



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES
IZTACALA, UNAM. ODONTOLOGIA**

**"CIRUGIA Y TERAPEUTICA
DE LA LENGUA"**

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a :
LUIS ALBERTO NAÑEZ TORRESCANO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Prólogo

Capítulo I.- Consideraciones generales.

Capítulo II.- Paladar y lengua, su formación embrionaria.

Capítulo III.- Anatomía de la lengua.

Capítulo IV.- Fisiología de la lengua.

a) Gusto.

b) Deglución.

Capítulo V.- Trastornos de la voz y del lenguaje.

a) Afasia.

b) Disartria.

c) Dislalia.

d) Frenillo lingual corto.

e) Glossectomía.

f) Malformaciones linguales.

g) Macroglosia.

h) Glosoptosis.

Capítulo VI.- Patología lingual.

a) Atrofia normal de la capa de revestimiento de la lengua.

b) Aumento anormal de la capa de revestimiento de la lengua. (lengua saburral).

c) Ránula.

d) Tiroides lingual.

e) Glositis Rumboidea Media.

f) Lengua Geográfica.

g) Lengua Fisurada.

h) Beri-Beri.

i) Hemangioma capilar y cavernoso.

j) Traumatismos de la lengua.

k) Cáncer Lingual.

l) Lengua negra pilosa.

m) Lengua urente o dolosa:

I.- Lengua urente con lesiones linguales
clínicamente perceptibles.

2) Lengua urente sin lesiones clínicamente
perceptibles.

n) Angina de Ludwig.

Capítulo VI.- Conclusiones.

Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N

Antiguamente y tal vez por falta de adecuadas técnicas para el diagnóstico clínico como lo representan en la actualidad los análisis de radiografías, las angiografías, los cultivos, los electros, etc. etc., los médicos, tanto como los odontólogos, estaban muy familiarizados con la morfología normal y patológica de la lengua y de todas las mucosas. En base a eso, se diagnosticaban enfermedades propias de la niñez así como otras enfermedades de diagnóstico difícil. Tal era el caso de las afecciones cardíacas, la diabetes, el embarazo, avitaminosis, trastornos hormonales, etc. etc.

La habilidad para diagnosticar esas enfermedades se ha perdido en la actualidad, quizá por las técnicas mencionadas anteriormente; pero, a mi juicio, con el conocimiento actual de la fisiología y anatomía linguales sobre las repercusiones, principalmente durante el desarrollo de los maxilares, cráneo-faciales y sus alteraciones genéticas, se convierte en fundamental para el buen ejercicio de la odontología en su forma general.

Por lo tanto, la presente tesis tiene por objeto el hacer un estudio sobre "CIRUGIA Y TERAPEUTICA LINGUAL", siendo desde su embriología su tratamiento quirúrgico y resumiendo así, su repercusión sobre el aparato masticatorio.

C A P I T U L O I

CONSIDERACIONES GENERALES.

"A los médicos sabios, prudentes y discretos
los pondré sobre mi cabeza y los honraré co
mo a personas divinas".

Miguel de Cervantes.

CONSIDERACIONES GENERALES.

En esta época moderna se ha superado ya la tendencia tradicionalista de pensar que el cirujano dentista es aquella persona que nada más se dedica a los dientes, sin darle mayor importancia a las estructuras adyacentes de la boca. Por fortuna, la odontología moderna también se interesa en los estudios de órganos, tejidos y estructuras anatómicas que forman la cavidad oral, y aún aquellas que se encuentran más alejadas de la boca y que muchas veces tienen repercusión sobre la misma. Se debe conocer, tanto en su aspecto normal como en su estado patológico, ya que un mejor conocimiento en este campo, lógico es que redundará en un mejor diagnóstico y a su vez en el tratamiento más adecuado.

La lengua no debe ser considerada como un órgano que está nada más por que sí, ya que también sus funciones son muy importantes, tanto en la deglución, la fonación y la degustación de los alimentos.

El saber los problemas que más afectan a este órgano, así como también su tratamiento, nos ayudará a mejorar el estado del paciente.

En este trabajo se van a tratar las principales afecciones, tanto desde su patología, como también del lenguaje y su tratamiento. Considerando que muchas de estas afecciones son manifestaciones de alteraciones que existen de enfermedades generales; muchas de las cuales tienen un desenlace fatal. De ahí la importancia de que el cirujano dentista las conozca y sepa diagnosticarlas a tiempo.

C A P I T U L O I I

PALADAR Y LENGUA, SU FORMACION EMBRIONARIA.

"EL QUE NO SABE REFRENAR SU LENGUA, TAMPOCO SABE HABLAR"

Thomas Fuller

PALADAR Y LENGUA, SU FORMACIONA EMBRIONARIA.

Para hablar de la lengua se debe empezar por el principio y esto nos ayudará a analizarla y a conocerla mejor.

Hablemos primeramente del paladar, el cual va de la mano en su formación junto con la de la lengua. Hacia el final del segundo mes, ya constituidos los maxilares superiores, empiezan a aparecer los "tabiques palatinos. Este par de estructuras divide totalmente la porción cefálica de la cavidad primitiva del estomodeo, (Fosa bucal primitiva y que es la invaginación del ectodermo del embrión, de la que se forman la boca y la parte superior de la faringe), dado que las fosas nasales se comunican con esta porción cefálica del estomodeo, la formación del paladar prolonga las cavidades nasales hacia atrás, de manera que dichas cavidades comunican eventualmente con la región en que la cámara oral se continúa con la faringe.

Tanto los procesos nasomedianos como los maxilares, contribuyen a la formación del paladar, así como del arco del maxilar superior. Desde la región premaxilar (nasomediana) se forma la porción pequeña triangular y media del paladar. Cuando éstas comienzan su desarrollo, la lengua está situada entre ellas y como se dirigen oblicuamente hacia abajo, sus bordes se sitúan a lo largo del piso de la boca a ambos lados de la raíz de la lengua. A medida que avanza el desarrollo, la lengua se desplaza hacia abajo y los bordes de los tabiques palatinos se dirigen hacia arriba y hacia la línea media; el progreso del crecimiento los pone en contacto entre sí y su fusión pronto completa la parte principal del paladar.

En la región anterior, el pequeño proceso premaxilar triangular (pala

tino medio) se coloca entre los tabiques palatinos laterales con los que se une, en vez de fusionarse entre sí. Mientras se forma el paladar, el tabique nasal crece hacia él, uniéndose a su superficie cefálica. De esta manera se lleva a cabo la separación de las cavidades nasales derecha e izquierda entre sí, al mismo tiempo que la totalidad de la región nasal se separa de la oral.

La lengua. Mientras el paladar forma el techo de la boca, la lengua ha ido tomando su configuración en el piso. Desde el punto de vista de su desarrollo, la lengua puede ser considerada como un saco mucoso relleno de una masa muscular en crecimiento. La razón de ser de esta tosca comparación se debe al distinto origen de la envoltura de la lengua y de los músculos linguales, y a que estos experimentan cambios tan notables en su posición relativa, que conviene considerarlos separadamente. Las áreas primordiales que intervienen en la formación de la envoltura mucosa de la lengua aparecen al comienzo del segundo mes del desarrollo. Esto se puede ver claramente en preparaciones hechas por una sección a través de los arcos viscerales que llegue hasta la luz de la faringe y retirando luego el cerebro y el techo orofaríngeo de manera que el piso pueda ser mirado desde arriba. En tales preparaciones en embriones de cinco semanas, pueden advertirse engrosamientos laterales apareados en la cara interna del arco mandibular. Dichos engrosamientos, que comprenden tanto el mesenquima, el que prolifera rápidamente, como el epitelio que lo recubre, reciben el nombre de protuberancias linguales laterales. Entre ellas se encuentra una pequeña elevación media, conocida con el nombre de tubérculo impar. Detrás del tubérculo impar hay otra elevación media llamada propia

