



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES DE
LENGUA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA FERNANDA MINGÜER FALCÓ

TUTORA: Mtra. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS

Cd. Mx.

2021

VoBo



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dedicatorias

A mis padres por siempre apoyarme en todas y cada una de mis decisiones, por sustentar y orientarme en mi formación académica y personal, por los valores que desde niña me han inculcado, por ser la base de todos mis éxitos logrados y de la persona que soy hoy en día. Los amo.

A Margarita Falcó por darme en todo momento su amor, sus consejos y por cuidar siempre de mí, por estar en los momentos más difíciles y ser parte de los más felices, y por ser la mejor mamá.

A Fernando Mingüer por sus consejos en todo momento, por guiarme y ser un gran ejemplo a seguir, por cuidarme y por ser un gran padre.

A mis hermanos Didier, Uli y Zuri por ser una grandiosa compañía, por todo el cariño y apoyo, por todos los buenos momentos que hemos pasado, por las salidas y las pláticas, por siempre estar y ser los mejores hermanos y pacientes. Los amo.

A mis abuelitos que me hubiera gustado que presenciaran este logro, y aunque físicamente ya no se encuentren aquí, los llevo siempre en mi corazón y agradezco su amor incondicional. Los amo.

A Koda, Taco, Melissa, Mora, Draco, Abú y Lua por ser una gran compañía, por su amor incondicional, y por estar conmigo en las noches de desvelo.

A todos mis amigos que formaron parte de mi paso por la facultad, por compartir los momentos de estrés y frustración, así como los momentos de diversión y con quienes compartí las mejores experiencias, sin ustedes la carrera no hubiera sido igual.

A la Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios por hacer esto posible, por su exigencia, dedicación y enseñanza. La admiro como profesional y ser humano, gracias por las oportunidades y por guiarme desde el primer año de la carrera.

A mí, Fernanda Mingüer por ser tan perseverante, por no rendirme nunca y lograr un éxito más, porque sé que algún día estaré haciendo una especialidad.



Índice:

| | |
|--|-----------|
| I. Resumen: | 1 |
| II. Introducción: | 2 |
| 1. Lengua: | 3 |
| 2. Embriología de la lengua: | 3 |
| 3. Anatomía de la lengua: | 4 |
| 4. Fisiología de la lengua: | 8 |
| 5. Histología de la lengua: | 12 |
| 6. Métodos de exploración: | 13 |
| 7. Aspectos fisiopatológicos: | 13 |
| 8. Clasificación MIND: | 14 |
| 9. Alteraciones y patología de la lengua: | 14 |
| 9.1 Lengua geográfica: | 14 |
| 9.2 Lengua fisurada: | 16 |
| 9.3 Lengua crenada:..... | 18 |
| 9.4 Lengua saburral:..... | 19 |
| 9.5 Lengua pilosa: | 20 |
| 9.6 Piercing lingual: | 21 |
| 9.7 Mucocele: | 22 |
| 9.8 Úlcera traumática:..... | 23 |
| 9.9 Estomatitis aftosa recurrente: | 27 |
| 9.10 Trauma lingual:..... | 29 |
| 9.11 “Lengua COVID”: | 30 |
| 9.12 Amiloidosis: | 31 |
| 9.13 Melanosis fisiológica: | 34 |
| 9.14 Lengua negra: | 35 |
| 9.15 Várices linguales:..... | 36 |



| | | |
|------------|--|-----------|
| 9.16 | Candidiasis: | 37 |
| 9.17 | Papiloma escamoso: | 40 |
| 9.18 | Sífilis (Lúes): | 41 |
| 9.19 | Liquen plano: | 45 |
| 9.20 | Leucoplasia: | 48 |
| 9.21 | Eritroplasia: | 50 |
| 9.22 | Granuloma piógeno: | 51 |
| 9.23 | Linfangioma: | 52 |
| 9.24 | Hemangioma: | 54 |
| 9.25 | Síndromes de Neoplasia Endócrina Múltiple (MEN): | 55 |
| 9.26 | Hiperplasia Epitelial Focal (HECK): | 56 |
| 9.27 | Neurofibroma: | 58 |
| 9.28 | Rabdomioma: | 59 |
| 9.29 | Síndrome de Ehlers-Danlos: | 60 |
| 9.30 | Síndrome de Melkersson Rosenthal: | 61 |
| 9.31 | Tumor fibroso solitario (Hemangiopericitoma): | 62 |
| 9.32 | Mioblastoma de células granulares: | 64 |
| 9.33 | Carcinoma epidermoide: | 66 |
| 9.34 | Carcinoma adenoideo quístico: | 67 |
| 10. | Discusión: | 70 |
| 11. | Conclusión: | 71 |
| 12. | Glosario: | 72 |
| 13. | Referencias bibliográficas: | 75 |



I. Resumen:

La lengua, ubicada en la cavidad oral y conformada por 17 músculos en total, es el órgano encargado del sentido del gusto, así como de las funciones del habla y de la deglución. Esta se ve afectada por un gran número de lesiones de etiología variable, en cualquier individuo y a cualquier edad, por lo que representan un reto para el cirujano dentista ya que se presenta con frecuencia durante la consulta dental y que muchas veces no son diagnosticadas o son mal tratadas.

El presente trabajo es una recopilación de información, esquemas y fotografías clínicas de la lengua, en este se describe su formación embriológica, sus características anatómicas, fisiológicas e histológicas; se mencionan las lesiones que la afectan (las más comunes son la lengua geográfica y la lengua fisurada, las cuales no representan alguna condición patológica, por el contrario, son consideradas como variaciones de lo normal) y algunas patologías como el carcinoma epidermoide y el carcinoma adenoideo quístico, así mismo se describen las características clínicas que presentan, las características histopatológicas y el tratamiento que puede emplearse en cada una de las diferentes condiciones que puedan presentarse. De igual manera, se mencionan los métodos de exploración para determinar si existe alguna alteración anatómica o funcional en la lengua, estos son la exploración visual, la palpación y la gustometría, de los cuales uno de los más importantes es la palpación ya que proporciona información relevante como la forma, textura, consistencia, su movilidad, presencia de dolor al tacto y humedad, por lo que debe realizarse de manera rutinaria como parte de la exploración clínica intraoral durante cada consulta dental.



II. Introducción:

La lengua es un órgano impar y móvil que se sitúa en la cavidad oral, y que además realiza varias funciones importantes tales como la fonación, el habla, el gusto y la deglución. El conocimiento anatómico de la lengua permite al cirujano dentista diferenciar las variaciones de lo normal y las condiciones patológicas de la misma, ya que muchas afecciones no significan una condición de riesgo, sin embargo, muchas otras pueden estar relacionadas con trastornos sistémicos que forman parte del cuadro clínico o que aparecen como complicaciones de alguna enfermedad, así como lesiones potencialmente malignas que pueden presentarse como manchas, placas o erosiones, rojas o blancas^{1,2}. Debido a esto es de suma importancia realizar una correcta y minuciosa evaluación de la lengua, hacerlo de manera adecuada nos puede proporcionar la información necesaria sobre características específicas de alguna lesión, o para diagnosticar alguna enfermedad sistémica. Realizar el examen clínico de este órgano nos permite prevenir o detectar las lesiones y patologías que afectan al mismo, por lo que representa una herramienta sumamente importante que ayuda en el diagnóstico de lesiones y enfermedades que presenten manifestaciones orales en la lengua².

El propósito de este trabajo es mencionar y describir las lesiones orales más comunes mediante la revisión literaria y el empleo de esquemas y fotografías clínicas, con el fin de hacer del conocimiento del lector las características que con frecuencia presentan las lesiones mencionadas y el tratamiento que puede emplearse.



1. Lengua:

La lengua es un órgano de los sentidos, el gusto, ya que presenta las papilas gustativas y ocupa la totalidad de la cavidad oral cuando está cerrada. Una presión negativa en la cavidad oral es suficiente para que la lengua se apoye directamente en el paladar duro y blando, garantizando el cierre de la vía oral.

2. Embriología de la lengua:

Este órgano aparece en la cuarta semana de vida intrauterina en forma de dos prominencias laterales y una medial: el tubérculo impar. Las tres prominencias se originan en el primer arco faríngeo. Una segunda prominencia medial (cúpula o eminencia hipobranquial), se forma en el mesodermo del segundo, tercer y parte del cuarto arco faríngeo. Una tercera prominencia medial formada por la parte posterior del cuarto arco faríngeo marca el desarrollo de la epiglotis. Detrás de esta se encuentra el orificio laríngeo rodeado por las protuberancias aritenoides. Conforme las prominencias laterales crecen, rebasan el tubérculo impar y se fusionan dando origen a los 2/3 anteriores o cuerpo de la lengua (figura 1). La mucosa que la recubre se origina en el primer arco faríngeo, y su inervación sensitiva está dada por la rama maxilar inferior del V par craneal (trigémino). El surco terminal tiene forma de V, y separa el cuerpo de la lengua del tercio posterior. La parte posterior o raíz se origina en el segundo y tercer arco faríngeo, y parte del cuarto, su inervación es sensitiva y está dada por el IX par craneal (glosofaríngeo). La epiglotis y la parte del extremo posterior de la lengua están inervadas por el nervio laríngeo superior (rama del X par craneal, Vago). La mayoría de los músculos linguales se originan en las somitas occipitales³.

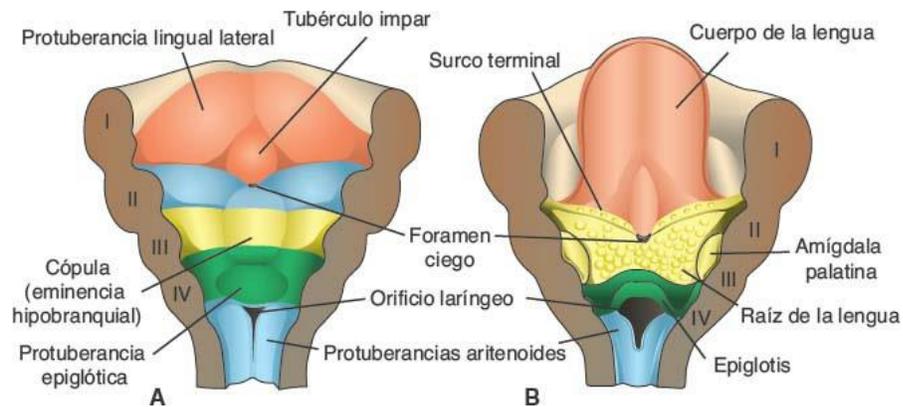
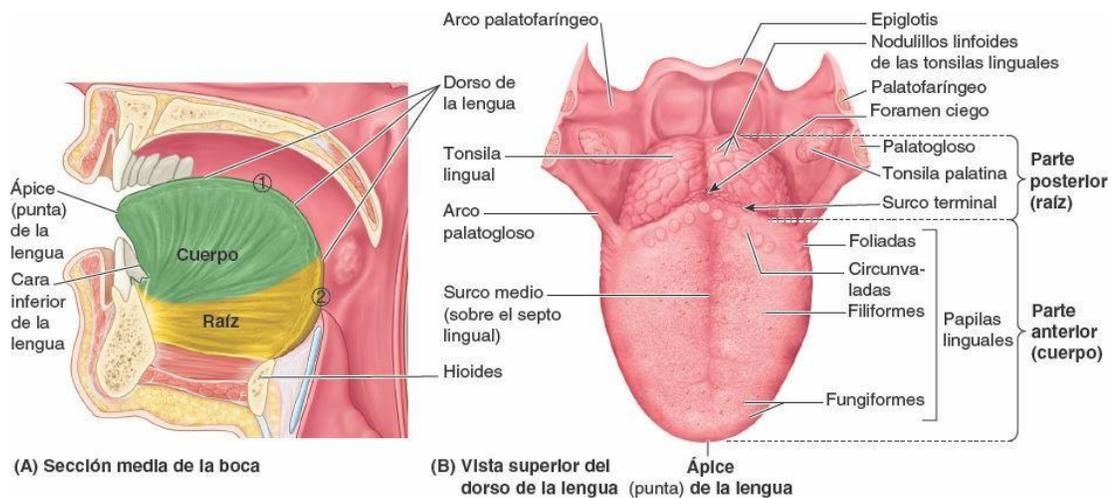


Figura 1. Desarrollo de la lengua a las 5 semanas (A) y 5 meses (B)³.

3. Anatomía de la lengua:

La lengua se divide en: la punta, los bordes laterales, el cuerpo y la base, así como el dorso (cara superior) y vientre (cara inferior). El dorso de la lengua está cubierto por un epitelio que presenta papilas filiformes (no presentan bulbos gustativos), papilas fungiformes, papilas foliáceas (borde lateral área retromolar) y papilas circunvaladas que forman la “V” lingual. El límite entre el cuerpo de la lengua y la base es el surco terminal en forma de V en el centro del cual se encuentra el foramen “caecum” (ciego) y a partir de la cual se extiende hacia delante dicha V. En la base lingual se encuentra la amígdala lingual, que puede ser el punto de partida de inflamaciones y abscesos, pero también puede determinar alteraciones mecánicas de la deglución (hipertrofia). La base lingual queda limitada hacia atrás por el borde de la epiglotis (figura 2). En el ángulo situado entre la epiglotis y base lingual se encuentran ambas valéculas glosopiglóticas que pueden ser el origen de quistes, presencia de cuerpos extraños y neoformaciones malignas⁴.



La lengua está constituida por 17 músculos, 8 pares: geniogloso, lingual inferior, hiogloso, estilogloso, palatogloso, amigdalogloso, faringogloso, transverso; y 1 impar: lingual superior. Hay músculos que no tienen alguna inserción ósea como el músculo transverso, músculos longitudinal superior e inferior, músculo vertical. Y también músculos que se originan en puntos firmes óseos como el músculo estilogloso, músculo geniogloso, músculo hiogloso, músculo palatogloso (figura 3). El piso de boca está formado principalmente por el músculo milohioideo que se extiende como un diafragma en el interior de la mandíbula en forma de U y que se origina en el hueso hioides para insertarse en el rafé medio⁴.

