDEZ

Lengua geográfica ectópica

- y SIDA.

Int. - J. - Dermatol.

20 (2)

pg. 113 - 116

1990, marzo.

X. GUYTON.

Tratado de fisiología.

Editorial Interamericana. 6º ed.

México, D.F. 1984.

pg. 921 - 925

- XI. HENRICSSON - AXELL Tratamiento paleativo de lengua geográfica.
Swed-Dent-J.
4 (4)
pg. 129 - 134
1980.
- XII. HIETANEN - SALO Estudio de la mucosa oral en 200 pacientes con Psoriasis.
Scand-J-Dent_Res.
92 (1)
pg. 50 a 54.
1982 , feb.
- XIII. HUBLER Lesiones linguales en Psoriasis pustular generalizada.
J-Am-Acad-Dermatol.
11 (6).
pg. 1069 a 1076.
1984 , dec.

XIV. JARVINEN-KULLAA

Algunos factores locales y sistémicos relacionados con inflamación de la lengua.

Proc-Finn-Dent-Soc .

XV. KANERVA

Compuesto intranuclear y gránulos de queratohialina en Lengua Geográfica y Psoriasis vistos al microscopio electrónico.

J-Cutan-Pathol

11 (2)

pg. 149 a 153

1984 , apr.

XVI. KULLAA MIKKONEN

Prevalencia de las diferentes morfologías de la lengua humana en jóvenes .

Oral-Surg-Oral-Med-Oral-

Pathol. 53 (3) pg. 152 a 156

1982, feb.

XVII. KULLAA MIKKONEN

El pH para disminuir y estimular la saliva en diferentes morfologías en la superficie de la lengua de la población joven.

Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol.

53 (5)

pg. 466 a 468.

1982, may.

XVIII. KULLAA MIKKONEN

Estudio de la Lengua Geográfica en microscopio electrónico.

J-Cutan -Pathol

13 (2)

pg. 154 a 162

1986, apr.

XIX. KULLAA MIKKONEN

Sialoquímica en las lesiones de la Lengua : electrolitos y total de proteínas

Int-J-Oral-Maxillofac-Surg.

15 (3) pg. 318 a 321.

1986, jun

XX. KULLAA MIKKONEN Estudio Familiar de Lengua
Fisurada.
Scand-J-Dent-Res.
96 (4)
pg. 366 a 375
1988. aug

XXI. KURAMOTO Lengua Geográfica en dos casos.
Dermatológica.
174 (6)
pg. 298 a 302
1987.

XXII. LEESON LEESON Histología.
Editorial Interamericana.
4a. ed.
México, D.F.: 1984.
pg. 329 a 333.

XXIII. MaCARTHY PHILIP Diseases of the Oral Mucosa.
2a. ed.
pg. 84 a 87.

XXIV. MARKS CZARNY.

Sensibilidad de lengua geográfica con factores externos.

Oral-Surg-Oral-Med-Oral

Pathol.

58 (2).

pg.156 a 159.

1984. aug.

XXV. MJOR IUZR.

Embriología e Histología Oral

Humana.

Editorial Salvat.

Barcelona, Madrid.

pg. 12 a 15.

XXVI. NANDA KAUR.

Síndrome Fetal de Hydantoin:

un caso reportado.

Pediatr-Dermatol.

6 (2)

pg. 130 a 133.

1989. jun.

XXVII. PINDBORG.

Atlas de enfermedades de la

Mucosa Oral.

Editorial Salvat, 3a ed.

pg. 188 a 199.

XXVIII. POGREL CRAM.

Descubrimientos Intraorales

en pacientes con psoriasis en

especial énfasis con Lengua

Geográfica.

Oral-Surg-Oral-Med-Oral-

Pathol.

66 (2)

pg. 184 a 189.

1988, aug.

XXIX. POWELL

Glosodinia y otras enfermeda-

des de la lengua.

Dermatol-Clin.

5 (4)

pg. 687 a 693.

1987, oct.

XXX. REGEZI J.

Patología Bucal.

Editorial Interamericana.

México, D.F.

1989.

pg. 55, 107 a 109, 144 a 146.

XXXI. ROBBINS COTRAN.

Patología Estructural v Funcional.

Editorial Interamericana. 2a ed.

México, D.F.

1984.

pg. 1268 y 1269, 1343 y 1344.

XXXII. RUBÍN FARBER.

Patología.

Editorial Médica Panamericana.

México, D.F.

1990.

pg. 1086 a 1089.

XXXIII. SALEM HOLM.

Desarrollo de las anomalías

Bucales entre los niños de

Arabia Saudita.

Community-Dent-Oral-Epi-
demiol.

15 (3).

pg. 150 y 151.

1987, jun.

XXXIV. SALONEN AXELL.

Lesiones que aparecen en la

mucosa Bucal y la influencia

del hábito del tabaco.

J-Oral-Pathol-Med.

19 (4).

pg. 170 a 176.

1990, apr.

XXXV. SAWYER TAIWO.

Anomalías Orales en niños

Nigerianos.

Community-Dent-Oral-Epide-
miol.

12 (4)

pg. 269 a 273.

1984, aug.

XXXVI. SEDANO CARREON.

Anomalías Orodentales en
niños mexicanos.

Oral-Surg-Oral-Med-Oral-
Pathol.

68 (3)

pg. 300 a 311.

1989. sep.

XXXVII. SHAFER LEVY.

Tratado de Patología Bucal.

Editorial Interamericana. 4a ed.

México.D.F.

1987.

pg. 27 a 29, 34 a 35, 245 a 247,

584 a 585.

XXXVIII. TESTUT LATARJET.

Anatomía Humana.

Editorial Salvat. III tomo.

México. D.F

1979.

pg.-493 a 517.

XXXIX. THOMA

Patología Oral.

Editorial Salvat. 2a rimp.

México. 1983.

pg. 743 a 744, 1061, 1102 a 1105.

XL. VAN DER WALJS
PINDBORG.

Disiase of the tongue.

Ed. Quintecencia.

1986.

pg. 43 a 46.

XLI. WARNOCK CORRELL.

Lesiones erosivas circinosas en
la mucosa de paladar blando
y base de úvula.

J-Am-Dent-Assoc.

112 (4)

pg. 523 a 524.

1986, apr.

XLII. WESCOTT.

Lesiones blancas bilaterales
en los bordes laterales de la
lengua.

J.-Am.-Dent.-Assoc.

116 (4)

pg. 544 a 546.

1988. apr.

XLIII. ZEGARELLI.

Boca dolorosa, análisis en 57
pacientes.

Oral-Surg-Oral-Med-Oral-

Pathol.

58 (1)

1984. jul.

XLIV. ZEGARELLI

KUTSCHER.

Diagnóstico en Patología Oral.

Editorial Salvat. 2a ed.

México. 1982.

pg. 584 a 586.

XLV. ZUNT TOMICH.

Eritema Migratorio, una lesión
psoriasiforme de la mucosa
oral.

J-Dermatol-Surg-Oral.

15 (10)

pg. 1067 a 1070.

1989, oct.