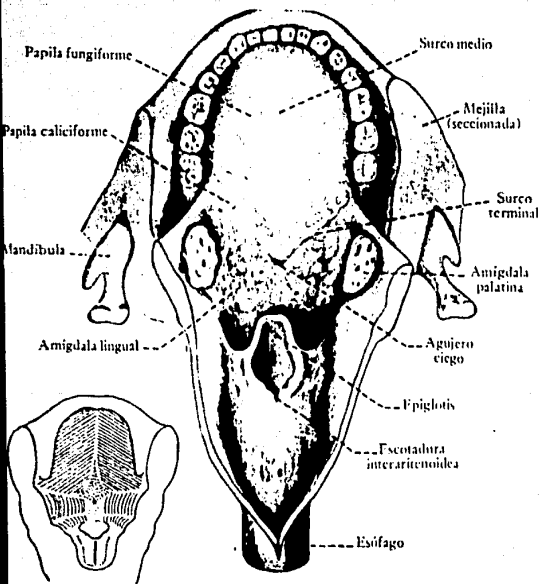
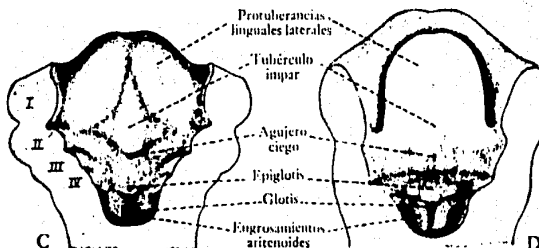
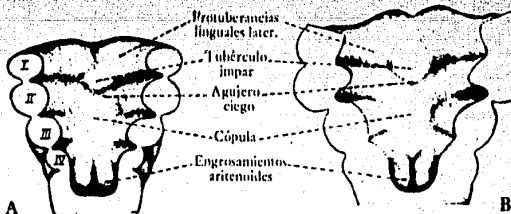
Cuatro estados en el desarrollo lingual.

A.- 4a. semana (4-5 mm).

B.- Fines 5a. semana (6-7 mm)

C.-Principio 6a. semana,
(8-9 mm)

D.-Mediados 7a sem (15 mm)



Lengua, piso de boca y región faríngea del adulto. La farínge ha sido seccionada atfás para exponer epiglotis y entra da a laringe. El diagrama indica porciones de lengua de -- distinto origen embriológico.

mente cópula o tirante porque une el segundo y el tercer arco en una prominencia medioventral. La cópula se extiende en sentido cefalocaudal desde el tubérculo impar hasta la protuberancia primordial - que señala el principio de la epiglotis. A ambos lados de la cópula hay manifestaciones del rápido crecimiento en el tejido adyacente al segundo, tercero y cuarto arco visceral.

Estas áreas, relativamente distintas en los embriones jóvenes, se unen tan pronto y tan íntimamente, que es imprudente afirmar cuál es exactamente la parte de la superficie de la lengua adulta que procede de cada una de ellas. Sin embargo, contamos con un inequívoco - punto de orientación que nos proporciona una noción general suficientemente clara para los fines prácticos. Esta señal está representada por el agujero ciego, que es un resto de la invaginación del piso de la faringe que da origen a la glándula tiroides. El agujero ciego, pequeña fosa media del dorso de la lengua adulta, situada en el vértice del surco en forma de V (surco terminal), inmediatamente detrás de las papilas caliciformes. Esa invaginación se forma en el - segmento cefalocaudal, en donde se unen el primero y el segundo arco visceral. Cuando la lengua empieza a esbozarse, encontramos esta fosa entre el tubérculo impar y la cópula. En la anatomía adulta, el surco terminal, con esta misma fosa en su vértice, se le considera - el límite entre el "cuerpo" y la "raíz" de la lengua. Así, utilizando el agujero ciego como marca o distintivo, podemos considerar que - la mucosa que cubre el cuerpo de la lengua tiene su origen en el tejido del primer arco. Estas nociones explican su inervación sensorial por la rama mandibular del quinto par (táctil) y por la cuerda - del tímpano, rama del séptimo par (gustativo) - - - - -

en razón de las vinculaciones primitivas de estos nervios con el arco mandibular. El saber qué extensión de mucosa del cuerpo de la lengua procede del tubérculo impar, no es muy importante. Esta superficie se ve pronto cubierta por las protuberancias linguales laterales que van a crecer más rápidamente y el tubérculo impar^{90c} es una pequeña región de la parte media distal al agujero ciego. Es difícil también establecer exactamente el nivel de la lengua adulta que se refiere al lugar donde el ectodermo y el endodermo siguen, cuando la placa oral llega a romperse. De lo que sí se puede decir es que la lengua se halla revestida en su mayor parte - de lo que en un principio correspondía al ectodermo y al endodermo.

La raíz de la lengua se halla revestida también por el endodermo - que, en un principio cubría las áreas medioventrales del segundo, tercero, y en menor grado el cuarto arco visceral. El noveno par, (glossofaríngeo) es el principal nervio sensorial de la base de la lengua, debido a la posición original de esta parte del revestimiento lingual y de las relaciones primarias de este par con los arcos -- viscerales implicados. Existe una pequeña zona en la parte posterior de la lengua que se ve inervada por el décimo par (vago), debido a que esta pequeña zona cercana a la epiglottis se origina del tejido del cuarto arco.

No hay una prueba concluyente aún acerca del origen definitivo de los músculos linguales y que resida en los miotomos occipitales, - pero en los embriones de cinco semanas pueden identificarse masas primordiales mal definidas de tejido premuscular en el piso de la faringe, opuestas al origen del duodécimo par (hipogloso). Esta - masa muscular en desarrollo se une sin ninguna línea de diferencia ción con el - - - - -

mesénquima situado debajo de la orofaringe, en posición más bien rostral. Sus dimensiones exactas no se pueden determinar ni por disección ni por el estudio de disecciones en serie.

En los embriones humanos es difícil determinar con exactitud la migración hacia adelante de los músculos linguales mismos, las relaciones cambiantes del décimosegundo par que se halla asociado con ellos hace este aspecto evolutivo evidente... A medida que -- presiona por debajo hacia adelante la masa muscular, el nervio se desplaza con ella, de manera que la trayectoria nerviosa indica claramente la trayectoria de los músculos linguales en su migración hacia adelante durante su desarrollo.

Debido a que las masas musculares y los vasos sanguíneos asociados a las mismas se han alejado de la línea media, a ambos lados de la cual emergieron como pares, es normal que quirúrgicamente pueda hacerse una incisión de la lengua en su parte media, sin que exista mucha pérdida de sangre.

C A P I T U L O I I I

ANATOMIA DE LA LENGUA

"Hay empresas que con sólo intentarlas se hace la buena obra de dar un buen ejemplo".

Concepción Arenal.

ANATOMIA DE LA LENGUA.

La lengua es un órgano del gusto, pero también interviene en funciones tales como son la masticación, succión, deglución y fonación.

Es una eminencia muscular móvil que ocupa la parte media de la cavidad oral, es de forma más o menos ovoidea u ovalada, con la extremidad gruesa posterior y su punta se inclina hacia delante.

Tiene dos porciones: una libre, que comprende la cara dorsal, sus bordes, la punta y la parte anterior en su cara inferior y la base o raíz lingual, que se fija por fibrillas y fascículos musculares que van al hueso hioides, la bóveda palatina la apófisis estiloides y al maxilar inferior.

La parte libre de la lengua tiene dos caras, dos bordes y un vértice. Caras: una superior y una inferior.

Cara superior, también llamada dorsal.- En ella se encuentra el surco terminal, que en forma de V abierta y hacia adelante divide esta cara en dos porciones, una será la anterior o bucal y otra posterior o faríngea.- El vértice del surco terminal se llama foramen cecum, (agujero ciego) y es el resto del conducto tirogloso del embrión.

La cara dorsal se haya recorrida en la línea media por el surco medio superior que va desde la punta de la lengua hasta el agujero ciego.

La mucosa lingual se encuentra revestida superficialmente por una capa gruesa y la cual está firmemente adherida a la masa muscular subyacente. Su superficie es irregular, ya que se encuentran unas pequeñas eminencias que reciben el nombre de papilas linguales. La porción faríngea, casi verticalmente descendente, mira hacia la faringe en posición contraria a la porción bucal, la cual está dirigida en

línea horizontal. En esta parte la mucosa no es tan adherente y la superficie es de aspecto como de una excrecencia carnosa, por la presencia en la dermis de folículos linfáticos cuyo conjunto forma la amígdala lingual. De la extremidad inferior se desprenden tres repliegues, uno medio y dos laterales que la unen a la epiglotis. Son llamados o conocidos por pliegues glosopiglóticos, que limitan entre sí y a cada lado de la línea media una excavación llamada fosa glosopiglótica.