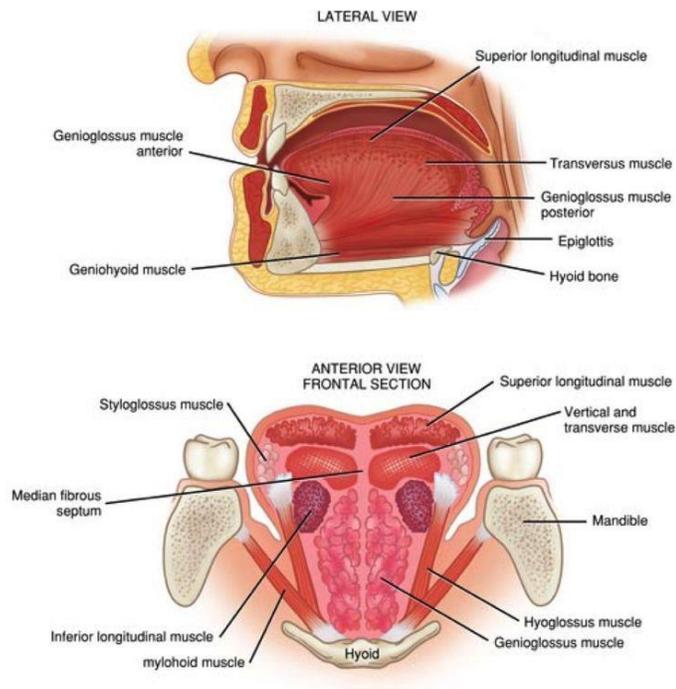


Figura 3. Músculos de la lengua, vista lateral y anterior⁶.

En dirección a la boca, en el piso y a ambos lados del frenillo, se encuentra un pliegue sublingual con las carúnculas sublinguales. En la carúncula se encuentran los conductos excretores de la glándula submandibular con el conducto submandibular (Wharton) y de las glándulas sublinguales con el conducto sublingual (Bartholini), el conducto de la glándula lingual anterior (glándulas de Blandin-Nuhn) desemboca a nivel de las plicas en la cara inferior de la lengua.

La vascularización está dada por la arteria carótida externa que irriga por medio de la arteria lingual la lengua, a través de la arteria sublingual el piso de boca. El retorno venoso es por venas de nombre idéntico, hacia la vena facial o hacia el plexo venoso pterigoideo y por su mediación a la vena yugular interna (figura 4). La vascularización linfática se realiza mediante ganglios regionales submentales y submandibulares, así como paratiroides que confluyen en los ganglios linfáticos de la cadena yugular interna. Los ganglios

linfáticos de la lengua y el piso de la boca son tanto ipsilaterales como contralaterales. La inervación motora de la lengua está dada por el nervio hipogloso; la sensitiva por el nervio lingual (rama del V par), así como por el nervio vago (en la porción posterior de la base lingual); sensorial (gustativa) a expensas del nervio glossofaríngeo (para la base lingual) y a través del nervio lingual que suministra la cuerda del tímpano (fibras del VII par, para los bordes y la punta de la lengua)⁴ (figura 5).

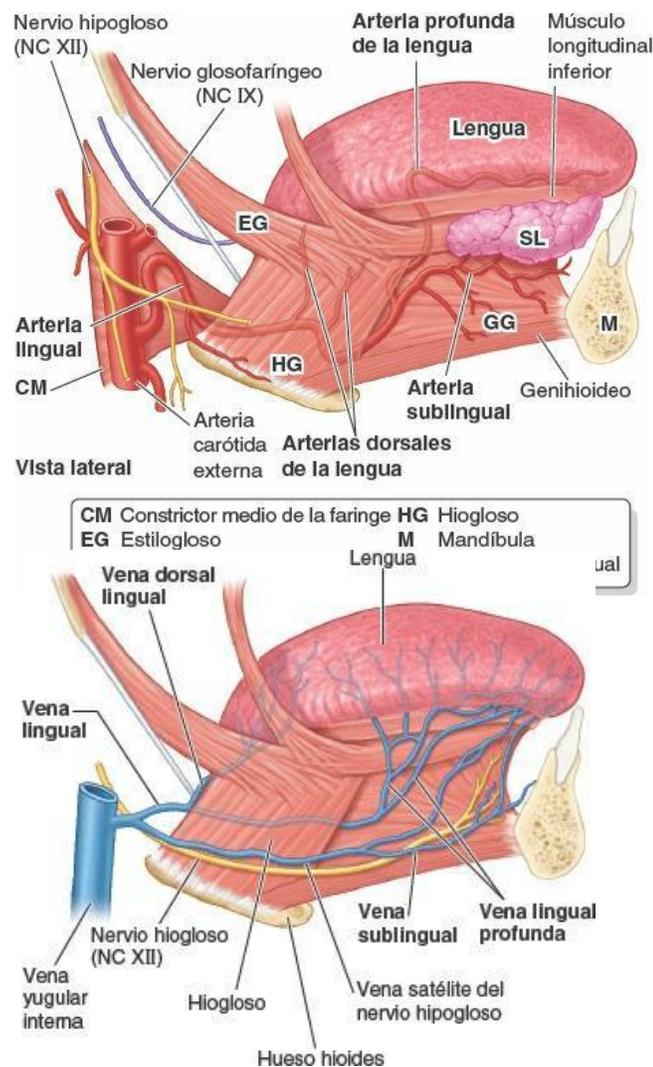


Figura 4. Figura A. Irrigación de la lengua. Figura B. Retorno venoso de la lengua⁷.

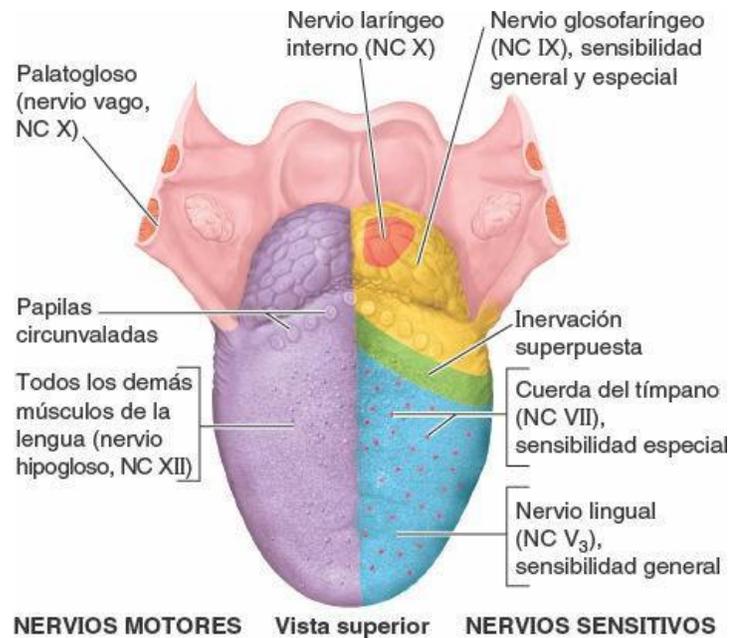


Figura 5. Inervación de la lengua⁸.

A nivel de la base lingual se encuentra la amígdala palatina, que es una acumulación de tejido linfoepitelial.

4. Fisiología de la lengua:

En el desarrollo de la deglución, la lengua participa al:

1. Desplazar el bolo alimenticio hacia atrás por la elevación de la lengua y su aplicación al paladar duro y simultánea deformación acanalada de la lengua
2. Desencadenar el reflejo de la deglución en el instante en que el bolo alimenticio alcanza la base lingual⁴.

El gusto es un sentido químico, las sustancias ambientales estimulan a las células sensitivas. Es una sensación que se debe a la acción de sustancias químicas en los corpúsculos gustativos, de los cuales hay casi 4000 en la lengua, pero también en el interior de la mucosa yugal y en el velo del paladar, la faringe y la epiglotis.

La lengua tiene cuatro tipos de papilas linguales en la superficie (figura 6):

1. Papilas filiformes: son pequeños picos sin corpúsculos gustativos. Son las papilas más abundantes, pero son pequeñas y no tienen ningún papel relacionado con el gusto, sirven para percibir la textura de la comida.
2. Papilas foliáceas: están poco desarrolladas, forman crestas paralelas a los lados de la lengua, casi a un tercio de distancia de la punta; se encuentran adyacentes a los molares y premolares, donde ocurre la mayor parte de la masticación y donde se libera la mayoría de las sustancias químicas del sabor. Sus corpúsculos gustativos se degeneran a los 2 o 3 años de edad.
3. Papilas fungiformes: tienen forma parecida a los hongos. Cada una cuenta con tres corpúsculos gustativos localizados en el ápice. Se distribuyen con amplitud, pero se concentran en la punta y los lados de la lengua.
4. Papilas circunvaladas: papilas grandes, organizadas en V en la parte posterior de la lengua. Una ranura circular profunda rodea a cada papila. Sólo hay de 8 a 12 de ellas, contienen hasta la mitad de todos los corpúsculos gustativos (cada una tiene alrededor de 250 corpúsculos gustativos en la pared papilar y orientados hacia la ranura) (figura 7)⁹.

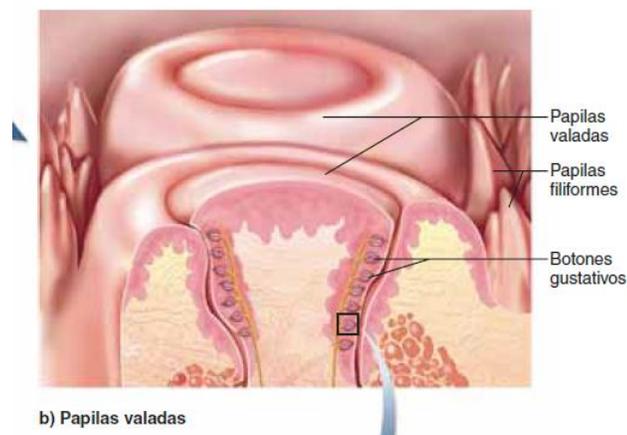


Figura 6. Papilas circunvaladas⁹.

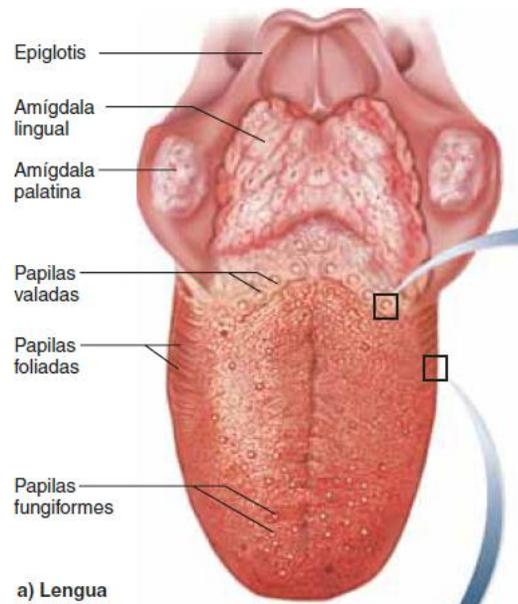


Figura 7. Papilas gustativas⁹.

Los corpúsculos gustativos son las estructuras responsables de percibir los sabores y están formados por tres tipos de células: las sensoriales o gustativas son las únicas sensibles a las moléculas que generan el sabor; las otras dos son las células de soporte y las células basales, siendo estas últimas muy necesarias para la renovación de las células sensoriales¹⁰. Los corpúsculos gustativos son grupos parecidos a un limón que tienen de 50 a 150 células gustativas, de soporte y basales. Las células gustativas tienen forma ovalada y cuentan con microvellosidades apicales “cilios gustativos” que sirven como superficies receptoras de las moléculas del gusto. Los cilios se proyectan en un hueco denominado “poro gustativo” ubicado en la superficie epitelial de la lengua (figura 8). Las células gustativas son células epiteliales, pero crean sinapsis con fibras nerviosas sensitivas ubicadas en su base, y tienen vesículas sinápticas para la liberación de neurotransmisores. Una célula gustativa sólo vive de 7 a 10 días¹⁰. En la actualidad se reconocen cinco sensaciones primarias de sabor:

1. Salado: producto de iones metálicos como sodio y potasio (electrolitos vitales).
2. Dulce: Producido por muchos compuestos orgánicos, sobre todo azúcares.
3. Agrio o ácido: suele relacionarse con los ácidos (H^+) en alimentos como frutas cítricas.
4. Amargo: se vincula con alimentos descompuestos y alcaloides como nicotina, cafeína, quinina y morfina.
5. Umami: es un gusto “a carne” producido por aminoácidos como los ácidos aspártico y glutámico⁹.

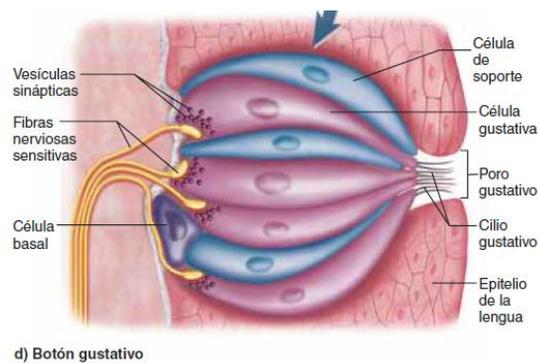


Figura 8. Corpúsculos gustativos⁹.

Toda la lengua tiene sensibilidad a todos los tipos de sabores; sin embargo, algunas zonas responden mejor a unos que a otros, tampoco existe una relación entre el tipo de papila y el tipo de sabor que se percibe, las papilas que poseen corpúsculos gustativos son sensibles a todos los sabores¹⁰. Las papilas filiformes y fungiformes están inervadas por el nervio lingual (rama del trigémino) y son sensibles a la textura, la punta de la lengua es más sensible a los sabores dulces, los márgenes laterales de la lengua son las áreas más sensibles a los sabores salado y ácido. Los corpúsculos gustativos de las papilas circunvaladas son muy sensibles a los compuestos amargos⁹.

5. Histología de la lengua:

La lengua está formada principalmente por tejido muscular esquelético, sus fibras se entrelazan en diferentes direcciones lo que permite una gran flexibilidad y precisión de movimientos necesarios para, masticar y deglutir. Entre el tejido epitelial y el muscular, también entre los haces musculares, se desarrolla un tejido conjuntivo rico en fibras colágenas. Entre las fibras musculares podemos encontrar células adiposas. El epitelio que reviste la lengua es plano estratificado, en general no queratinizado, que se apoya sobre un tejido conjuntivo laxo. Este epitelio se repliega formando las papilas linguales. El epitelio de las papilas filiformes está queratinizado y no contienen corpúsculos gustativos, proporcionan a la lengua una superficie rugosa que facilita la manipulación del alimento, así como sentido del tacto y presión. Las papilas foliáceas son proyecciones bajas separadas por surcos paralelos entre sí, tienen corpúsculos gustativos situados lateralmente. Las papilas fungiformes contienen corpúsculos gustativos distribuidos en la parte superior de la papila. Las circunvaladas tienen forma de cáliz y están rodeadas por un surco invaginado, donde se sitúan gran cantidad de corpúsculos gustativos. Las glándulas linguales de carácter seroso vacían su contenido a nivel de dicho surco¹¹. Las papilas y los corpúsculos gustativos asociados constituyen la mucosa especializada en la cavidad oral. Los corpúsculos en el corte histológico aparecen como cuerpos ovalados pálidos que se extienden a través del espesor del epitelio⁹.

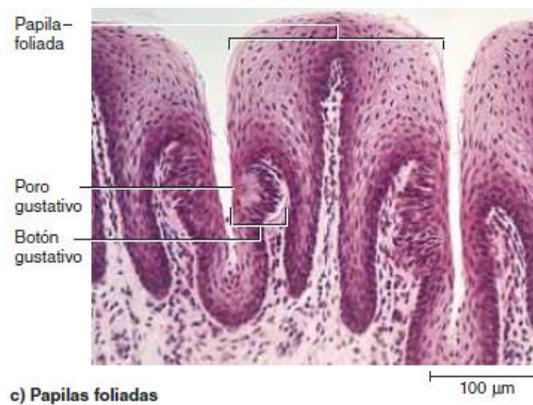


Figura 9. Botones gustativos en las paredes de dos papilas foliadas adyacentes⁹.



La lengua interviene en la elaboración del lenguaje y deglución, por lo que es muy importante conocer las alteraciones que pueda presentar.

6. Métodos de exploración:

Con la boca abierta se debe inspeccionar la forma, posición y movilidad de la lengua, con la lengua elevada se observa el estado del piso de boca y de las carúnculas. La palpación se realiza de manera bilateral para determinar la consistencia, textura y si hay presencia de dolor al tacto.

Exploración del gusto (gustometría): se realiza con cuatro sustancias fundamentales, dulce, salado, ácido y amargo, se colocan a concentraciones progresivamente crecientes o decrecientes sobre la lengua y que permiten determinar la mínima concentración (umbral) perceptible.

7. Aspectos fisiopatológicos:

- Alteraciones gustativas⁹:
 - Hipogeusia: sensibilidad gustativa disminuida
 - Hipergeusia: sensibilidad gustativa aumentada
 - Ageusia: ausencia de sensación gustativa
 - Parageusia: sensación gustativa alterada
 - Cacogeusia: sensación gustativa desagradable



8. Clasificación MIND:

Carpenter W. en 1999 clasificó en cuatro grupos, de acuerdo con su naturaleza, a las lesiones de la cavidad oral y el complejo maxilofacial, dicha categoría fue denominada como MIND para una mejor comprensión de las diversas afecciones¹²:

- M: metabólico
- I: inflamatoria/reactiva
- N: neoplásica
- D: desarrollo

9. Alteraciones y patología de la lengua:

9.1 Lengua geográfica:

- Enfermedad benigna común que afecta a la lengua, a menudo se detecta en una revisión rutinaria de la mucosa oral. Se presenta en el 1%-3% de la población, la etiopatogenia es desconocida.
- Características clínicas: las lesiones se observan en los dos tercios anteriores de la lengua, aparecen como zonas múltiples bien delimitadas de eritema, concentradas en la punta y los bordes laterales. Este eritema se debe a la atrofia de las papilas filiformes, y estas zonas atróficas suelen estar rodeadas por un borde festoneado, ligeramente elevado, de color blanco-amarillo. Comienzan como una pequeña mancha blanca que luego desarrolla una zona central eritematosa atrófica. Por lo general las lesiones son asintomáticas, pero puede haber sensación de ardor o sensibilidad a los alimentos calientes o irritantes cuando las lesiones están activas.
- Características histopatológicas: se observa una hiperqueratosis, espongirosis, acantosis y elongación de las crestas epiteliales,

también se pueden ver abscesos de Munro, que son conjuntos de neutrófilos, los linfocitos y neutrófilos, que se encuentran afectando la lámina propia.

- Tratamiento: No se indica algún tipo de tratamiento, a menos que el paciente refiera sintomatología¹³.



Figura 10. Fuente directa.



Figura 11. Fuente directa.



Figura 12. Fuente directa.



Figura 13. Fuente directa.



Figura 14. Fuente directa.



Figura 15. Fuente directa.



Figura 16. Fuente directa.

Atrofia de las papilas filiformes y persistencia de las fungiformes, con un halo blanco circinado en el dorso de la lengua.

Suele ser asintomática por lo que no requiere de tratamiento; sin embargo, si el paciente refiere sensación de ardor, se indicará tratamiento paliativo.

9.2 Lengua fisurada:

- Es una condición que se caracteriza por la presencia de numerosos surcos o fisuras en el dorso de la lengua. La causa es incierta, pero puede ser una condición hereditaria, el envejecimiento o los factores ambientales locales también pueden contribuir a su desarrollo.
- Características clínicas: Presencia de surcos en el dorso de la lengua, que van de 2 a 6 mm de profundidad. En los casos más graves, numerosas fisuras cubren toda la superficie dorsal. Es una condición asintomática, pero algunos pacientes pueden referir ligero ardor o dolor. Puede observarse en niños o adultos, se ha observado

predilección por el sexo masculino, y se ha encontrado una asociación entre la lengua fisurada y la lengua geográfica.

- Características histopatológicas: hiperplasia de las crestas de la rete y pérdida de los “pelos” de queratina en la superficie de las papilas filiformes. Los leucocitos polimorfonucleares migran hacia el epitelio, formando microabscesos en las capas epiteliales superiores. En la lámina propia hay un infiltrado celular inflamatorio mixto.
- Tratamiento: es una condición benigna y no se indica algún tratamiento en específico. El paciente debe cepillar su lengua, ya que los restos de alimento que queden en las fisuras pueden provocar irritación¹⁴.



Figura 17. Fuente directa.

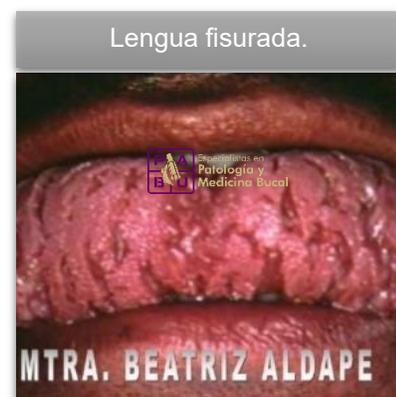


Figura 18. Fuente directa.



Figura 19. Fuente directa.



Figura 20. Fuente directa.

Lengua fisurada.



Presencia de numerosas fisuras en el dorso de la lengua, de profundidad, tamaño y extensión variables.

Tratamiento: solo si el paciente refiere sintomatología se indica tratamiento paliativo.

Figura 21. Fuente directa.

9.3 Lengua crenada:

- Se observan impresiones de los dientes en los bordes de la lengua, pero mantiene su apariencia y coloración normal. Dentro de sus causas están la macroglosia y el trauma ocasionado por la excesiva presión de la lengua sobre los dientes¹⁵.

Lengua crenada.



Presencia de indentaciones en los bordes de la lengua debido a la presión que ejerce la misma sobre los dientes.

No requiere tratamiento, se recomienda el uso de guardas oclusales.

Figura 22. Fuente directa.

9.4 Lengua saburral:

- Es la formación de una capa compuesta de epitelio descamado, bacterias, restos de alimentos y papilas filiformes.
- Características clínicas: se forma sobre el dorso de la lengua hacia la base de esta. Las enfermedades febriles, la deshidratación o la disfunción masticatoria (dentadura con espacios, dietas pastosas) favorecen la formación de esta placa, puede evolucionar fácilmente a una lengua vellosa.
- Tratamiento: cepillado de la lengua¹⁶.



Figura 23. Fuente directa.

Coloración blanca-amarilla en el dorso de la lengua.



Figura 24. Fuente directa.

Coloración blanca-amarilla y presencia de fisuras en el dorso de la lengua de profundidad y extensión variable.

Tratamiento: Cepillado e higiene lingual.



9.5 Lengua pilosa:

- Se caracteriza por la acumulación de queratina en las papilas filiformes del dorso de la lengua, lo que da un aspecto capilar. Esta condición representa un aumento de la producción de queratina o una disminución de la descamación normal de la queratina. La causa es incierta, pero se cree que puede estar asociada a factores como el tabaco, la higiene bucal, fármacos que inducen hiposalivación y antecedentes de radioterapia en cabeza y cuello.
- Características clínicas: por lo general se presenta en la línea media del dorso de la lengua, anterior a las papilas circunvaladas, sin llegar a los bordes laterales de la lengua. Las papilas alargadas suelen ser de color marrón, amarillo o negro como resultado del crecimiento de bacterias productoras de pigmentos o de manchas producidas por el tabaco y los alimentos. Puede estar afectada la mayor parte del dorso de lengua, lo que le da un aspecto más grueso. Múltiples papilas filiformes alargadas individuales pueden elevarse utilizando una gasa o un instrumento dental. Es asintomática, aunque puede provocar sensación de náuseas o de mal sabor de boca.
- Características histopatológicas: se caracteriza por una elongación e hiperparaqueratosis de las papilas filiformes, por lo general, pueden verse numerosas bacterias que crecen en la superficie epitelial.
- Tratamiento: eliminar cualquier factor predisponente y fomentar una excelente higiene bucal. El raspado o cepillado periódico con un cepillo de dientes o un raspador lingual puede favorecer la descamación de las papilas hiperqueratósicas y los restos de la superficie¹⁷.



Figura 25. Fuente directa.

Hipertrofia de las papilas filiformes por el acumulo de queratina dando una apariencia de pelo, con una coloración de blanca a marrón claro hasta negro.

Tratamiento: Se indica cepillado e higiene lingual.

9.6 Piercing lingual:

- Es la perforación en alguna zona de la lengua y la colocación de un objeto de joyería en la misma.
- Características clínicas: se observa con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Si no se producen complicaciones la cicatrización de la zona perforada se produce en 4-6 semanas; por lo general se colocan joyas de niobio, acero quirúrgico o titanio. Las complicaciones durante el procedimiento son hemorragia, daño a nervios, infección localizada y el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Las complicaciones postoperatorias inmediatas son el dolor, formación de hematomas, inflamación, aumento del flujo salival, impedimento del habla y reacción alérgica local. Las complicaciones crónicas incluyen traumatismos de la mucosa o traumatismo gingival, dientes fracturados, hipersalivación, aspiración o ingestión de joyas, hiperplasia tisular alrededor de las joyas incrustadas, recesión gingival, así

como carcinoma de células escamosas en el lugar de la perforación.

- Tratamiento: no requiere de tratamiento a menos de que se presente alguna complicación¹⁸.

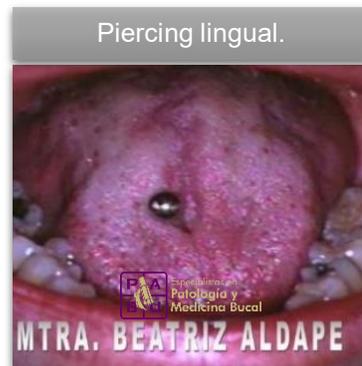


Figura 26. Fuente directa.

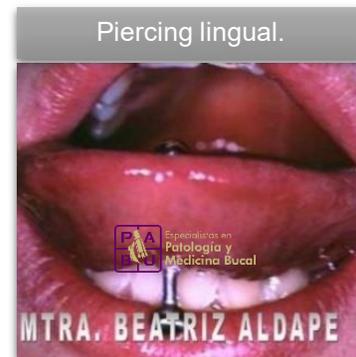


Figura 27. Fuente directa.

Perforación de la lengua y colocación de un objeto de joyería.

No requiere de tratamiento.

9.7 Mucocele:

- Es ocasionada por la ruptura de un conducto de la glándula salival y la salida de mucina en los tejidos blandos circundantes, esto es resultado de un traumatismo local, aunque en muchos casos no hay una causa.
- Características clínicas: aparecen como un aumento de volumen de la mucosa en forma nodular que puede ser de 1 o 2 mm de tamaño. Son más frecuentes en niños y adultos jóvenes. La mucina derramada por debajo de la superficie de la mucosa da un tono azul, aunque los mucoceles más profundos pueden tener un color normal. Por lo general es una lesión fluctuante o firme, el aspecto vesicular

se crea por la naturaleza superficial del derrame de mucina, que provoca una separación del epitelio del tejido conectivo.

- Características histopatológicas: muestra un área de mucina derramada, rodeada de una respuesta de tejido de granulación. La inflamación incluye numerosos macrófagos, en algunos casos puede identificarse un conducto salival roto. Las glándulas salivales menores adyacentes contienen un infiltrado celular inflamatorio crónico y conductos dilatados.
- Tratamiento: Algunos cicatrizan por sí solos, pero cuando son crónicos es necesaria la escisión quirúrgica¹⁹.



Figura 28. Fuente directa.

Inflamación de la mucosa de forma nodular, superficie lisa, bordes definidos, de color similar al de la mucosa adyacente, localizada en la línea media del vientre de la lengua.

Tratamiento: quirúrgico,
enucleación.

9.8 Úlcera traumática:

- Las úlceras pueden permanecer durante largos periodos, pero la mayoría cicatriza en cuestión de días. La úlcera traumática puede ser una úlcera eosinofílica que presenta una reacción inflamatoria profunda pseudoinvasiva y es de lenta resolución, aunque muchas se resuelven tras una biopsia incisional. También pueden producirse úlceras sublinguales en los bebés como resultado de un traumatismo crónico de la mucosa de los dientes primarios anteriores adyacentes, frecuentemente asociado a la lactancia, estas úlceras características de la infancia se conocen como úlceras



de “Riga-Fede”. En la mayoría de los casos de úlcera traumática, existe una fuente de irritación adyacente; en muchos casos asemeja a un carcinoma de células escamosas.

- Características clínicas: aparecen como áreas eritematosas que rodean una membrana central removible, amarilla y fibrinopurulenta, puede desarrollar un borde blanco rodeado de hiperqueratosis inmediatamente adyacente a la zona de úlcera. Se presentan en cualquier persona a cualquier edad, la lesión puede durar de 1 semana a 8 meses.
- Características histopatológicas: las úlceras traumáticas simples están cubiertas por una membrana fibrinopurulenta que consiste en fibrina mezclada con neutrófilos, la membrana es de grosor variable, y el epitelio superficial adyacente puede ser normal o puede mostrar una ligera hiperplasia con o sin hiperqueratosis. El lecho de una úlcera está formado por tejido de granulación que soporta un infiltrado mixto de linfocitos, histocitos, neutrófilos y, ocasionalmente, células plasmáticas. Las úlceras eosinófilas tiene un patrón similar; sin embargo, el infiltrado inflamatorio se extiende a los tejidos más profundos y muestra láminas de linfocitos e histocitos entremezclados con eosinófilos, el tejido conectivo vascular profundo a la úlcera puede volverse hiperplásico y causar una elevación de la superficie. Las úlceras eosinofílicas atípicas presentan numerosas características de la úlcera eosinofílica traumática, pero los tejidos más profundos son sustituidos por una proliferación altamente celular de grandes células linforreticulares, el infiltrado es pleomorfo y suele presentar características mitóticas.
- Tratamiento: eliminar el factor causal²⁰.