Cara inferior.- La mucosa que cubre esta cara es delgada y transparente. En ella encontramos:

- a) Un surco medio, más profundo y ancho que el de la cara dorsal.
- b) El frenillo lingual, repliegue medio mucoso que sale de la extremidad posterior del surco medio y termina en la parte media del surco alveololingual.
- c) De lado al surco medio, se ven rodetes longitudinales, los cuales están determinados por los músculos genioglosos. En ocasiones se encuentran recubiertos por repliegues franjeados o fumbridos, los cuales son muy visibles en los recién nacidos.
- d) Lo delgado de la mucosa permite identificar las venas raninas.
- e) Los canales laterales que están entre los rodetes musculares y los bordes laterales de la lengua.

Bordes.- Son libres y de forma redondeada, más gruesos atrás que adelante y corresponden a los arcos dentarios. En la extremidad posterior y cerca de la base se pueden observar las papilas foliadas, pliegues que son diminutos, verticales y paralelos.

Vértice.- También denominado punta de la lengua, en donde se puede apreciar la reunión de los dos surcos que recorren las caras dorsal e inferior de la lengua.

Los extrínsecos tienen su origen fuera de la lengua, y se van a clasificar en tres grupos:

- a) Los que se insertan en huesos vecinos; genioglosos en la mandíbula; estiloglosos en la apófisis estiloides y los hioglosos en el hueso hioides.
- b) Los que ^{se}originan en órganos vecinos; palatoglosos en el paladar; faringoglosos en la faringe y amigdaloglosos en las cápsulas amigdalinas.
- c) Los que nacen en huesos y en tejidos blandos próximos; el lingual superior que se origina en el hioides y en los repliegues glosopiglóticos, y el lingual inferior que hace lo propio -- desde el hioides hasta el faringogloso.

Independientemente de esto se debe dejar claro que la lengua tiene un esqueleto propio, el cual está formado por un hueso, el hioides y por dos láminas fibrosas, la membrana hioglosa y el septum medio.

Parodi ha dado a conocer una nueva clasificación de los músculos de la lengua en base a la dinámica de la misma, tanto intra como perilingual. Y los divide en cuatro grupos:

- 1) Músculos que provienen del segmento visceral del maxilar inferior o rama cérvico facial: genioglosos.
- 2) Músculos que pertenecen al sistema hioideo: estilogloso, hiogloso, lingual superior, lingual inferior junto con la membrana hioglosa y el septum lingual.
- 3) Músculos que están en relación con el paladar fundamentalmente con

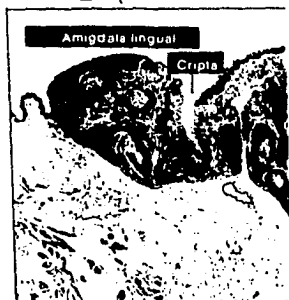
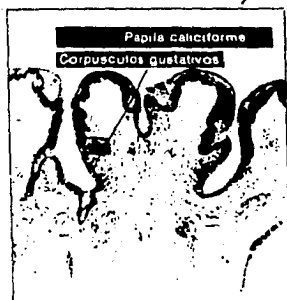
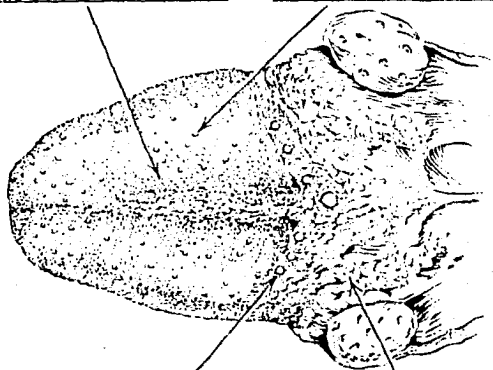
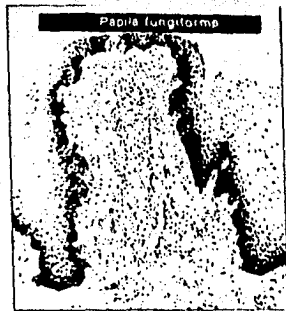
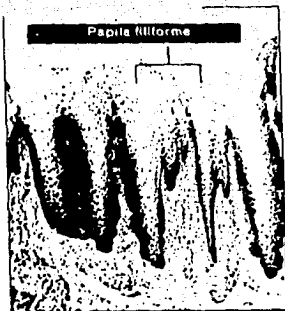
#....

el pilar anterior del velo: palatoglosos.

4) Músculos en relación con las estructuras faríngeas, principalmente la prolongación lingual del constrictor medio de la faringe: músculos faringoglosos. De menor importancia los amigdaloglosos.

GENIOGLOSO:- Es el más voluminoso de los músculos de la lengua; tiene forma de un triángulo cuyo vértice está situado detrás de la sínfisis mentoniana y cuya base, muy convexa, corresponde a la cara de la lengua, la dorsal, en toda su extensión. Se inserta en las apófisis geni superiores, desde donde sus fibras irradian hacia atrás, y las superiores describen una curva de concavidad anterior y van a terminar a la punta de la lengua, mientras las inferiores se dirigen hacia atrás y abajo, dirigiéndose unas a la base de la lengua, mientras las otras a la parte superior de la cara anterior del hueso hioides; las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la lengua y terminan en la mucosa, en la membrana hioglosa ó bien se entrecruzan por debajo del septum lingual con los del lado opuesto.

Relaciones.- Por su cara externa, con la glándula sublingual, el conducto de Wharton, la arteria lingual, el nervio hipogloso, estilogloso y lingual inferior. Por su cara interna: con el músculo genio-gloso del lado opuesto. No está separado de él más que por una delgada capa de tejido celuloadiposo y por el septum medio. Su borde anterior, cóncavo hacia delante, mira hacia la sínfisis mentoniana. Está cubierto por la mucosa de la cara inferior de la lengua. El borde inferior, insensiblemente rectilíneo, descansa en toda su extensión sobre el músculo geni-hioideo, que sigue exactamente la misma dirección.



Dibujo de la superficie dorsal de la lengua y microfotografías, sobre la mucosa en cuatro zonas diferentes. El surco terminal está frente a las papilas circunvaladas.

Acción: Las fibras superiores dirigen la punta hacia abajo y atrás, en tanto que las medias tratan de proyectar el cuerpo de la lengua hacia delante; obrando en conjunto, reducen la longitud de la lengua y la aplican contra el piso de la boca.

ESTILOGLOSO:- Es un músculo largo y delgado que va desde la apófisis estiloides a las partes laterales de la lengua. Se inserta en la cara anteroexterna de la apófisis estiloides y en la parte superior del ligamento estilomaxilar. Se dirige hacia abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar donde se dividen en haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus fibras con las del hiogloso y el geniogloso y haces medianos que siguen el borde de la lengua y terminan en la punta.

Relaciones.- Está en relación, por fuera con la glándula parótida, el músculo pterigoideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual; por dentro, con el ligamento estilohioideo, el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

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

HIOGLOSO: Es un músculo delgado, aplanado y cuadrilátero, situado en la parte lateral e inferior de la lengua. Se inserta por abajo primero en el borde superior del cuerpo del hioides, en la porción próxima del asta mayor; en el labio externo del asta mayor en toda su extensión. Se designa generalmente con el nombre de ceratogloso la porción de este músculo que arranca del asta mayor y con el de basiogloso la porción que corresponde al cuerno mismo del hioides. Estas dos porciones constitutivas del hiogloso, el ceratogloso y el basio-----

gloso, se encuentran frecuentemente separadas unas de otras en su parte inferior ^{por} un intersticio celuloadiposo a través del cual se ve la arteria lingual. Más arriba se hallan claramente separados por los fascículos inferiores del estilogloso, los cuales está situados al principio de la cara superficial del ceratogloso, para meterse enseguida por debajo del basiogloso. Después las fibras se dirigen hacia arriba y ligeramente adelante, al entrecruzarse con el estilogloso corren hacia adentro y adelante casi horizontalmente, mezclándose con los haces anteriores del estilogloso para terminar en el septum lingual.

Relaciones.- Su cara profunda está en relación sucesivamente con el constrictor medio de la faringe, el faringogloso y el geniogloso. Esta cara está además en relación con la arteria lingual, la cual se aplica contra ella y la cruza un poco oblicuamente de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba.

Su cara superficial está en gran parte cubierta por los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico. También está en relación con la glándula submaxilar, que descansa sobre su parte posterior con el conducto de Wharton y con los dos nervios linguales e hipogloso mayor.

Acción.- Son depresores de la lengua; la comprimen transversalmente y la aproximan al hioides.

CONDROGLOSO: Se ha descrito con este nombre y considerado como una dependencia del hiogloso un pequeño fascículo muscular que pasa por atrás, en la parte interna del asta menor del hioides y se dirige enseguida hacia adelante y arriba, para terminar, a cada lado de la línea media, en la cara dorsal de la lengua. Este fascículo falta algunas ve - - - - -

ces, lo que contradice la opinión de Haller, que lo admitía como constante. Por otra parte, parece que debe ser distinguido del hiogloso, del cual está separado de su origen hioideo por la arteria lingual y por el músculo faringogloso.

PALATOGLOSO O GLOSOSTAFILINO: Está situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar. Constituye la porción central, y por decirlo así, su esqueleto.

Inserciones.- Por arriba se inserta en la cara inferior de la aponeurosis palatina, de donde desciende a la base de la lengua para recorrer el borde ^{de} ésta y confundir sus fibras con los del faringogloso y el estilogloso. Este músculo está en relación con la mucosa en la mayor parte de su extensión.

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

FARINGOGLOSO: Se le da este nombre a un fascículo de fibras musculares que el constrictor superior de la faringe enfila a los lados de la lengua. Estos fascículos están de manera superiores e inferiores, los primeros costean el borde correspondiente de la lengua, confundiéndose con los fascículos del palatogloso y los fascículos medios del estilogloso, que llevan la misma dirección.

Los fascículos inferiores, oblicuos hacia abajo y adelante, se introducen por debajo del hiogloso y se continúan en este sitio, en parte con las fibras del lingual inferior.

Acción.- Dirige la lengua hacia atrás y arriba.

AMIGDALOGLOSO: Músculo delgado que va de la cápsula amigdalina a la lengua.

Inserciones.- Se inserta por arriba de la aponeurosis ~~fr~~íngea que cu

bre a la amígdala. Desciende luego entre el faringogloso y la mucosa hasta la base de la lengua, donde ^{sc} hace transversal y se entrecruza en la línea media del lado opuesto.

Relaciones.- En su porción superior se halla colocado entre la aponeurosis faríngea de la amígdala, y abajo cruza por su cara inferior al lingual superior.

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

LINGUAL SUPERIOR: Músculo impar y medio, está constituido por un sistema de fibras longitudinales y paralelas que se extienden por debajo de la mucosa de la lengua, desde la boca hasta el vértice. Se halla formado en su porción posterior por tres haces, de los cuales los laterales emanan de las astas menores al hueso hioides y el medio, de la epiglotis; está constituido en el espesor del repliegue glosopiglótico medio. Los tres haces se dirigen hacia adelante y convergen de tal manera que en la parte media de la lengua quedan unidos, conservando esta unión hasta terminar en la punta de la misma.

Relaciones.- Por su cara superior se relaciona con la mucosa de la lengua, a la cual se adhiere íntimamente; por su cara inferior se halla en relación con los músculos subyacentes; a los lados, confunde sus fibras con los superiores del estilogloso, con el faringogloso y con el palatogloso.

Acción.= Cuando se contrae, el lingual superior levanta la punta de

la lengua, al mismo tiempo que la dirige hacia atrás; es un músculo elevador y retractor de la punta.

LINGUAL INFERIOR: Como su nombre lo indica, ocupa la cara inferior de la lengua. Está situado por abajo del estilogloso, entre el genio-gloso que está dentro y el hiogloso que se encuentra afuera.

Se inserta por atrás en los cuernos menores del hueso hioides y recibe haces de refuerzo del estilogloso y del geniogloso. Se dirige -- después hacia adelante y sus fibras terminan en la cara profunda de la mucosa que reviste por su cara inferior la punta de la lengua.

Relaciones.- Corre entre los músculos hiogloso por fuera y el geniogloso por dentro.

Acción.- Por sus contracciones, el músculo lingual inferior acorta la lengua en su diámetro anteroposterior, al mismo tiempo que atrae la punta de la misma hacia abajo y atrás; por lo que es un músculo depresor y retractor de la punta.

TRANSVERSO: Así denominado debido a su dirección. Está constituido por un conjunto de fascículos que se dirigen transversalmente desde la línea media a los bordes linguales.

Inserciones.- Se inserta por dentro en las dos caras del septum lingual y termina hacia afuera en la mucosa de los bordes de la lengua.

Relaciones.- Se entrecruzan de una manera irregular con las fibras de dirección distinta que encuentran, y muy especialmente con las que ofrecen una dirección longitudinal.

Acción.- Reduce, al contraerse, el diámetro transversal de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

MUCOSA LINGUAL.

La mucosa lingual es la porción de la mucosa bucofaríngea que reviste la mayor parte de su extensión el cuerpo muscular de la lengua. Es delgado en la cara inferior y se engruesa más en los bordes, alcanzando su máximo de espesor en la cara dorsal, y sobre todo, en la punta y en la V lingual. La base de la lengua no está cubierta por la mucosa, pues ésta pasa por arriba del dorso de ese órgano a la epiglotis, donde forma los repliegues glosopiglóticos; por abajo y adelante va a continuarse con la mucosa del piso y forma el frenillo lingual.

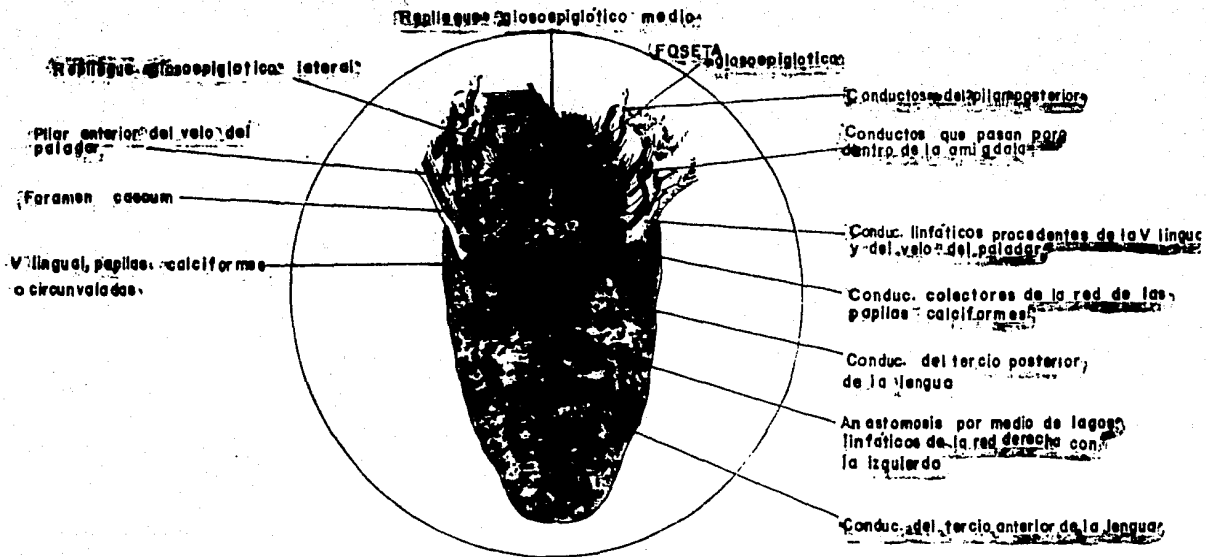
La mucosa del dorso de la lengua y de los bordes de ésta presenta múltiples elevaciones que son las papilas linguales, y entre ellas se encuentran los corpúsculos del gusto, descubiertos por Loven y Schwalbe en 1868.

Las papilas linguales son de cinco tipos, a saber: papilas filiformes, papilas foliadas, papilas fungiformes, papilas caliciformes y las papilas hemisféricas.

Papilas filiformes.- Muy numerosas y de color rojo obscuro, situadas por delante de la V lingual, son de forma cónico-cilíndricas y de su extremidad libre se desprenden multitud de prolongaciones filiformes. Algunos autores han denominado a estas papilas coroliformes.

Papilas foliadas.- Se hallan colocadas en los bordes de la lengua y se presentan bajo la forma de pliegues u hojas adosadas unas a otras y separadas por surcos más o menos profundos.