Figura 29. Fuente directa.

Lesión aislada en el borde de la lengua, con un color blanco-amarillo en el centro, de bordes bien delimitados, debido a algún traumatismo.



Figura 30. Fuente directa.

Tratamiento: eliminar el agente causal, si no desaparece realizar biopsia y estudio histopatológico.



Figura 31. Fuente directa.

Son lesiones autoinfligidas por el mismo paciente, con mayor frecuencia en pacientes con problemas psicológicos.

Úlcera eosinofila.



Figura 32. Fuente directa.

Lesión única, crónica, con un borde elevado e indurado, de color blanco-amarillo, es de origen traumático.

Tratamiento: escisión quirúrgica y seguimiento a

Úlceras en gingivostomatitis herpética.



Figura 33. Fuente directa.

Condición más común de la primoinfección herpética en la mucosa oral. Vesículas que se reducen a una fina película de aspecto pseudomembranoso rodeada de un halo eritematoso que al romperse forma úlceras dolorosas.

Tratamiento: durante la fase aguda, dentro de las primeras 48 horas, consiste en dieta blanda, higiene bucal, antipiréticos, analgésicos, antivirales, antibióticos por infección secundaria y reposo. Las lesiones curan espontáneamente, sin dejar secuelas.



Figura 34. Fuente directa.

Lesión focal eritematosa de bordes bien definidos, en el dorso de la lengua.

Manifestación clínica oral de insuficiencia renal crónica avanzada o no tratada, por lo que se debe remitir al paciente.



Figura 35. Fuente directa.

Vesículas, erosiones y úlceras, eritematosas y placas de color blanco que afectan tanto la mucosa oral como la piel.

Tratamiento: corticoesteroides sistémicos, a menudo en combinación con otros inmunosupresores (agentes ahorradores de esteroides).

9.9 Estomatitis aftosa recurrente:

- Se ha descrito que las úlceras aftosas se desarrollan a partir de una reacción inmunológica a un antígeno oral, son más frecuentes en niños y adultos jóvenes, el 80% de los casos se reportan antes de los 30 años de edad. Esta reacción puede surgir debido a medicamentos, alimentos o factores hormonales. Se reconocen tres variantes clínicas de la estomatitis aftosa:

1. Menor (aftas de Mikulicz): son las más comunes y están presentes en el 80% de los individuos afectados.



2. Mayores (enfermedad de Sutton o periadenitis mucosa recurrente): se presenta en el 10% de los pacientes remitidos para su tratamiento
 3. Herpetiformes: presentes en el 10% de los pacientes
- Características clínicas:
 - Estomatitis aftosa menor: menor recurrencia, lesiones individuales que se presentan en mucosa bucal y labial, vientre de la lengua, piso de boca, paladar blando y duro, puede estar precedida por una mácula eritematosa asociada con síntomas de ardor, picor o escozor. La úlcera muestra una membrana de color blanco amarillo rodeada por un halo eritematoso. Son lesiones que miden entre 3-10 mm de diámetro, de evolución favorable y cicatrización de 7 a 14 días.
 - Estomatitis aftosa mayor: muestran la mayor duración por episodio, miden de 1 a 3 cm de diámetro, tardan entre 2-6 semanas en curar y pueden dejar cicatrices. Se presentan con mayor frecuencia en la mucosa labial, paladar blando y las fauces tonsilares. Presentan episodios recurrentes de hasta 20 años o más.
 - Estomatitis aftosa herpetiforme: presentan el mayor número de lesiones y las recidivas más frecuentes. Las lesiones individuales son pequeñas, con una medida de 1 a 3 mm de diámetro, con hasta 100 úlceras presentes en una sola recurrencia, por lo que se asemeja a una infección primaria por VHS. Las úlceras se fusionan, y se curan entre 7- 10 días.
 - Características histopatológicas: las lesiones muestran una zona central cubierta por una membrana fibrinopurulenta, el tejido conectivo muestra una mayor vascularidad y un infiltrado celular inflamatorio mixto que consiste en linfocitos, histiocitos y leucocitos

polimorfonucleares. El epitelio del margen de la lesión muestra espongiosis y numerosas células mononucleares en el tercio basilar. Una banda de linfocitos entremezclados con histiocitos está presente en el tejido conectivo superficial y en los vasos sanguíneos profundos circundantes.

- Diagnóstico: se realiza a través de una historia clínica completa y la exclusión de otras enfermedades.
- Diagnóstico diferencial: Herpes simple²¹.
- Tratamiento: Solución filadelfia (kaomycin® (caolín pectina) + benadryl® (clorhidrato de difenhidramina)) estericide®, gelclair®, bexident aftas®, dieta blanda y fría.



Estomatitis aftosa recurrente.

Úlceras herpetiformes localizadas en la punta de la lengua.

Tratamiento: solución filadelfia, estericide®, gelclair®, bexident aftas®, dieta blanda y fría.

Figura 36. Estomatitis aftosa recurrente²².

9.10 Trauma lingual:

- El trauma lingual se produce como resultado de una acción mecánica repetitiva ejercida por un agente intraoral, esta irritación puede ser provocada por diversos factores como los dientes, restauraciones y prótesis defectuosas o mal ajustadas, así como aparatos ortodóncicos mal ajustados.
- Características clínicas: la irritación traumática de los diversos agentes causales puede provocar úlceras, cortes en la mucosa, modificación en la anatomía como indentaciones y fisuras.

- Tratamiento: consiste en la eliminación del factor causal²³.



Se observa en el dorso de la lengua una lesión causada por un aparato ortodóncico mal ajustado.

Tratamiento: eliminación del agente causal.

Figura 37. Fuente directa.

9.11 “Lengua COVID”:

- Como tal no existe dicha condición, clínicamente se observa el aspecto de lengua crenada y lengua geográfica, también conocida como glositis migratoria benigna o eritema migratorio, pero no existe una asociación causal clara entre los hallazgos orales descritos como “lengua COVID” y la infección por COVID-19. Las lesiones orales representan condiciones que no son específicas de la infección por COVID-19. Algunas de las lesiones orales asociadas a COVID-19 incluyen úlceras orales de tipo aftoso y disgeusia (alteración de la sensación del gusto)²⁴.



Figura 38. “Lengua COVID”²⁴.



Figura 39. “Lengua COVID”²⁴.



9.12 Amiloidosis:

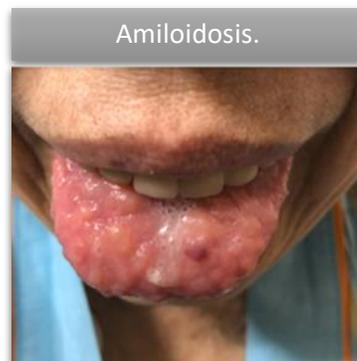
- Se trata de un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito de una sustancia proteínica extracelular llamada amiloide. Puede producir una variedad de efectos, dependiendo del órgano afectado y de la extensión del depósito amiloide; la presencia de amiloide puede estar asociada a otros problemas, como el mieloma múltiple o infecciones crónicas.
- Características clínicas: se puede clasificar en dos grupos, amiloidosis de órganos limitados y amiloidosis sistémica:
 - Amiloidosis de órganos limitados: puede ocurrir en una variedad de órganos, pero con poca frecuencia en los tejidos blandos orales. Puede aparecer de forma limitada como un nódulo submucoso solitario, asintomático; o como cadenas ligeras de inmunoglobulina que en algunos casos se producen por un conjunto focal de células plasmáticas monoclonales.
 - Amiloidosis sistémica:
 - Primaria y asociada a mieloma: afecta a adultos de edad media, y tiene una ligera predilección por hombres; se debe a la deposición de moléculas de cadena ligera (AL), siendo la mayoría de los casos idiopáticos, aunque entre el 15% y el 20% están asociados a mieloma múltiple. Los signos y síntomas pueden ser inespecíficos, pero incluyen fatiga, pérdida de peso, parestesia, ronquera, edema e hipotensión ortostática, con el tiempo pueden presentar síndrome del túnel carpiano, hepatomegalia y macroglosia, lesiones mucocutáneas que aparecen como pápulas y placas cerosas firmes y de superficie lisa, afectando comúnmente la región de los párpados, la región



retroauricular, el cuello y los labios. La macroglosia puede aparecer como un agrandamiento difuso nodular de la lengua que puede incluir úlceras y hemorragia submucosa. Los pacientes pueden referir sequedad ocular o bucal por la destrucción de las glándulas lagrimales y salivales debido a la infiltración amiloide.

- Secundaria: se desarrolla característicamente como resultado de un proceso inflamatorio crónico como la osteomielitis de larga duración, la tuberculosis o la sarcoidosis. Afecta el hígado, el riñón, el bazo y las glándulas suprarrenales.
 - Asociada a hemodiálisis: la microglobulina es una proteína que se produce normalmente y no se elimina con el proceso de diálisis, y se acumula en el plasma, con el tiempo forma depósitos, especialmente en los huesos y las articulaciones. Afecta a la lengua.
 - Heredofamiliar: se heredan como rasgos autosómicos dominantes o recesivos. Puede presentar signos como polineuropatías, cardiomiopatía, arritmias cardíacas, insuficiencia congestiva y renal.
- Características histopatológicas: el examen histopatológico de tejido la glándula salival afectada muestra una deposición de amiloide periductal o perivascular. Se utiliza el método de tinción rojo Congo ya que puede identificar la presencia de amiloide.
 - Diagnóstico: el paciente debe ser evaluado médicamente para determinar el tipo de amiloidosis, esto implica una inmunoelectroforesis en suero para determinar si existe una gammapatía monoclonal para poder descartar un mieloma múltiple.

- Tratamiento: En los casos de amiloidosis secundaria asociada a un agente infeccioso, el tratamiento de la infección y la reducción de la inflamación dan lugar a una mejora clínica. El trasplante renal puede detener la progresión de las lesiones óseas en la amiloidosis asociada a la hemodiálisis, pero este procedimiento no parece revertir el proceso. El trasplante de hígado puede mejorar el pronóstico de varias formas de amiloidosis hereditaria, especialmente la variante de la transtiretina. El tratamiento de la amiloidosis primaria (AL) con colchicina, prednisona y melfalán parece mejorar el pronóstico de los pacientes que no tienen afectación cardíaca o renal, aunque el pronóstico es de reservado a malo en la mayoría de los casos. La mayoría de los pacientes mueren de insuficiencia cardíaca, arritmia o enfermedad renal en los meses o años siguientes al diagnóstico²⁵.

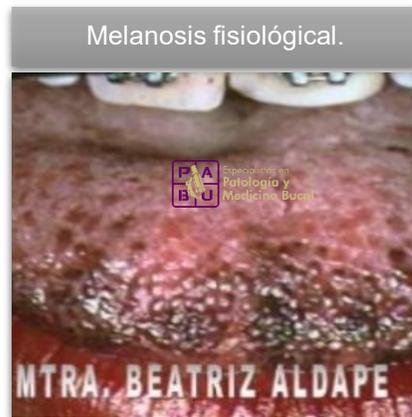


Se observa múltiples lesiones nodulares en el dorso de la lengua.

Figura 40. Amiloidosis lingual²⁶.

9.13 Melanosis fisiológica:

- Condición no patológica que se presenta como manchas pigmentadas, generalmente, en la mucosa oral de las personas de piel oscura.
- Características clínicas: maculas de color café oscuro que no desaparecen a la presión, de distribución y tamaño variable, comúnmente se observan en los labios, encías, carrillos y en la lengua.
- Características histopatológicas: se observa una mayor pigmentación de la capa basal, sin aumento del número de melanocitos.
- Tratamiento: no requiere tratamiento alguno²⁷.



Pigmentación en la punta de la lengua de color café oscuro, correspondiente a una melanosis fisiológica.

No requiere tratamiento.

Figura 41. Fuente directa.

9.14 Lengua negra:

- Cuando se ingiere subsalicilato de bismuto, durante su metabolismo se hidroliza en el tracto gastrointestinal a bismuto y ácido salicílico. Un efecto adverso común por su ingesta es la formación de sulfuro de bismuto, una sal de color negro insoluble que se asocia a la hiperpigmentación lingual²⁸.
- Características clínicas: se presenta como una pigmentación de color negro en la superficie del dorso de la lengua.
- Tratamiento: no requiere tratamiento alguno puesto que no representa condición patológica alguna.



Figura 42. Fuente directa.

Se observa en el dorso de la lengua pigmentaciones por Pepto Bismol (subsalicilato de bismuto).

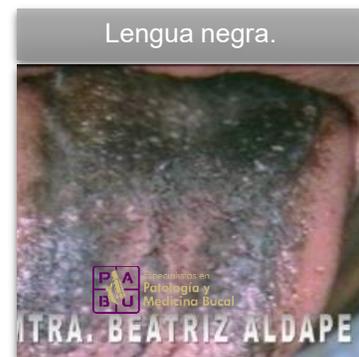


Figura 43. Fuente directa.

No requiere de tratamiento alguno.

9.15 Várices linguales:

- Se trata de venas anormalmente dilatadas y tortuosas, son raras en los niños, pero comunes en los adultos mayores por lo que esto sugiere que su desarrollo puede ser una degeneración relacionada con la edad en la que se produce una pérdida de tejido conectivo que sostiene los vasos.
- Características clínicas: se presenta en personas mayores de 60 años como múltiples manchas de color azul-púrpura, elevadas o papulares, en el borde ventral o lateral de la lengua. Con menor frecuencia se producen várices solitarias como en los labios y la mucosa bucal, las cuales se notan por primera vez después de que se haya trombosado, clínicamente una várice trombosada se observa como un nódulo firme, no sensible de color azul-púrpura.
- Características histopatológicas: se observa una vena dilatada cuya pared muestra poco músculo liso y un tejido elástico poco desarrollado. Si se ha producido una trombosis secundaria, el lumen puede contener zonas de capas concéntricas de plaquetas y eritrocitos (líneas de Zahn). El coágulo puede organizarse a través del tejido de granulación con la consiguiente recanalización. Los coágulos más antiguos pueden presentar calcificación distrófica, dando lugar a un flebolito.
- Tratamiento: no requiere tratamiento alguno²⁹.



Se observa en el vientre de la lengua pequeños nódulos de color violeta.

No requiere tratamiento.