Papilas fungiformes.- Están distribuídas en el dorso de la lengua por delante de la V lingual; tienen la forma de hongo de color rojo claro, con un pie más o menos estrecho y en su extremidad libre un ensanchamiento - - - - -



LINFATICOS DEL DORSO DE LA LENGUA

o cabeza.

Papilas caliciformes.- Son más voluminosas, están situadas y alineadas en la V lingual, siendo mayor la central, que posee un rodete muy desarrollado, de altura mayor a la de las papilas, por lo que ésta parece presentar un orificio llamado agujero ciego de la lengua (foramen cecum) que es resto del conducto tirogloso del embrión. Están formados en suma por una saliente central o papila propiamente dicha, circundada por un rodete circular o cáliz; entre ambos hay una depresión o canal de la papila. Son en número de nueve a once.

--- Papilas hemisféricas.- Son las más numerosas, tienen forma cónica o hemisférica y están situadas en la cara superficial del cor rion mucoso. Se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

Inervación.- La inervación sensitiva de los dos tercios anteriores de la lengua procede del nervio lingual, que también lleva fibras gustativas y secretomotoras procedentes de la cuerda del tímpano, finalmente derivada del nervio intermedio. Las papilas de la V lingual y el tercio posterior de la lengua, la superficie faríngea, -- son inervados por el nervio glosofaríngeo, con fibras al servicio de la sensación gustativa especial y general y con fibras secretomotoras.

Unas pocas fibras de la rama laríngea interna del nervio laríngeo -

superior, procedente del vago, alcanzan la parte posterior de la --
lengua. La inervación motora para los músculos intrínsecos y ex--
trínsecos de la lengua se hace a través del nervio hipogloso. El -
palatogloso, cuyas fibras se mezclan con la parte posterior del la-
do de la lengua, es un músculo del paladar blando y está inervado -
por la rama faríngea del vago. »V

Irrigación.- Se deriva principalmente de la arteria lingual, que pa-
sa hacia delante desde su origen en la arteria carótida externa, -
profundamente hacia el músculo hiogloso (hiogloso). Termina como
la arteria profunda de la lengua, e irriga el órgano hasta su punta.
Las venas que drenan el área son a la vez superficiales y profundas
al músculo hiogloso, y desembocan en el sistema yugular interno, ya_
sea directamente, o a través de la vena facial.

CAPITULO IV

FISIOLOGIA DE LA LENGUA.

"La suma de la sabiduría está en esto:
que no es jamás perdido el tiempo de-
dicado al trabajo".

Emerson.

FISIOLOGIA DE LA LENGUA.

Habitualmente se denomina al gusto la sensación compleja provocada no sólo por la excitación de los receptores específicos del -- gusto, sino también de los receptores del sentido químico general, táctiles y térmicos de la boca, así como también los del olfato. Los órganos del gusto aparecen en el tercer mes de vida intrauterina. En el niño son tan numerosos como en el feto, pero se hallandiseminados por el dorso de la lengua y en la mucosa de los carriillos. En el adulto van disminuyendo; desaparecen primero del dorso de la lengua y luego de la punta.

ORGANOS RECEPTORES Y VIAS.

Botones gustativos.- Los botones gustativos, que son los órganos para el gusto, son cuerpos ovoides que miden de 50 a 70 milímicras. Cada botón está hecho de células de sostén y de 5 a 18 células ciliares, que son los Receptores Gustativos. Las células receptoras — tienen cada una, cierto número de cilios que se proyectan en el Poro Gustativo, abertura que se encuentra en la superficie epitelial del botón gustativo. Las terminaciones amielinizadas de las fibras nerviosas sensitivas están enrolladas de una manera muy íntima. Cada botón gustativo está inervado por cerca de 50 fibras nerviosas e inversamente, cada fibra nerviosa recibe una entrada de impulsos de 5 botones gustativos en promedio. Si el nervio sensitivo es seccionado, el botón gustativo degenera y finalmente desaparece. Sin embargo, si el nervio se regenera, las células circunvecinas se organizan en nuevos botones gustativos, presumiblemente como resultado de alguna especie de efecto químico inductor ejercido por la fibra en re - - - - -

--- generación.

Los botones gustativos están situados en la mucosa de la epiglotis, del paladar y de la faringe, así como en las paredes laterales de las Papilas Fungiformes y Caliciformes. Las papilas fungiformes son estructuras redondeadas que se encuentran en la punta y en los bordes de la lengua. En cambio, las papilas caliciformes son estructuras prominentes dispuestas en forma de V en la parte posterior de la lengua.

Hay hasta 5 botones gustativos por papila fungiforme y ellos por lo general están localizados en la parte superior de la papila. Las papilas caliciformes más grandes contienen, cada una, hasta 100 botones terminales usualmente situados a lo largo de sus lados. Las pequeñas papilas filiformes cónicas que cubren el dorso de la lengua usualmente no contienen botones gustativos. En el hombre existe un total aproximado de 10,000 botones gustativos.

Vías gustativas.- Las fibras nerviosas sensitivas de los botones gustativos situados en los dos tercios anteriores de la lengua -- viajan por la cuerda del tímpano, rama del nervio facial. Las fibras del tercio posterior de la lengua alcanzan el tallo cerebral a través del nervio glossofaríngeo. Las fibras de otras áreas no pertenecientes a la lengua van al tallo cerebral en el nervio vago. A cada lado, las fibras del gusto mielinizadas pero de conducción relativamente lenta de estos tres nervios, se juntan en el bulbo raquídeo para formar el Fascículo Solitario. Las neuronas de segundo orden se encuentran localizadas en el núcleo de este fascículo y sus cilindroejes cruzan la línea media y se unen al lemnisco medial, terminando junto con las fibras de la sensibilidad táctil, dolorosa y de la temperatura en el núcleo ven-----

Inervación sensitiva de la lengua. Los numeros se refieren a los nervios craneales.

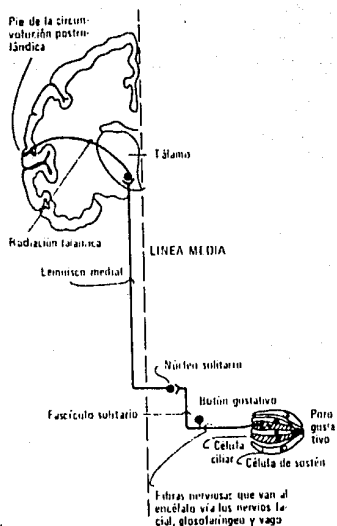
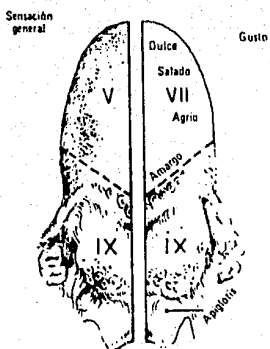


Diagrama de las vías gustativas.

Fig. [] Diagrama de las vías gustativas.

tral posteromedial del tálamo. Los impulsos son enviados desde allí hasta el área de proyección gustativa de la corteza cerebral en la piel de la circunvolución postrolándica. El gusto no tiene área de proyección cortical separada, sino que se encuentra representado en la parte de la circunvolución postrolándica que sirve a las sensaciones cutáneas de la cara.

Estimulación de los receptores.- Los receptores del gusto son -- quimiorreceptores que responden a las sustancias disueltas en los líquidos de la boca que los bañan. Estas sustancias parecen evocar potenciales generadores, pero no se sabe cómo las moléculas en solución actúan en las células receptoras para producir estos potenciales. Hay evidencia de que las moléculas que producen el sabor actúan sobre la membrana de las células receptoras o de sus prolongaciones. Una teoría reciente se basa sobre la hipótesis de que los cilios de los receptores tienen una película superficial polielectrolítica. De acuerdo con esta teoría, la fijación de los iones a esta película causa una distorsión en la disposición espacial de la película con el consiguiente cambio en la distribución de la densidad de carga. También hay evidencia de que las moléculas que provocan el sabor se unen a proteínas específicas en los botones gustativos. La unión de sustancias con los receptores debe ser débil porque usualmente se requiere un lavado con agua relativamente pequeño, para abolir un sabor.