Figura 44. Fuente directa.



9.16 Candidiasis:

- Infección provocada por el hongo *Cándida albicans*, es la infección fúngica oral más frecuente y tiene varias manifestaciones orales clínicas. *C. albicans* puede ser un componente de la microflora bucal normal sin que exista una infección. Afecta a cualquier persona, y la infección puede ser desde la afectación leve y superficial de la mucosa, hasta la enfermedad diseminada en pacientes inmunodeprimidos.
- Características clínicas: puede presentar varios patrones clínicos, muchos pacientes muestran un único patrón, pero algunos presentan más de una forma clínica de candidiasis oral.
 - Pseudomembranosa: son placas de color blanco que se pueden desprender; presentan sensación de ardor y sabor desagradable. Se presenta generalmente en la mucosa oral, lengua y paladar, se asocia a terapia antibiótica e inmunosupresión.
 - Eritematosa: se presentan como máculas de color rojo con sensación de ardor. Aparecen en el paladar duro, en la mucosa oral y dorso de la lengua, la causa es idiopática, pero puede estar asociada a factores como terapia antibiótica, xerostomía e inmunosupresión.
 - Papilar atrófica central: áreas en la mucosa rojas y atróficas, asintomáticas. Por lo general su localización es en la línea media del dorso de la lengua en la zona posterior. La causa es idiopática pero también está asociada a pacientes con inmunosupresión.
 - Crónica multifocal: aparece como áreas rojas con placas blancas que se remueven, con sensación de ardor, pero también pueden ser asintomáticas. Se presenta en sitios como en la zona posterior de paladar, zona posterior del



dorso de la lengua y ángulos de la boca; la causa es idiopática, pero puede estar asociada a inmunosupresión.

- Queilitis angular: lesiones fisuradas rojas, se presenta en los ángulos de la boca. La causa es idiopática, pero se asocia a inmunosupresión y a la pérdida de dimensión vertical.
 - Estomatitis protésica (candidiasis atrófica crónica): se presenta como un área roja asintomática en la zona del paladar, pero no se trata de una verdadera infección.
 - Hiperplásica (leucoplasia): placas blancas asintomáticas que no pueden ser removidas, se presentan en la mucosa bucal anterior. La causa es idiopática, pero se asocia a factores como la inmunosupresión.
 - Mucocutánea: se presenta como un área roja con placas blancas que pueden ser removidas. Generalmente aparecen en la zona de la lengua, mucosa bucal y paladar, la causa puede ser hereditaria.
- Características histopatológicas: se utiliza la técnica de tinción de PAS o GMS, con las que las hifas de *cándida* y las levaduras pueden identificarse fácilmente. El patrón histopatológico puede variar ligeramente dependiendo de la forma clínica de la infección que se haya sometido a biopsia, pero las características que se encuentran son el aumento del grosor de la paraqueratina en la superficie de la lesión, junto con una elongación de las crestas epiteliales, también se observan células inflamatorias crónicas en el tejido conectivo subyacente al epitelio infectado. Las hifas se encuentran en la capa de la paraqueratina y raramente penetran en las capas celulares viables del epitelio.
 - Diagnóstico: se establece mediante los signos clínicos junto con una examinación citológica exfoliativa³⁰.
 - Tratamiento: empleo de antimicóticos como:

- Nistatina en suspensión: 100.000 UI cuatro veces al día por 7-14 días.
- Fluconazol vía oral: 200 mg (3 mg/kg) el primer día y 100 mg/día durante 7-14 días.
- Anfotericina B (no en mujeres embarazadas ni en niños, medicamento de segunda línea): 25 mg a 100 mg VI cada 48 a 72 h, la dosis se puede ir incrementando gradualmente a 500 mg³¹.



Placa de color blanco en la superficie del dorso de la lengua, con áreas eritematosas.

Figura 45. Infección por cándida³².



Lesión eritematosa, brillante y lisa en la línea media de la lengua, por la pérdida de papilas filiformes. Asociada a infecciones por cándida.

Figura 46. Fuente directa.

9.17 Papiloma escamoso:

- Es una proliferación benigna, inducida por el virus del papiloma humano, del epitelio escamoso estratificado, que da lugar a una hiperplasia papilar o verrugosa. Los tipos de VPH 6 y 11 son identificados con mayor frecuencia.
- Características clínicas: se desarrolla y crece rápidamente hasta un tamaño máximo de 0.5 cm; sin embargo, se pueden encontrar lesiones de hasta 3 cm de diámetro.
- Características histopatológicas: se caracteriza por una proliferación de epitelio escamoso estratificado dispuesto en forma de dedos con núcleos de tejido conectivo fibrovascular. La capa de queratina está engrosada en las lesiones con un aspecto clínico blanco, y el epitelio suele mostrar un patrón de maduración normal.
- Tratamiento: consiste en la escisión quirúrgica³³.



Figura 47. Fuente directa.



Figura 48. Fuente directa.

Lesión exofítica en el borde lateral de la lengua, con proyecciones digitiformes, de aspecto papilar y verrugoso semejantes a una coliflor.

Tratamiento: escisión quirúrgica y estudio histopatológico.



9.18 Sífilis (Lúes):

- Es una infección crónica producida por la bacteria *Treponema pallidum*, que se puede transmitir principalmente de la madre al feto o por transmisión sexual. Las lesiones orales no son muy frecuentes, pero pueden presentarse en cualquier estadio.
- Características clínicas:
 - Sífilis primaria: se caracteriza por el chancro que se desarrolla en el sitio de infección y que es clínicamente evidente de 3 a 90 días después de la exposición inicial. La mayoría son solitarios y comienzan como lesiones papulares que desarrollan una úlcera central. Las lesiones orales se observan con mayor frecuencia en el labio, mucosa bucal de la lengua, paladar, encía y en las amígdalas; son lesiones indoloras, como úlceras o, raramente como proliferación vascular que se asemeja a un granuloma piógeno. Se observa una linfadenopatía regional, que puede ser bilateral. Si no se trata, la lesión inicial cicatriza en un lapso de 3 a 8 semanas.
 - Sífilis secundaria: también conocida como sífilis diseminada, se diagnostica clínicamente entre la semana 4 y 10 después de la infección inicial. Las lesiones pueden aparecer antes de que la lesión primaria se haya resuelto por completo. Presenta síntomas sistémicos como linfadenopatía indolora, dolor de garganta, cefalea, pérdida de peso, fiebre y dolores musculoesqueléticos. Un signo constante es la erupción maculopapular cutánea difusa, indolora en las palmas de las manos y plantas de los pies; la erupción también puede afectar la cavidad oral y aparecer como áreas rojas maculopapulares. El 30% de los pacientes presenta áreas focales de exostosis y espongirosis intensas de la mucosa



oral, dando lugar a zonas de mucosa sensibles y blancas conocidas como “manchas mucosa”, que en ocasiones, varias manchas adyacentes pueden fusionarse y formar un patrón serpenteante o de caracol, posteriormente puede producirse una necrosis epitelial superficial que lleva a la descamación y exposición de tejido conectivo subyacente, aparecen más comúnmente en la lengua, labio, mucosa bucal y paladar. Las lesiones papilares que pueden parecerse a los papilomas virales surgen durante este periodo y se conocen como condilomas, que por lo general se presentan en la región genital o anal. La resolución espontánea puede darse en 3 a 12 semanas, pero puede existir una recaída durante el siguiente año.

- Sífilis terciaria: también conocido como sífilis latente. Los pacientes entran en un periodo en el que están libres de lesiones y síntomas, este periodo puede durar de 1 a 30 años; después se desarrolla la tercera etapa conocida como sífilis terciaria, la cual ocurren el 30% de los individuos afectados. Esta etapa tiene la complicación más grave, el sistema vascular puede verse afectado por los efectos de la arteritis anterior. Puede producirse un aneurisma de la aorta ascendente, hipertrofia ventricular izquierda, regurgitación aórtica e insuficiencia cardíaca congestiva. La afectación del sistema nervioso central puede provocar parálisis general, psicosis, demencia, paresia y la muerte. Los signos más característicos son focos dispersos de inflamación granulomatosa que se conoce como gúmma, puede afectar la piel, las mucosas, tejidos blandos, huesos y órganos internos; este foco activo de inflamación granulomatosa aparece como una lesión indurada, nodular o úlcera que



puede producir una amplia destrucción tisular. Las lesiones intraorales afectan al paladar y lengua. Cuando el paladar está afectado por aparición de GOMA se perfora la cavidad nasal debido a la úlcera del paladar. La lengua puede estar afectada de forma difusa con gomas y tener un aspecto grande, lobulado e irregular, este patrón se denomina glositis intersticial y se cree que es el resultado de la contracción de la musculatura lingual tras la evolución de las gomas. La atrofia difusa y la pérdida de las papilas dorsales de la lengua producen una afección denominada glositis lútea.

- Características histopatológicas: Durante las dos primeras etapas, el patrón es similar. El epitelio superficial presenta úlceras en las lesiones primarias y puede tener úlceras o estar hiperplásico en el estadio secundario. Normalmente se observa una amplia exocitosis que representa un hallazgo importante para el diagnóstico. La lámina propia subyacente muestra un intenso infiltrado celular inflamatorio crónico compuesto predominantemente por linfocitos y células plasmáticas, que se observa principalmente en el estroma superficial y alrededor de los canales vasculares más profundos. Las lesiones terciarias orales presentan úlceras superficiales, con hiperplasia pseudoepiteliomatosa periférica. El infiltrado inflamatorio subyacente muestra focos de inflamación granulomatosa con colecciones bien delimitadas de histiocitos y células gigantes multinucleadas.
- Patogenia: Infección genital o extra genital por *Treponema pallidum*. Periodo de incubación: aproximadamente de 3 semanas y media. Enfermedad de transmisión sexual.
- Diagnóstico: Puede confirmarse demostrando mediante una biopsia o un examen de campo oscuro de un frotis de una lesión activa³⁴.

- Diagnóstico diferencial: Estadio I: neoplasias, tuberculosis, micosis, herpes. Estadio II: eritema exudativo multiforme, tuberculosis. Estadio III: neoplasias malignas, leucosis.
- Tratamiento:
 - Sífilis primaria, secundaria, latente precoz: Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI IM. Si es alérgico a la penicilina: Doxicilina 100 mg VO cada 12 h por 14 días.
 - Sífilis latente tardía, terciaria, gomas y afectación cardíaca: Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI IM, una dosis semanal por 3 semanas. Si es alérgico a la penicilina: Doxicilina 100 mg VO cada 12 h por 28 días³⁵.



Lesiones ulceropapulares en la punta de la lengua como manifestación de sífilis secundaria.

Figura 49. Sífilis en lengua³⁶.



Lesiones papulares en el dorso de la lengua como manifestación de sífilis secundaria.

Figura 50. Sífilis en lengua³⁶.

Tratamiento: Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI IM. Doxicilina 100 mg VO cada 12 h por 14 días.



9.19 Liquen plano:

- Es una enfermedad dermatológica crónica, que a menudo afecta a la mucosa oral. Se trata de un trastorno mucocutáneo inmunológicamente mediado. Puede ser una respuesta a fármacos, a algún cuerpo extraño que pueda quedarse en la encía y provocar una reacción (gingivitis liquenoide por cuerpo extraño).
- Características clínicas: se presenta en adultos de mediana edad, siendo más común en mujeres. Existen dos formas de lesiones orales: reticulares y erosivas. El liquen plano reticular es mucho más frecuente que la forma erosiva, la forma reticular no causa síntomas y afecta a la mucosa bucal posterior de forma bilateral. Otras superficies de la mucosa oral también pueden verse afectadas simultáneamente, como los bordes laterales y el dorso de la lengua, las encías, el paladar y el borde bermellón. El liquen plano reticular se denomina así por las líneas blancas entrelazadas (también denominadas estrías de Wickham); sin embargo, las lesiones blancas pueden aparecer como pápulas en algunos casos. Estas lesiones aumentan y disminuyen durante semanas o meses. El patrón reticular es más evidente en el dorso de la lengua, donde las lesiones aparecen más como placas queratósicas con atrofia de las papilas. El liquen plano erosivo, muestra lesiones que son sintomáticas. Clínicamente, hay zonas atróficas, áreas eritematosas con úlceras centrales. La periferia de las regiones atróficas está delimitada por finas estrías blancas irradiadas. A veces la atrofia y las úlceras se limitan a la mucosa gingival, produciendo el patrón de reacción llamado gingivitis descamativa. En estos casos, deben obtenerse muestras de biopsia del tejido perilesional, ya que el penfigoide mucoso y el pénfigo vulgar pueden aparecer de forma similar. Si el componente erosivo es grave, la separación epitelial del



tejido conjuntivo subyacente da lugar a la presentación del liquen plano bulloso.

- Características histopatológicas: presentan diversos grados de ortoqueratosis y paraqueratosis, y pueden estar presentes en la superficie del epitelio, dependiendo de si la muestra de biopsia se toma de una lesión erosiva o reticular. El grosor de la capa espinosa también puede variar. Las crestas reticulares pueden estar ausentes o ser hiperplásicas, pero tienen forma puntiaguda o de "dientes de sierra". La destrucción de la capa de células basales del epitelio (degeneración hidrópica) también es evidente. Pueden observarse queratinocitos degenerados en la interfase entre el epitelio y el tejido conectivo denominado "cuerpos de Civatte". En el liquen plano oral no se espera un grado significativo de atipia epitelial.
- Diagnóstico: el diagnóstico de liquen plano reticular puede hacerse mediante los hallazgos clínicos, las estrías blancas entrelazadas que aparecen bilateralmente en la mucosa bucal son un signo patognomónico. El diagnóstico del liquen plano erosivo se diagnostica mediante la presencia de las estrías blancas radiantes, mucosa eritematosa y atrófica, en la periferia de las úlceras en la mucosa bucal posterior bilateral. De las lesiones liquenoides erosivas aisladas del paladar blando, los bordes laterales y el vientre de la lengua o el piso de boca, debe obtenerse una biopsia para destacar cambios premalignos o malignidad.
- Tratamiento: el liquen plano reticular no produce síntomas por lo que no es necesario ningún tratamiento. El liquen plano erosivo muestra sintomatología debido a las úlceras en la boca, ya que se trata de una afección inmunológica, se recomienda el uso de corticoides tópicos como fluocinonida, betametasona, clobetasol en gel, así como excluir los factores exógenos (sol, tabaco, factores químicos)³⁷.

Liquen plano erosivo.



Figura 51. Fuente directa.

Liquen plano erosivo.



Figura 52. Fuente directa.

Biopsia de liquen plano erosivo.



Figura 53. Fuente directa.

Enfermedad autoinmune, mucocutánea, inflamatoria que se presenta como zonas eritematosas y úlceras dolorosas rodeadas de una periferia blanca, irradiando estrías o como un eritema generalizado.

Liquen plano reticular.



Figura 54. Fuente directa.

Enfermedad autoinmune, mucocutánea, inflamatoria que se presenta como estrías de color blanco que simulan un encaje (estrías de Wickham).

Tratamiento: en pacientes asintomáticos no se requiere tratamiento, si hay sintomatología se recomienda geles tópicos como flucinonida. Seguimiento periódico.



9.20 Leucoplasia:

- Es una mácula o placa blanca que NO se desprende y que NO corresponde a ninguna otra entidad nosológica, con potencial de malignización. La prevalencia mundial de esta condición es de 1.5% al 4.3%.
- Causa: se desconoce la causa de la leucoplasia, pero está asociada al consumo del tabaco, alcohol, al uso de productos que contienen sanguinaria, a pacientes que se han sometido a radiación ultravioleta, a microorganismos como *Treponema pallidum*. Por lo general afecta a personas mayores de 40 años.
- Características clínicas: El 70% de las leucoplasias orales se encuentran en el bermellón labial, mucosa bucal y en la encía. Sin embargo, las lesiones en la lengua, el bermellón labial y el piso de boca representan más del 90% de las que presentan displasia o un carcinoma. Las lesiones individuales pueden tener un aspecto clínico variado y tienden a cambiar con el tiempo. La leucoplasia temprana o leve aparece como una placa plana o ligeramente elevada, gris o blanca que puede ser translúcida, fisurada, es blanda con bordes bien delimitados, ocasionalmente pueden mezclarse gradualmente con la mucosa normal. Estas lesiones pueden crecer y progresar a una etapa llamada Leucoplasia gruesa, esta se caracteriza por una placa engrosada, blanca con fisuras profundas; la mayoría de las lesiones permanecen indefinidamente en esta etapa, sin embargo, hasta un tercio desaparece o retrocede. Otras desarrollan mayores irregularidades en la superficie y se denominan Leucoplasia Verrugosa, que es una forma de alto riesgo, se caracteriza por el desarrollo de múltiples placas queratósicas que se extienden lentamente con proyecciones superficiales rugosas. A medida que las lesiones progresan, desarrollan displasia y se transforman en un carcinoma de células escamosas.

- Características histopatológicas: se caracteriza por un engrosamiento de la capa de queratina del epitelio superficial (hiperqueratosis), con o sin una capa espinosa engrosada (acantosis). Algunas lesiones muestran hiperqueratosis superficial pero también una atrofia o adelgazamiento del epitelio subyacente. Con frecuencia se observa un número variable de células inflamatorias crónicas presentes en el tejido conectivo subyacente. La leucoplasia verrugosa presenta proyecciones superficiales papilares, grosor variable de queratina y crestas anchas, pero el aspecto microscópico varía según el estadio de la lesión. En etapas posteriores, existe una proliferación papilar, la cual presenta un crecimiento descendente del epitelio escamoso bien diferenciado con crestas de rete anchas y romas. En etapas finales, el epitelio se vuelve invasivo y menos diferenciado, transformándose en un carcinoma de células escamosas: se observan células agrandadas, los núcleos grandes y prominentes, aumento de la relación entre el núcleo y el citoplasma, núcleos hipercromáticos, núcleos y células pleomórficas, aumento de la actividad mitótica.
- Diagnóstico diferencial: Estomatitis ulcerosa, micosis, liquen plano, pénfigo.
- Tratamiento: Extirpación quirúrgica completa³⁸.



Placa blanca en el borde lateral de la lengua que no se desprende y que no corresponde a ninguna otra enfermedad nosológica.

Tratamiento: quirúrgico, estudio histopatológico.

Figura 55. Fuente directa.

9.21 Eritroplasia:

- Placa roja que no puede ser diagnosticada clínica o patológicamente como cualquier otra condición. Casi todas las eritroplasias muestran una displasia epitelial significativa, carcinoma in situ o de células escamosas. Puede aparecer junto con la leucoplasia, y aunque la eritroplasia es menos común, tiene un potencial mayor de ser gravemente displásica en el momento de realizar la biopsia o de desarrollar una malignidad más adelante.
- Características clínicas: es una enfermedad que afecta a adultos de mediana a edad avanzada sin predilección por algún sexo. Se presenta generalmente en piso de boca, lengua, y en el paladar blando, pueden observarse múltiples lesiones como una placa eritematosa bien delimitada con una textura suave y aterciopelada. Es asintomática y puede estar asociada con una leucoplasia subyacente.
- Características histopatológicas: el 90% de las lesiones presentan una displasia epitelial severa, el epitelio carece de producción de queratina y a menudo es atrófico, lo que permite que la microvasculatura subyacente tenga un aspecto rojizo. El tejido conjuntivo subyacente presenta inflamación crónica.
- Tratamiento: Escisión completa de la lesión³⁹.



Lesión de color rojo-blanco, en forma de placa, localizada en el borde

Tratamiento: quirúrgico.

Figura 56. Eritroleucoplasia en el borde lateral de la lengua⁴⁰.

9.22 Granuloma piógeno:

- No es un verdadero granuloma, se cree que representa una respuesta tisular a una irritación o traumatismo local.
- Características clínicas: crecimiento hiperplásico de tejido de granulación que a veces surgen en los alveolos en donde se realizó una extracción y está en proceso de cicatrización. Se asemejan a los granulomas piógenos y suele representar una reacción del tejido de granulación a las secuelas óseas del alveolo.
- Características histopatológicas: se observa una proliferación altamente vascular que se asemeja al tejido de granulación. Se forman numerosos canales pequeños y grandes revestidos de endotelio que se llenan de glóbulos rojos. Estos vasos a veces se organizan en agregados lobulares. Se observa una úlcera y es evidente un infiltrado celular inflamatorio mixto de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento: escisión quirúrgica⁴¹.

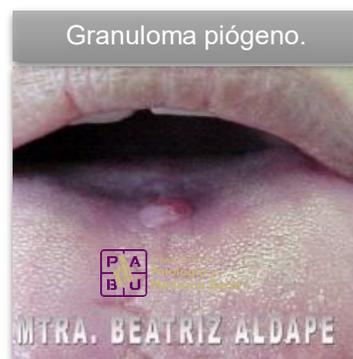


Figura 57. Fuente directa.

Lesión lobulada en el centro del dorso de la lengua, de bordes bien definidos y de coloración similar al de la mucosa adyacente.

Tratamiento: escisión quirúrgica y examen histopatológico.



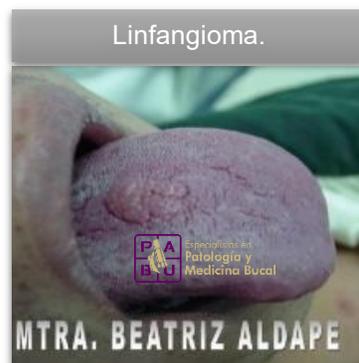
9.23 Linfangioma:

- Las malformaciones linfáticas son crecimientos benignos hamartomatosos, crecimientos tumorales de los vasos linfáticos. Representan anomalías del desarrollo que surgen de secuestros de tejido linfático que no se comunican de manera normal con el resto del sistema linfático. Se pueden clasificar en tres tipos:
 - Macroquísticas: compuesta por espacios en forma de quiste que miden 2 cm o más de diámetro.
 - Microquística: compuesta por canales vasculares más pequeños que miden menos de 2 cm de diámetro.
 - Mixto: compuesto por una combinación de espacios macroquísticos y microquísticos.

Los subtipos son variantes del mismo proceso patológico, y el tamaño de los vasos puede depender de la naturaleza de los tejidos circundantes. Las lesiones microquísticas son más frecuentes en la boca, donde el tejido conectivo circundante más denso y el músculo esquelético limitan la expansión de los vasos.

- Características clínicas: tienen una predilección por la cabeza y cuello. Aproximadamente la mitad de las lesiones se observan desde el nacimiento, y alrededor del 90% se desarrollan antes de los 2 años de edad. Las malformaciones linfáticas orales pueden ocurrir en varios sitios, pero son más frecuentes en los dos tercios anteriores de la lengua y puede ocasionar una macroglosia. Por lo general, la lesión es de localización superficial y muestra una superficie que se asemeja a un grupo de vesículas traslúcidas, se compara con tapioca. La hemorragia secundaria en los espacios linfáticos puede hacer que algunas de estas tomen un color púrpura. Las neoplasias más profundas se presentan como masas blandas y mal definidas.

- Características histopatológicas: están compuestos por vasos que pueden mostrar una ligera dilatación microquística, o estructuras quísticas macroscópicas (macroquísticas). Los vasos infiltran de forma difusa los tejidos blandos adyacentes y pueden mostrar agregados linfoides en sus paredes. El endotelio de revestimiento es típicamente delgado, y los espacios contienen líquido proteínico y ocasionalmente linfocitos. Algunos canales pueden contener glóbulos rojos, lo que crea incertidumbre en cuanto a si son vasos linfáticos o sanguíneos. En las neoplasias intraorales, los vasos linfáticos se encuentran debajo de la superficie epitelial.
- Tratamiento: dependen del tamaño, localización y subtipo. Las lesiones más pequeñas que no se asocian a problemas funcionales o estéticos significativos se mantienen en observación. Si se requiere de tratamiento, se realiza una escisión quirúrgica total, pero esta puede no ser posible debido a su gran tamaño o a la afectación de estructuras vitales. La recidiva es frecuente, especialmente en las malformaciones linfáticas microquísticas de la cavidad oral debido a su carácter infiltrante⁴².



Lesión focal superficial, de color similar al de la mucosa adyacente en el dorso de la lengua.

Tratamiento: Escisión

Figura 58. Fuente directa.



9.24 Hemangioma:

- El término hemangioma se ha utilizado para describir una variedad de anomalías vasculares del desarrollo. Se consideran neoplasias benignas de la infancia que presentan una fase de crecimiento rápido con proliferación celular endotelial. La mayoría no se reconocen al nacer, sino que surgen posteriormente durante las primeras 8 semanas de vida.
- Características clínicas: son más comunes en la infancia, se presentan en el 4% - 5% de los niños de 1 año. Son mucho más frecuentes en mujeres, así como en personas blancas. Su localización más común es en la cabeza y cuello en un 60%. Por lo general se presentan como lesiones únicas, aunque también se pueden observar como neoplasias múltiples. Rara vez están presentes al nacer, pero puede aparecer una mácula pálida con telangiectasias en la piel; la neoplasia mostrará un rápido desarrollo. Los hemangiomas superficiales aparecen elevados con un color rojo brillante, son firmes a la palpación; los más profundos pueden aparecer ligeramente elevados con un color azul. La fase proliferativa inicial dura de 6 a 12 meses, el color cambia gradualmente a un tono púrpura oscuro, y la lesión se siente menos firme a la palpación. La mayoría de los hemangiomas se resuelven por completo a los 9 años y algunos a los 5 años, pero las personas afectadas pueden mostrar cambios permanentes como atrofia, cicatrices, arrugas o telangiectasias.
- Características histopatológicas: se observa un gran número de células endoteliales y luces vasculares, debido a su naturaleza, también se ha llamado hemagioendotelioma juvenil. Conforme la lesión va madurando, los espacios vasculares se vuelven más pequeños y son sustituidos por tejido conectivo fibroso.

- Tratamiento: debido a su involución, se mantiene bajo observación. De no evolucionar favorablemente, el tratamiento será quirúrgico⁴³.



Figura 59. Fuente directa.

Lesión eritematosa de aspecto nodular, en el dorso de la lengua, de bordes bien definidos.

Tratamiento: quirúrgico.

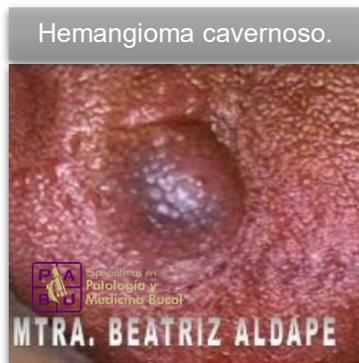


Figura 60. Fuente directa.

Lesión nodular, en el dorso de la lengua, de bordes bien definidos, y de coloración azul.

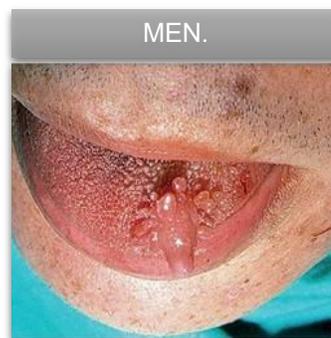
Tratamiento: quirúrgico.

9.25 Síndromes de Neoplasia Endócrina Múltiple (MEN):

- Los síndromes de neoplasia endócrina múltiple (MEN) son un grupo de afecciones raras de carácter autosómico dominante que se caracterizan por hiperplasias de los tejidos neuroendocrinos. El MEN tipo 2B y 3 desarrollan neuromas mucosos que afectan especialmente a las mucosas orales.
- Características clínicas: presenta neuromas de la mucosa oral, que son el primer signo de la afección y pueden ser detectables durante la infancia. Estos neuromas aparecen como pápulas o nódulos blandos e indoloros que afectan a los labios y a la parte anterior de

la lengua, pero también pueden aparecer en la mucosa bucal, en la encía y el paladar. Los neuromas bilaterales de la mucosa comisural son muy característicos.

- Características histopatológicas: los neuromas mucosos se caracterizan por una marcada hiperplasia de haces nerviosos en un fondo de tejido conectivo, normalmente se observa un engrosamiento del perineuro.
- Tratamiento: reconocimiento temprano de las características orales, extirpación de la glándula tiroidea debido al pronóstico extremadamente malo para el MTC (carcinoma tiroideo medular familiar)⁴⁴.



Lesiones nodulares en el tercio anterior del dorso de la lengua, de color similar al de la mucosa adyacente.

Figura 61. Síndromes de Neoplasia Endócrina Múltiple⁴⁵.

9.26 Hiperplasia Epitelial Focal (HECK):

- La hiperplasia epitelial focal (HEF), también conocida como enfermedad de HECK o hiperplasia epitelial multifocal (HEM), es una afección oral benigna y poco frecuente inducida por la infección de VPH tipo 13, 32 o ambos, también está relacionada con la falta de higiene oral, bajo nivel socioeconómico, deficiencias ambientales y nutricionales, y pacientes inmunocomprometidos. Comúnmente se observa en la mucosa bucal del labio inferior y en la lengua. Tiene una ligera predilección por hombres, y por lo general se presenta en la segunda década de vida⁴⁶.