Modalidades del gusto.- En el hombre son cuatro principalmente: -- dulce, agrio, amargo y salado. Las sustancias amargas son gustadas en la parte posterior de la lengua; las agrias a lo largo de los bordes; - - - - -

las dulces en la punta y las saladas en la parte anterior del dorso. Las sustancias ácidas y amargas también son gustadas en el paladar junto con alguna sensibilidad para lo dulce y lo salado. Las cuatro modalidades pueden ser sentidas en la faringe y la epiglottis. La anestesia del paladar aumenta el umbral para los sabores agrios y amargos, en tanto que la anestesia de la lengua lo eleva para los sabores salados y dulces. Los botones gustativos no difieren histológicamente en las diferentes áreas, pero la existencia de diferencias fisiológicas ha sido demostrada en animales registrando la actividad eléctrica de las fibras nerviosas que parten de botones gustativos únicos. Estos estudios muestran que algunos botones gustativos responden sólo a los estímulos amargos, mientras que otras responden sólo a los salados, a los dulces o a los agrios. Algunos botones responden a más de una modalidad de estímulo, pero ninguno a los cuatro.

En el hombre, la facultad de discriminar diferencias de la intensidad tanto de los sabores como de los olores, es relativamente burda, ya que es necesario un cambio de 30% en la concentración de la sustancia que está siendo gustada, antes de que pueda descubrirse una diferencia de intensidad. Las concentraciones umbrales en las sustancias a las cuales responden los botones gustativos varían con cada sustancia particular. Estos umbrales se abaten en los pacientes con insuficiencia suprarenal.

Clasificación del gusto.

a) Ácidos: saben agrios y es el H^+ , más que el anión asociado, el que estimula a los receptores. Para un ácido dado, la acidez es -
pro - - - - -

porcionada a la concentración de H^+ , (pero) pero los ácidos orgánicos con frecuencia son más agrios que los ácidos minerales a una concentración dada de H^+ . Esto probablemente es debido al hecho de que los primeros penetran a las células con mayor rapidez que los segundos.

El sabor salado es producido por el anión de las sales inorgánicas, siendo los halógenos particularmente eficaces. No obstante, algunos compuestos orgánicos también saben salados.

Dulces.- La mayoría de estas sustancias son compuestos orgánicos. Los ejemplos más familiares de ellos son la sacarosa, la maltosa, la lactosa y la glucosa; pero los polisacáridos, el glicerol, algunos alcoholes y cetonas y numerosos compuestos sin relación aparente con cualquiera de éstos, tales como el cloroformo, las sales de berilio y diversas amidas del ácido aspártico también saben dulces; lo mismo sucede con algunas proteínas, incluyendo algunas más dulces que la sacarosa. La sacarina es solicitada como agente edulcorante en las dietas, para rebajar de peso, ya que endulza satisfactoriamente en cantidad de representar una fracción diminuta de la cantidad de sacarosa, macrocalórica que se requeriría con el mismo fin. Las sales de plomo también tienen un sabor dulce.

DEGLUCION:

La deglución es un reflejo iniciado por la acción voluntaria de recoger el bolo alimenticio sobre la lengua e impulsarlo hacia la faringe.

Esto inicia una onda de contracción involuntaria en los músculos faríngeos, que empuja el bolo hacia el esófago. La inhibición de la respiración y el cierre de la glotis forman parte de la respuesta refleja. La deglución es difícil e imposible cuando la boca está abierta, como es - - - - -

bien sabido por cualquiera que haya pasado algún tiempo por el sillón dental sintiendo que la saliva se acumula en su garganta.

La saliva cumple una función muy importante en la deglución; ésta contiene una enzima digestiva, la ptialina o alfa amilasa salival que actúa en la digestión de los almidones; también contiene mucina, glucoproteína que lubrica los alimentos.

La saliva facilita la deglución además de servir como solvente para las moléculas que estimulan los botones gustativos.

En la unión faringoesofágica hay un segmento de 3 cm de esófago en el cual la tensión de reposo de la pared es alta. Este segmento se relaja reflejamente al deglutir, permitiendo que el material deglutido entre al cuerpo del esófago. También cabe señalar que la musculatura de la unión gastroesofágica, como la unión faringoesofágica, es tónicamente activa pero se relaja al deglutir.

En la deglución tenemos tres fases sucesivas: 1 voluntaria y otras 2 involuntarias. La primera fase, que será voluntaria, se efectúa con los maxilares cerrados y los músculos de los labios y carrillos en contracción; el bolo alimenticio es conducido por los movimientos linguales hacia la parte posterior de la boca en la zona del istmo de las fauces, y de ahí empiezan las dos siguientes fases que son involuntarias; la segunda va desde la faringe hacia el esófago y la tercera, en la cual el bolo pasa al estómago por los movimientos peristálticos de las paredes esofágicas.

Los centros nerviosos que presiden el acto de la deglución, se encuentran en la zona del encéfalo denominada bulbo.

C A P I T U L O V

TRASTORNOS DE LA VOZ Y DEL LENGUAJE.

"Con las palabras gobernamos
a los hombres".

Disraeli.

TRASTORNOS DE LA VOZ Y DEL LENGUAJE.

El lenguaje es el acto de hablar, es decir, de hacer partícipes a los demás de nuestras ideas y de nuestros sentimientos mediante la palabra. Depende de impulsos externos y también internos, pero determinados de antemano; presupone preexistencia de sentimientos e ideas, es decir, de material psíquico para comunicar a los demás. Pero ^{para} hablar, además de un contenido psíquico mínimo, hace falta el estímulo, el impulso de expresarse; tan verdad es esto que en los melancólicos, en los que este impulso está apagado por la indiferencia hacia el mundo externo, se presenta el llamado Mutismo Psíquico.

El lenguaje es el reflejo más fiel de la psiquis humana y denota exactamente los trastornos de la misma; efectivamente, a través de la palabra se reconocen la mayoría de los estados de enajenación mental.

También las situaciones emotivas muy intensas se reflejan, sin lugar a dudas, en el lenguaje.

Mecanismo del lenguaje.- Para poder aprender a hablar, el niño debe oír el sonido de las palabras pronunciadas por los demás, y -- después poner en movimiento --a través de los nervios motores procedentes del cerebro-- los músculos de la lengua y la laringe, que son los órganos periféricos productores de la voz y por lo tanto de la palabra.

Se puede esquematizar de la siguiente manera el mecanismo del -- lenguaje: --oído (percepción de la palabra pronunciada por otros) --nervio auditivo (que lleva al cerebro las imágenes sonoras, es decir, los sonidos corrientes) --centro cerebral auditivo del lenguaje (en el que la imagen sonora de la palabra se acopla al significado respectivo)-- centro cerebral motor del lenguaje (que emite las órdenes motoras a los órganos - - - - -)

periféricos de la voz y de la palabra)-- nervios motores (que transmiten dichas órdenes a los órganos periféricos de la palabra) - músculos del lenguaje (los de la laringe y de la lengua que producen - mecánicamente palabras).

DISLALIA.- Es el trastorno de la articulación de los fonemas por - alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla.

Son muy frecuentes las dislalias en la infancia, sobre todo en los primeros años de escuela; luego con la enseñanza desaparecen rápidamente. Las dislalias pueden ser funcionales y también orgánicas. Durante el desarrollo del habla en los niños se presenta una dislalia, de tipo fisiológica, que desaparece luego antes de llegar a - la edad escolar, y si después de los cuatro años no ha desaparecido, entonces se puede sospechar de alguna alteración, ya sea de inteligencia, de audición, o incluso de coordinación motora.

En algunos casos hay un factor hereditario innegable, ha habido varios casos de dislalia del padre, o en la familia paterna más que - en la rama materna, pero hay que tener en cuenta que las dislalias son más frecuentes en los hombres.

Durante el aprendizaje de la palabra se puede asociar un fallo parcial en la exacta imitación de los fonemas oídos. Esto quizá se - deba a una falta de paralelismo entre la adquisición psíquica con - la habilidad motora. La imitación influye también mucho ya que algún fonema deformado oído a algunos familiares o compañeros es fre - cuenta.

Algunas causas más podrían ser: La educación deficiente, circunstancias sociales desfavorables, falta de cariño o de interés por - el desarrollo lingüístico del niño.

La exploración demuestra que en general no se observa ninguna dificultad en los movimientos de los músculos del habla. La mayoría de las veces las vocales y los diptongos son normales.

La habilidad para imitar sonidos es también normal, no hay disfonía o ronquera. Por lo regular son niños intranquilos, distraídos, a veces apáticos, sin interés, a menudo tímidos, tanto que en ocasiones es difícil que hablen frente al foneatra. El exámen consistirá en la prueba de articulación, palatografía, test mental, audiometría, pruebas motoras, etc. En ocasiones los padres se acostumbran a la manera de hablar del niño y no se dan cuenta del defecto. Con una inteligencia adecuada, buena audición, edad adecuada también y tiempo de meses, es siempre posible la curación; además que las recaídas son muy poco frecuentes.

DISARTIA.- Significa la dificultad o trastorno de la articulación de la palabra, por parte de los órganos periféricos (músculos de la laringe, de la lengua, del paladar blando, de los labios), a los correspondientes de la construcción, o sea, la realización mecánica de la palabra rectamente "pensada" en su localización psíquica cerebral.

En el grupo de las disartrias, el grado extremo del defecto de pronunciación de la palabra lo tenemos en la "anartria", también llamada alalia, que es la completa incapacidad de articular palabra.

Producirán disartrias todos aquellos estados que lesionan con mayor o menor gravedad el funcionalismo del aparato motor neuromuscular que preside la pronunciación justa de las palabras; parálisis, atrofias, espasmos (contracturas), de los músculos laríngeos y linguales así como la falta de coordinación motora (ataxia) de estos músculos de la fona-

ción, que no se contraen en forma coordinada para lograr su finalidad de pronunciar palabras.

El tratamiento foniátrico empezará cuando haya remitido el proceso patológico causal y cuando el tratamiento del médico haya terminado y también cuando el tratamiento quirúrgico se haya hecho en caso necesario. Como resulta lógico, en ningún caso deberá establecerse en enfermedades progresivas. En las parálisis musculares de la articulación está indicada la terapéutica física y ejercicios gimnásticos para evitar la degeneración muscular de las estructuras afectadas. En contra de los espásticos están indicadas las medidas generales y locales de relajamiento.

AFASIA.- Esta afección no debe confundirse con la disartria, ya que se trata de alteraciones bien diferentes. Ambas, en efecto, constituyen alteraciones del lenguaje; pero la afasia altera la fase de elaboración e ideación cerebral central de la palabra; en cambio, la disartria es la alteración de la fase subsiguiente de pronunciación llevada a efecto en o por los músculos periféricos de la laringe (cuerdas vocales), de la lengua, de los labios, del paladar blando, con cuyos movimientos se asegura la fonación.

Se puede entonces decir que la afasia es un defecto en la construcción psíquica de la palabra por parte de los centros cerebrales del lenguaje funcionalmente alterados; en cambio, la disartria es un defecto mecánico de la construcción de la palabra por parte de los músculos periféricos afectados de parálisis, espasmos o incoordinación de movimientos; esta afección también llamada ataxia, en la que las personas no son aptas para pronunciar las palabras que han sido elaboradas por el cerebro en su doble - - - - -

aspecto sensorial (o de comprensión) y motor (o de expresión).- Existen varios tipos de afasia, siendo la que nos interesa más, la primera, llamada afasia motora de Broca, denominada también afemia (por lesión del centro cortical motor de la palabra broca, situado en la parte inferior de la tercera circunvolución frontal del hemisferio cerebral izquierdo). El cerebro del paciente no es capaz de evocar, de recordar la "imagen motora" de la palabra; o sea, - que ha "olvidado" el movimiento que tiene que efectuar los músculos laríngeos, linguales y labiales (que no están paralizados) para que la palabra sea articulada. Por consiguiente, el enfermo es incapaz de articular las palabras, pero emite sonidos confusos e incongruentes; a veces es capaz de pronunciar alguna palabra más sencilla, - de la que accidentalmente su cerebro conserva el recuerdo. Pueden comprender el significado de las palabras que leen u oyen y pueden escribir copiando literalmente. En cambio, está abolida la palabra espontánea voluntaria y la palabra que se repite, y asimismo la lectura en voz alta, y abolida o gravemente comprometida la escritura espontánea y el dictado.

Como dije anteriormente, hay otros tipos de afasia, pero estos son, el segundo, a una incapacidad para escribir; el tercero se refiere a una sordera verbal o de palabra, y por último, la cuarta clase de afasia, la cual se refiere a la ceguera verbal o de palabra y está asociada al centro óptico.

Las causas de las diferentes afasias: alguna lesión, y buscar a qué nivel de los distintos centros cerebrales del lenguaje, en las vías nerviosas de asociación entre los distintos centros o entre dichos centros y los distintos aparatos sensoriales (vista y oído) o -----

motores (músculos laríngeos y linguales de la fonación, músculos de la mano y el brazo). Estas lesiones pueden ser tumores cerebrales; - traumas cerebrales, defectos de circulación sanguínea cerebral (obstrucción por trombosis o embolia) etc.

Pronóstico, va en relación con la afección fundamental.

El tratamiento debe dirigirse contra la enfermedad fundamental que provocó la afasia con el objeto de curarla o extirparla si es posible. Por eso, en caso de tumor cerebral, se intentará la ablación quirúrgica; lo mismo se hará en caso de fragmentos óseos craneales fracturados por traumatismos que presionen sobre el cerebro; en caso de goma sífilítica se hará una cura antiluética.

Para tratar el disturbio lingüístico ya estable, se pueden instituir diferentes sistemas de reeducación.

FRENILLO LINGUAL CORTO.- Esta alteración, tan a menudo criticada, es mucho menos perjudicial de lo que se cree. Los trastornos de pronunciación de los fonemas dentales, frecuentemente concomitantes, son debidos la mayor parte de las veces, a una torpeza motriz asociada. Generalmente la fonación es normal y en este caso lo mejor sería hacer el tratamiento hasta cuando aparezcan trastornos fonéticos.

GLOSECTOMIA.- La pérdida de tejido lingual puede ser debido al desprendimiento de escaras después de una quemadura, por mordeduras de la propia persona en un accidente, o amputaciones quirúrgicas generalmente por cáncer. La porción amputada puede ser la punta de la lengua, una mitad en la hemiglosectomía o toda la lengua en una glosectomía total. En estos casos es natural que se presente una disglotia más o menos grave, según la extensión de la amputación.

El sonido de las vocales está cambiado por alteración de la cavidad de resonancia y el de las consonantes por las alteraciones de movilidad en la lengua. La disglosia está muy exagerada cuando falta la base de la lengua. En la hemiglosectomía se puede buscar una acción compensadora por la mitad de la lengua que queda.

La pérdida de una gran porción de la lengua produce una intensa desfiguración del habla. Por ejemplo: la t, suena como k; la r, falta; la e es muy gangosa, o parece i; etc. Además, en ocasiones, los movimientos linguales producen dolor.

La pérdida total de la lengua produce una dificultad intensa para la emisión del habla, pero no la mudez como se cree comunmente.

En varios casos se ha visto que en la glosectomía, en forma gradual se vuelve a desarrollar el habla y los fonemas apicales son sustituidos por sonidos articulados entre los incisivos superiores y labio inferior. Y el habla que resulta es proporcional a la cantidad de lengua respetada. Además, la mandíbula, dientes y labios, sustituyen algunos movimientos de articulación.

MALFORMACIONES LINGUALES.- Las malformaciones congénitas de la lengua se deben a una detención en el desarrollo embriológico. Los grados extremos se ven en los recién nacidos no viables o en monstruos. La detención del desarrollo lingual ya posteriormente suele estar acompañada por anomalías en el sistema nervioso, en las extremidades o en el paladar.

Cuando el tubérculo lingual medio no se une a los tubérculos linguales, se producen tres masas separadas.

Se usa el nombre de "Esquizoglosia" para las lenguas bifurcadas de -

serpientes y de algunos lagartos. Esta división de la punta lingual es un estado encontrado varias veces en el hombre.