- Características clínicas: se presenta como múltiples pápulas o nódulos de 0.2 a 3 cm, de color blanco, blandas, en la cavidad oral, que desaparecen al estirar la mucosa, y son lesiones asintomáticas.
- Características histopatológicas: se pueden observar coilocitosis con citoplasma claro, hiperplasia epitelial con paraqueratosis y acantosis, crestas de rete ensanchadas y engrosadas, degeneración en globo y cuerpos mitóticos.
- Tratamiento: no se requiere de algún tratamiento a menos de que la lesión haya aumentado considerablemente de tamaño, y en esos casos se puede indicar el uso de crema de imiquimoideal 5%, crioterapia local mediante la aplicación de nitrógeno líquido, cauterización, resección quirúrgica, escisión con láser y ácido tricloroacético al 80%⁴⁷.



Múltiples pápulas, de bordes bien definidos, de color similar a la mucosa.

Figura 62. Fuente directa.



Lesión en el borde lateral de la lengua de aspecto papular, de bordes definidos y superficie nodular.

Tratamiento: quirúrgico.

Figura 63. Fuente directa.



9.27 Neurofibroma:

- Es la neoplasia de los nervios periféricos más común, surge de una mezcla de células como las células de Schwann y fibroblastos perineurales.
- Características clínicas y radiográficas: pueden surgir como neoplasias solitarias o ser un componente de la neurofibromatosis. Las neoplasias solitarias son más comunes en adultos jóvenes y se presentan como lesiones blandas, indoloras y de lento crecimiento, pueden ser desde pequeños nódulos hasta masas más grandes. Su localización más frecuente es en la piel, pero las lesiones de la cavidad oral también son comunes, la lengua y la mucosa oral son las localizaciones intraorales más frecuentes. En raras ocasiones, la neoplasia puede surgir en el centro del hueso, donde puede producir una radiolucidez, la cual puede estar bien definida o no, y puede ser unilocular o multilocular.
- Características histopatológicas: el neurofibroma solitario está bien circunscrito especialmente cuando la proliferación se produce dentro del perineuro del nervio afectado. Las neoplasias que proliferan fuera del perineuro pueden o no aparecer bien delimitados y tienden a mezclarse con los tejidos conectivos adyacentes. La neoplasia se compone de haces entrelazados de células fusiformes que a menudo presentan núcleos ondulados. Estas células están asociadas a delicados haces de colágeno y cantidades variables de matriz mixoide. Los mastocitos tienden a ser numerosos y pueden ser una característica diagnóstica útil. Los axones pequeños y escasamente distribuidos pueden ser demostrados dentro del tejido tumoral utilizando tinciones de plata.
- Tratamiento: escisión quirúrgica local⁴⁸.



Lesión nodular en el vientre de la lengua, bordes bien definidos, consistencia firme y de color similar al de la mucosa adyacente.

Tratamiento: quirúrgico.

Figura 64. Fuente directa.

9.28 Rbdomioma:

- Las neoplasias del músculo esquelético se denominan rbdomiomas, pero estas son extremadamente raras, sin embargo, muestran una predilección por la cabeza y el cuello. Se pueden clasificar en dos categorías: rbdomiomas adultos y rbdomiomas fetales.
- Características clínicas:
 - Rbdomiomas adultos: ocurren principalmente en pacientes de mediana edad y adultos mayores, el 70% de los casos son hombres. Las localizaciones más frecuentes son la faringe, cavidad oral y la laringe; las lesiones intraorales son más comunes en el piso de boca, paladar blando y en la base de la lengua. La neoplasia aparece como un nódulo o masa que puede crecer muchos centímetros antes de que pueda ser descubierto; el tumor puede ser de naturaleza multinodular, con dos o más nódulos discretos que se encuentran en la misma ubicación anatómica.
 - Rbdomiomas fetales: aparecen en niños pequeños, pero algunos pueden desarrollarse en adultos. Tiene una



predilección por los varones, y las localizaciones más frecuentes son en la cara y la región periauricular.

- Características histopatológicas:
 - Rbdomiomas adultos: está compuesto por lóbulos bien circunscritos de células grandes y poligonales, muestran abundante citoplasma granular y eosinófilo. Estas células muestran una vacuolización periférica que da un aspecto de “telaraña” en el citoplasma, células focales con estrías cruzadas.
 - Rbdomiomas fetales: tiene un aspecto menos maduro y consiste en una disposición desordenada de células musculares en forma de huso que pueden encontrarse dentro de un estroma mixoide. Algunas neoplasias muestran un pleomorfismo leve, lo que hace que se confunda con rbdomiosarcoma.
- Tratamiento: escisión quirúrgica local⁴⁹.

9.29 Síndrome de Ehlers-Danlos:

- Es un conjunto de enfermedades hereditarias relacionadas con la alteración genética tanto de la estructura como de la síntesis del colágeno.
- Características clínicas: se ven afectadas principalmente la piel, las articulaciones y los vasos sanguíneos, manifestándose como una hiperflexibilidad de la piel y articulaciones. La manifestación oral más común es la hiperextensión de la lengua⁵⁰.



Figura 65. Fuente directa.

Los signos característicos de este síndrome son la hiperextensibilidad de la piel, hipermovilidad articular y fragilidad de los tejidos. La primera imagen corresponde al signo de Gorlin (hiperextensión de la lengua).

9.30 Síndrome de Melkersson Rosenthal:

- Se trata de un síndrome clínico caracterizado por la triada: parálisis facial, lengua fisurada y edema orofacial; se puede presentar de dos formas: oligosintomática o monosintomática. La forma monosintomática más común se conoce como queilitis granulomatosa de Meischer, y se presenta con edema labial recurrente de uno o ambos labios, que puede llegar a ser persistente.
- Características clínicas: los pacientes presentan edema orofacial, parálisis facial unilateral o bilateral y parcial o completa, lengua fisurada, migraña, vértigo, náuseas, espasmos, entre otros⁵¹.



Figura 66. Fuente directa.

3 signos que caracterizan a este síndrome son: edema labial y ocular, parálisis facial y lengua fisurada.



9.31 Tumor fibroso solitario (Hemangiopericitoma):

- Este tumor muestra una diferenciación mioide, similar a la de los pericitos y se cree que representa una entidad separada conocida como hemangiopericitoma de tipo sinonasal.
- Características clínicas: se presentan con frecuencia en adultos de mediana edad y mayores, como un crecimiento lento, indoloro, submucoso o de tejido blando profundo que se separa fácilmente de los tejidos circundantes. Los pacientes pueden presentar síntomas como obstrucción nasal y epistaxis.
- Características histopatológicas: son lesiones bien delimitadas con un aspecto variable, en un extremo las células lesionales aparecen como células que rodean a los canales vasculares revestidos de endotelio. Las células se encuentran dispuestas de forma desordenada y muestran núcleos redondos u ovoides y bordes citoplasmáticos indistintos. Los vasos sanguíneos presentan una ramificación irregular, dando lugar a un aspecto característico de “asta” y “cuerno”. En el otro extremo, las células son más ramificadas y dispuestas en fascículos cortos o de forma desorganizada (“patrón sin patrón”). La neoplasia muestra una alternancia de zonas hipercelulares e hipocelulares con un grado variable de fondo mixoide. En la zona hipocelular se observan característicamente haces de colágeno hialinizados. Los hemangiopericitomas de tipo sinonasal tienen un patrón de células fusiformes dispuestas de forma ordenada.
- Tratamiento: quirúrgico⁶².

Tumor fibroso solitario.

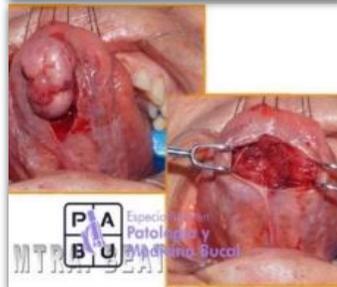


Lesión nodular en el vientre de la lengua, de bordes bien definidos, superficie lisa, y de color similar al de la mucosa adyacente.

Tratamiento: quirúrgico y examen histopatológico.

Figura 67. Fuente directa.

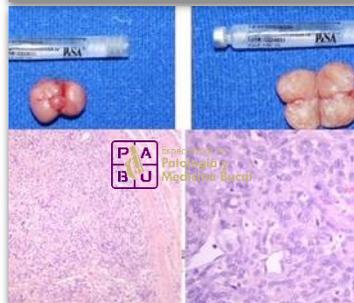
Tumor fibroso solitario.



Biopsia escisional con disección roma de tumor fibroso solitario.

Figura 68. Fuente directa.

Tumor fibroso solitario.



Macrofotografía del tumor fibroso solitario y fotografía de su histopatología.

Figura 69. Fuente directa.



Fotografía clínica de antes y después de la escisión quirúrgica del tumor fibroso solitario.

Figura 70. Fuente directa.

9.32 Mioblastoma de células granulares:

- El tumor de células granulares (TCG), también conocido como "tumor de Abrikossoff", es una rara neoplasia benigna de los tejidos blandos y durante mucho tiempo se consideró de origen mioblástico (mioblastoma de células granulares), en la actualidad se cree que la lesión surge de las células de Schwann. El TCG fue descrito en 1926 por Abrikossoff y la etiología de esta enfermedad es controvertida y discutida en la literatura. Se han identificado células de Schwann, fibroblastos, histiocitos, mioblastos y células mesenquimales indiferenciadas en la histogénesis de los GCT. Esta lesión puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque las localizaciones más comunes son en la región de la cabeza y el cuello. En la cavidad oral, el lugar más afectado es la lengua. Algunos estudios mostraron una predilección por el sexo femenino y su aparición entre la cuarta y la sexta décadas de vida
- Características clínicas: se presenta como una pápula o nódulo asintomático en la parte anterior de la lengua, de color amarillo o rosa, de menos de 3 cm de diámetro, mal circunscritos, que afectan a los tejidos subcutáneos o submucosos⁵³.

- Características histopatológicas: se observa una lesión bien circunscrita, células poligonales con núcleos pequeños y abundante citoplasma granular eosinófilo. Aproximadamente el 50% de las lesiones presentan hiperplasia pseudoepiteliomatosa asociada al epitelio de la mucosa.
- Tratamiento: consiste en la escisión de la lesión⁵⁴.



Figura 71. Fuente directa.

Lesión papilar en el dorso de la lengua, de bordes bien definidos, coloración similar al de la mucosa, y de superficie lisa.

Tratamiento: quirúrgico.



Figura 72. Fuente directa.

Macrofotografía de la histopatología del mioblastoma de células granulares.

9.33 Carcinoma epidermoide:

- Es la neoplasia maligna más frecuente, representa más del 90% de todos los tipos carcinoma en toda la cavidad oral.
- Características clínicas: se presenta con mayor frecuencia en adultos, teniendo una predilección por hombres. Puede aparecer como una placa blanca o roja persistente o como una úlcera crónica, los pacientes refieren dolor al pasar alimentos o una otalgia sin causa aparente. Esta patología está asociada a factores como el tabaquismo, alcoholismo, sífilis, infecciones por VPH, liquen plano, VIH, irritantes mecánicos, higiene oral deficiente, factores hereditarios, etc.
- Tratamiento: realizar biopsia, tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia; la disección de los ganglios del cuello siempre está indicada⁵⁵.



Figura 73. Fuente directa.



Figura 74. Fuente directa.



Figura 75. Fuente directa.



Figura 76. Fuente directa.



Figura 77. Fuente directa.

Lesión en el borde lateral de la lengua, centro ulcerada, eritematosa, de superficie, tamaño y bordes irregulares.

Tratamiento: quirúrgico, estudio histopatológico, radiación adyuvante de ser necesario.

9.34 Carcinoma adenoideo quístico:

- Características clínicas: aparece como una masa de crecimiento lento, el dolor es un hallazgo común que ocurre al principio del curso de la enfermedad antes de que se produzca un aumento de volumen notable. Los pacientes refieren un dolor sordo y constante, que aumenta gradualmente de intensidad. La parálisis del nervio facial puede desarrollarse con los tumores paratiroides, los tumores palatinos pueden ser de superficie lisa o con úlcera, y muestra evidencia radiográfica de destrucción ósea. Se trata de un carcinoma que puede ocurrir en cualquier sitio de las glándulas



salivales, pero aproximadamente el 40%-45% se desarrollan en las glándulas salivales menores, siendo el sitio más común el paladar, glándula submandibular y parótida. Es más común que se presente en adultos de mediana edad.

- Características histopatológicas: está compuesto por una mezcla de células mioepiteliales y células ductales con una variada disposición. Tiende a mostrar invasión perineural, lo que puede corresponder al hallazgo clínico de dolor, a veces, las células parecen tener una disposición en forma de remolino alrededor de los haces nerviosos. Se conocen 3 patrones principales:
 - Cribiforme: es el más común, se caracteriza por islas de células epiteliales basaloides que contienen múltiples espacios cilíndricos que se asemejan a un queso suizo, estos espacios contienen un material mucoide ligeramente basófilo, un producto eosinófilo hialinizado. Las células son pequeñas y cuboidales, muestran núcleos muy basófilos y poco citoplasma, son células con un aspecto uniforme y rara vez se observa actividad mitótica.
 - Tubular: las células se presentan como múltiples conductos pequeños o en forma de túbulos pequeños dentro de un estroma hialinizado. Los lúmenes tubulares pueden estar revestidos por una o varias capas de células ductales y, a veces, células mioepiteliales.
 - Sólida: presenta islas o láminas más grandes de células tumorales que muestran poca tendencia a la formación de conductos o formación de quistes.
- Tratamiento: La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, radioterapia como adyuvante⁵⁶.



Figura 78. Fuente directa.



Figura 79. Fuente directa.

Aumento de volumen, localizado en el dorso de la lengua, de lado izquierdo.

Tratamiento: quirúrgico, estudio histopatológico, radiación adyuvante de ser necesario.



10. **Discusión:**

La evaluación clínica de la lengua debe realizarse siempre como parte de la rutina durante la consulta dental, por la gran cantidad de patologías que la afectan.

Todo cirujano dentista debe ser capaz de realizar una exploración de manera adecuada, aplicando sus conocimientos básicos de anatomía que le permitan reconocer las características normales y aquellas que no lo sean, relacionando dichas condiciones con los padecimientos que pudieran estar relacionadas. Es importante realizar la exploración de la cavidad oral de manera ordenada de afuera hacia adentro, comenzando por el examen visual, la exploración y la palpación, esta última es importante realizarla de manera bilateral, proporciona datos relevantes como la presencia de dolor, la movilidad y, la confluencia y límites de las algunas lesiones como las neoplasias.

De igual manera, es de suma importancia no confundir las lesiones ya que, de hacerlo, se dará un diagnóstico erróneo y con ello un tratamiento incorrecto.



11. Conclusión:

Las lesiones de lengua constituyen un grupo de condiciones que con frecuencia se observan en la consulta dental, por lo que es de suma importancia conocer las características que pueden presentar cada una de ellas, así como sus manifestaciones clínicas e histopatológicas, para poder establecer un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado, y evitar la transformación maligna de algunas de las lesiones como lo puede ser la eritroplasia o la leucoplasia, al no dar un diagnóstico y tratamiento certero.

El cirujano dentista debe tener los conocimientos necesarios sobre las características de cualquier lesión, así como de las variaciones de lo normal que puedan presentarse en la lengua.

Es de suma importancia que cualquier odontólogo sea capaz de poder diagnosticar cualquier lesión, así como de determinar cuando sea necesario realizar la biopsia de alguna de ellas, del buen manejo de la muestra, y de remitir al paciente con un especialista cuando sea necesario, para evitar someter al paciente a una segunda incisión a causa de un manejo inadecuado de la muestra o déficit de la misma.



12. Glosario:

- Escozor: sensación molesta o dolorosa, semejante al ardor que produce una quemadura.
- Mácula. Área focal de cambio de color que no está elevada o deprimida en relación con su entorno.
- Pápula. Lesión sólida y elevada de menos de 5 mm de diámetro.
- Nódulo. Lesión sólida y elevada de más de 5 mm de diámetro.
- Sésil. Describe un tumor o crecimiento cuya base es la parte más parte más ancha de la lesión.
- Pedunculado. Describe un tumor o crecimiento cuya base es más estrecha que la parte más ancha de la lesión.
- Papilar. Describe un tumor o crecimiento que presenta numerosas proyecciones superficiales.
- Verrugoso. Describe un tumor o crecimiento que presenta una superficie áspera y verrugosa.
- Vesícula. Ampolla superficial de 5 mm o menos de diámetro, normalmente llena de líquido claro.
- Úlcera. Lesión caracterizada por la pérdida del epitelio superficial superficial y, con frecuencia, parte del tejido conectivo subyacente. subyacente. A menudo aparece deprimida o excavada.
- Erosión. Lesión superficial, que suele surgir como consecuencia de la de una vesícula o bulla, que se caracteriza por la pérdida parcial o total del epitelio superficial.
- Fisura. Úlceración o surco estrecho, en forma de hendidura.
- Placa. Lesión ligeramente elevada y plana en su superficie. superficie.
- Nódulo: abultamiento de pequeño tamaño en forma de nudo.
- Mácula: lesión de la piel que se caracteriza por un cambio en la coloración de la mucosa, sin elevación ni infiltración alguna.
- Pápula: lesión de la piel caracterizada por una elevación pequeña y circunscrita que no contiene líquido y que cura sin dejar cicatriz.



- Eritema: lesión de la piel que consiste en manchas o maculas lisas y no infiltradas de color rojo con diferentes tonos, formas y tamaños. La coloración desaparece al presionar la zona y reaparece al eliminar la presión.
- Espongiosis: edema intercelular de la epidermis que separa los queratinocitos entre sí, por lo que el tejido, examinado al microscopio, presenta una apariencia esponjosa. Si es edema es muy intenso, se pueden romper los desmosomas y se forman vesículas.
- Linfadenopatía: cualquier aumento de volumen de los ganglios linfáticos.
- Exostosis: protuberancia de tejido óseo que se desarrolla en la superficie de un hueso. Pueden ser únicas o múltiples.
- Aneurisma: dilatación localizada permanente de la pared de un vaso arterial o venoso, de la pared libre ventricular o de los tabiques interauricular o interventricular. Se debe a una debilidad estructural de la zona aneurismática secundaria a un trastorno genético, degenerativo, inflamatorio, infeccioso o isquémico. Su complicación más grave es la rotura con hemorragia masiva aguda seguida de choque hipovolémico y muerte del paciente.
- Nosológico: de la nosología o relacionado con ella.
- Displasia: alteración de los comportamientos de proliferación y diferenciación en una población celular, generalmente epitelial, que conduce a una hiperplasia y a un proceso anormal de maduración de las células.
- Biopsia: técnica diagnóstica que consiste en el estudio histopatológico de una muestra de tejido o de órgano, obtenida de un organismo vivo.
- Acantosis: hiperplasia de los estratos germinativo y basal de la epidermis debida a una hiperproliferación celular acompañada de un agrandamiento de la población de células germinativas y un aumento del índice mitótico.
- Crestas de Rete: protuberancias regulares intermitentes de la capa de epidermis.



- Perineuro: capa intermedia, bien definida, de tejido conjuntivo denso, formada por varias capas de fibroblastos compactados por uniones ocluyentes, que rodea los fascículos de un nervio periférico, los aísla del líquido hístico y constituye una barrera de difusión de sustancias hacia los fascículos nerviosos.
- Periocitos: células de las paredes vasculares, con capacidad contráctil, que envuelven las células endoteliales de capilares y vénulas.
- Vacuolización: proceso de formación de vacuolas (unidad intracelular de forma esférica, limitada por una membrana, que contiene un material de carácter líquido o semisólido con funciones de esqueleto hidrostático, almacén de nutrientes, agua o residuos o mantenimiento del equilibrio osmótico.
- Lumen: espacio interior de una estructura o de la cavidad de una víscera hueca.
- Flebolito: calcificación idiopática de un trombo.
- Coilocitosis: signo patognomónico de infección por VPH.
- Hamartoma: es una masa de tejido desorganizado propio de un lugar en particular.
- Telangiectasias: dilatación permanente de vasos sanguíneos que causa enrojecimiento de la piel y mucosas.



13. Referencias bibliográficas:

1. Harris Ricardo J, Fortich Mesa N, Herrera Herrera A, Arcos Pérez JM, Blanquicett López M, Jiménez Palencia C. Lesiones linguales y su relación con afecciones sistémicas. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. [internet] 2017, [consultado 12 Nov 2021]. Vol 22 (2). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v33n2/original1.pdf>
2. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/alteraciones_mucosa_bucal.pdf
3. Sadler TW. Cabeza y cuello. En: Langman Embriología Médica. 13ª ed. Wolters Kluwer Health;2016. p. 291–2.
4. Cavidad oral y faringe. Disponible en: http://www.patologiabucal.com/index_htm_files/Cavidad%20oral%20y%20faringe.pdf
5. Partes de la lengua: EnfermeríaTop. 08 Región Bucal. [Internet]; 07 Ene 2021 [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://enfermeria.top/apuntes/anatomia/cabeza/region-bucal/>
6. Músculos de la lengua: Alondra Gómez. Músculos intrínsecos de la lengua. [Internet]. [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.pinterest.com.mx/pin/550424385704041596/>
7. Irrigación y retorno venoso de la lengua: EnfermeríaTop. 08 Región Bucal. [Internet]; 07 Ene 2021 [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://enfermeria.top/apuntes/anatomia/cabeza/region-bucal/>
8. Inervación de la lengua: EnfermeríaTop. 08 Región Bucal. [Internet]; 07 Ene 2021 [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://enfermeria.top/apuntes/anatomia/cabeza/region-bucal/>



9. Saladin Kenneth S. Órganos de los sentidos. En: Anatomía y fisiología: La unidad entre forma y función. 6ª ed. McGraw-Hill; 2013. p. 591-3.
10. Megías M, Molist P, Pombal MA. (2019). Atlas de histología vegetal y animal. Órganos animales. Recuperado (21 Nov 2021) de: http://mmegias.webs.uvigo.es/2-organos-a/guiada_o_a_inicio.php
11. Ross Michael H, Wojciech P, MD, FAAA, PhD. Sistema digestivo I: cavidad oral y estructuras asociadas. En: Histología Texto y Atlas. 8ª ed. Wolters Kluwer; 2020 598, 560.
12. ENES UNAM. Proyecto global: Patología Oral y Maxilofacial Laboratorio de Investigación Interdisciplinaria (LII). León, Guanajuato. [Internet]. [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://enes.unam.mx/lii-patologia-oral-maxilofacial.html>
13. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Dermatologic Diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 726–8.
14. Neville B, Allen M, Damm D, Chi C. Developmental Defects of the Oral and Maxillofacial Region. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 11–2.
15. Guillermo L. M. Mur. La Lengua en el Examen Físico. LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO. [internet] [consultado 31 Oct 21]. vol 85 (704), 2016, p. 35-39. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/LahomeopatiadeMexico/2016/vol85/no704/5.pdf>
16. Wolfgang Bengel. Variantes anatómicas de la mucosa oral. ELSEVIER [Internet] 2010 [consultado 31 Oct 2021]; volumen 23 (5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-variantes-anatomicas-mucosa-oral-X021409851050834X?referer=buscador>
17. Neville B, Allen M, Damm D, Chi C. Developmental Defects of the Oral and Maxillofacial Region. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 12–3.



18. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Physical and Chemical Injuries. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 284–6.
19. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Salivary Gland Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 422–4.
20. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Physical and Chemical Injuries. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 260-62.
21. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Allergies and Immunologic Diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 303–8.
22. Estomatitis aftosa recurrente: Prajapat J, Prajapat R, Khanagar SB, Vishwanathaiah S, Naik S, Jhugroo, C, Devang Divakar D. Combination of Levamisole with Prednisone in Treating Recurrent Major Aphthous Ulcer in a Young Boy: A Case Report, Clinics and practice. [internet] [consultado 1 Nov 2021] vol. 11 (2), 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/clinpract11020038>
23. Laura Beatriz González Roma. Úlceración por trauma crónico: una lesión simuladora. Informe de un caso clínico. Rev Asoc Odontol Argent. [internet] 2020, [consultado 8 Nov 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1121186/úlceracion-por-trauma-cronico.pdf>
24. Pawlowski A. Covid tongue may be another coronavirus symptom, British researcher suggests. NBCNEWS. [Internet]. 29 Ene 2021. [Consultado 10 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.nbcnews.com/health/health-news/covid-tongue-may-be-another-coronavirus-symptom-british-researcher-suggests-n1256078>
25. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Oral Manifestations of Systemic Diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p. 766-8.
26. Ogo N, yanagihara T, Nishimura R, Mannoji H, Yoneda R, Hayashi M, Egashira A, Asoh T, Maeyama T. Pulmonary amyloidosis complicated with pulmonary hemosiderosis, diagnosed with bronchoscopy. ELSEVIER.



- [internet] [consultado 1 Nov 2021] vol. 33, 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213007121000629?via%3Dihub>
27. Viviana Villalba, Yesenia Valenzuela, María Constanza Ramírez, Eliana Faúndez. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Rev Chilena Dermatol. [internet] 2011. [consultado 6 Nov 2021]. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/27_2/9.pdf
28. Lengua negra vellosa. Miguel Ángel Cardona-Hernández, María del Carmen Padilla-Desgarenes, Laura Fernández-Cuevas, Karla Noemí Salazar-Villegas, Venecia Landini-Enríquez. Comunicación de un caso. [internet] 2018 [consultado 6 Nov 2021] vol 27 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2018/cd183c.pdf>
29. Neville B, Allen M, Damm D, Chi C. Developmental Defects of the Oral and Maxillofacial Region. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 13-4.
30. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Fungal and Protozoal Diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 191–9.
31. IMSS. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis orofaríngea en adultos en el primer nivel de atención. [consultado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/794GRR.pdf>
32. Candidiasis: Wolfgang Bengel. Candidiasis orales, Parte 1: Cuadro clínico, epidemiología y etiología. ELSEVIER. [internet] 2010, [consultado 26 Oct 2021], vol 23 (10). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-candidiasis-orales-parte-1-cuadro-X0214098510886703>
33. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Epithelial Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 332-3.
34. Neville B, Allen M, Damm D, Chi C. Bacterial Infections. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 170–4.



35. Maider Arando Lasagabastera, Luis Otero Guerra. Sífilis, Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. ELSEVIER [Internet] 2019 [consultado 26 Oct 2021]; volumen 37 (6): 19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-S0213005X19300072>
36. Sífilis: Martha Carmona-Lorduy, Iván Porto-Puerta, Héctor Lanfranch, Medina-Carmona, Laura Werner, Stella Maturana. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América. [internet] [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [//www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00082.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00082.pdf)
37. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Dermatologic Diseases. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 729–34.
38. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Epithelial Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 355–63.
39. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Epithelial Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 363–4.
40. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Epithelial Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 360 fig 10-65.
41. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 484–5.
42. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 510–2.
43. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 504–8.
44. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 497–9.
45. MEN: Ricardo Juan Bosch García, Norberto López Navarro, Enrique Herrera Acosta. Tumores benignos de la mucosa oral. ELSEVIER. [internet] 2009 [consultado 2 Nov 2021] vol 24 (2). Disponible en:



<https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-tumores-benignos-mucosa-oral-13133003?code=T9z0raPu8Vtfkw4MAxUj12S6hQ3dDe&newsletter=true>

46. Nallanchakrava S, Sreebala N, Basavaraj, & Sindgi F. Laser Excision of Focal Epithelial Hyperplasia (Heck's Disease): A Rare Case Report. International journal of clinical pediatric dentistry [Internet]. 2018;11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1569>
47. von Buchwald C. BSJKCAGC. Focal Epithelial Hyperplasia. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology [Internet]. 2021;13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/v13081529>
48. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 494–5.
49. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 514–5.
50. Cristina Soria Lavara. Ehlers-Danlos, el extraño síndrome que desafía a la ciencia. ELSEVIER [internet] 2017, [consultado 08 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/ehlers-danlos,-el-extrano-sindrome-que-desafia-a-la-ciencia>
51. L Gallego López, S Llorente Pendás, JS López-Arranz. Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. [internet] 2007; Madrid, [consultado 8 Nov 2021] vol 29 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582007000100007
52. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Soft Tissue Tumors. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 480–1.
53. van der Waal I. van de LSTEPP. Granular cell tumor of the oral cavity; a case series including a case of metachronous occurrence in the tongue and the lung. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology [Internet]. 2015;20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.19867>



54. Ferreira, JC, Oton-Leite, AF, Guidi, R, & Mendonça, E. F. Granular cell tumor mimicking a squamous cell carcinoma of the tongue: a case report. BMC research notes [Internet]. 2017;10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-016-2325-7>
55. Guadalupe Josefina, Mikel Tostado, Caroline Chanussot Deprez. Carcinoma epidermoide de la lengua: presentación de un caso. ADM. [internet], 2017. [consultado 3 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od172g.pdf>
56. Neville B, Allen C, Damm D, Chi C. Salivary Gland Pathology. En: Oral and Maxillofacial Pathology. Missouri: Elsevier; 2016. p 462–4.