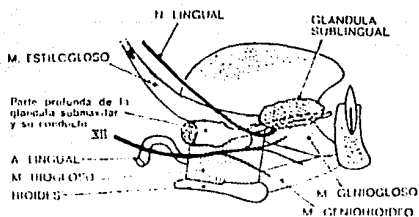
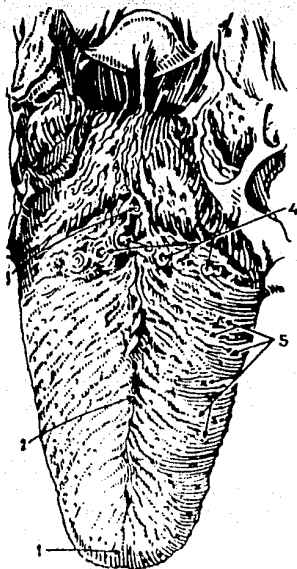
En la aglosia la lengua está representada por un mamelón por adelante de la epiglotis, en niños que no mueren y padecen esta alteración es necesario empujar hacia la faringe los alimentos sólidos; el lenguaje en caso de existir, tiene comunmente muchas dislalias. La anquiloglosia superior se manifiesta como adhesión de la lengua al paladar. Muchas anomalías de la lengua suelen acompañarse de malformaciones mandibulares. La debilidad muscular lingual, aunada a dislalias múltiples, puede ser causada por procesos nerviosos centrales, neuromusculares o psicofísicos.

MACROGLOSIA.- La lengua puede estar exageradamente aumentada de tamaño, fundamentalmente por dos razones: o porque se haya instaurado un proceso patológico intrínseco en la musculatura lingual, como puede ser un proceso tumoral, o un proceso infeccioso-inflamatorio (glositis). Dentro de los procesos tumorales, las entidades más frecuentes responsables de la formación de una macroglosia son los quistes, los hemangiomas y los linfangiomas que pueden aparecer en edades tempranas de la vida.

La macroglosia esencial, que se trata de una hipertrofia simple de la musculatura estriada de la lengua. Abundan los casos congénitos y genéticos, afectando en veces a toda la familia. La macroglosia esencial, es constante en los niños mongólicos. Esta lengua voluminosa va acompañada de una contextura rugosa y aframbuesada de su mucosa. La presión constante de la masa lingual en sentido anterior impulsa los dientes anteriores, sepafándolos y obligando a los pacientes a -

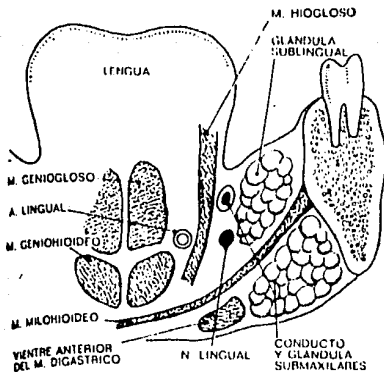
LENGUA. (superficie dorsal).

- I.- Punta.
- 2.- Surco longitudinal medio.
- 3.- Orificio ciego.
- 4.- Papilas gustativas circulares.
- 5.- Papilas gustativas fungiformes.



Vista lateral de la lengua.

Sección coronal del piso de la boca.



tener la boca abierta, lo que causa también la sialorrea. La articulación de los fonemas está alterada en su precisión y rapidez. La macroglosia esencial la podemos encontrar también formando parte de Síndromes, por ejemplo, el síndrome de Bechwith o síndrome de EMG (exofalocela, macroglosia y gigantismo).

Su tratamiento es en todos los casos la glosectomía parcial. El período en los niños es más corto a los adultos, en relación a la readaptación; y al término de este tiempo, en la mitad de los casos la inteligibilidad del habla mejora mucho.

GLOSOPTOSIS.- La caída de la lengua hacia la faringe puede producir serias dificultades respiratorias. Acostumbra acompañarse de otras malformaciones bucales.

El pronóstico de las logopatías por lesiones linguales es, en general bueno, la suplencia de otras masas musculares mejora mucho la palabra, incluso la masticación y la deglución. Las lesiones que afectan al cuerpo de la lengua producen disglosias más severas. El tratamiento será que la masa muscular indemne o los muñones musculares restantes, después del traumatismo, pueden reforzarse con tratamiento fisioterápico por medio de masajes y gimnasia activos. etc. La intervención quirúrgica solo si existen problemas aunados o dificultades, además de los logopédicos.

En casos de esa naturaleza las estructuras adyacentes a la lengua, pueden suplir la función, Vgr.: el labio inferior puede suplir la función en d, t y n. Los fonemas k, n, g y x pueden formarse entre la epiglotis y la faringe, etc.

De esta manera y aunado también a algún tipo de prótesis a fin de --

que la lengua pueda contactar con ellos, facilita gradualmente la corrección de la articulación; además de que se necesita también mucha paciencia, voluntad y perseverancia por parte de los enfermos para poder lograrlo.

C A P I T U L O V I

PATOLOGIA LINGUAL

"El apresuramiento es el padre
del fracaso."

Herodoto.

PATOLOGIA LINGUAL.

a) Atrofia normal de la capa de revestimiento lingual.- Los procesos atróficos del dorso de la lengua tienen mayor importancia clínica que la hipertrofia de la capa de revestimiento. Las atrofias de la lengua que no guardan relación con la edad del paciente, -- suelen ser causa del organismo. La capa de revestimiento de la -- lengua alcanza su máximo desarrollo al término de la adolescencia o en los comienzos de la edad adulta. En los últimos años de la vida disminuye su espesor así como el tono de los músculos del órgano, de suerte que lo que podría considerarse como atrofia del revestimiento de la lengua de una persona de mediana edad, resulta normal para el anciano. Los factores puramente mecánicos, también influyen en el revestimiento de la lengua, que siempre es más --- grueso por las mañanas y después del sueño, durante el cual, los tejidos bucales guardan reposo más o menos completo.

Al atrofiarse la capa de revestimiento de la lengua, desaparecen -- primero las papilas filiformes, después las fungiformes. Las papilas caliciformes son estructuras permanentes que no se modifican -- por los procesos que producen atrofia papilar.

Si la causa de la atrofia no es muy grave, las papilas pueden regenerarse, primero las fungiformes y luego las filiformes.

Como Waldestrom lo demostró, las lesiones atróficas de la lengua -- se producen por carencia de uno o más de los sistemas enzimáticos de oxidazas.

La carencia de hierro y la incapacidad para utilizarlo alteran el fermento de Walburg o el citocromo y producen atrofia papilar. La ribo

flavinosis y la carencia de ácido nicotínico trastorna la función normal de los sistemas enzimáticos de la flavina y la piridina.

La experiencia clínica ha confirmado esta hipótesis, que explica - por qué en diversas afecciones orgánicas generales se producen lesiones atróficas similares en la lengua.

Darby observó que en muchos pacientes con atrofia del revestimiento de la lengua, las papilas se regeneraban al administrar hierro. Además se comprobó que la anemia ferropénica era la causa más frecuente de atrofia del revestimiento lingual.

Franzel y colaboradores observaron que el 27% de todos los casos de atrofia lingual dependían de carencia de hierro; también observaron y después de estudiar el efecto de las dentaduras completas sobre la capa de revestimiento lingual, llegaron a la conclusión de que aquellas no eran factor importante en la etiología de la atrofia papilar.

La atrofia lingual o sea del revestimiento que no corresponde a la edad del paciente, puede ser una sospecha de que existe algún problema de tipo sistémico, etc.

b) Aumento anormal de la capa de revestimiento de la lengua.- El examen de la lengua, a pesar de ser explorada muchas veces, poco se ha ganado en información respecto al significado de la lengua saburral. En un tiempo se creyó que la capa de revestimiento de la lengua reproducía el aspecto de la mucosa gástrica. En la actualidad se sabe que no es así, aunque unas alteraciones atróficas de la lengua, como las que se producen en diversas carencias nutritivas, se acompañan de atrofia de la mucosa gástrica.

La capa de revestimiento de la lengua está formada por microorganismos



A).- Glositis romboides mediana.

B).- Lengua fisurada.

C).- Lengua escrotal.

mos, partículas de alimento y células epiteliales queratinizadas de descamación entre las papilas filiformes y encima de ellas.

El grado de revestimiento lingual varía según los individuos y períodos de la vida. Ehrlich y Ehlert han observado que el dorso de la lengua está queratinizado desde la infancia, que el espesor de esta capa aumenta gradualmente hasta los 65 años y que después --- adelgaza con rapidez.

Cronn y Broad realizaron minuciosos estudios comprobando que el revestimiento lingual aumentaba de 6 a 12 horas después de iniciarse un trastorno gástrico. Estos autores observaron que los vómitos de la obstrucción pilórica o intestinal iban invariablemente acompañados de la lengua saburral, pero que en los vómitos del embarazo o del mareo marino este fenómeno no se producía.

Otros autores piensan que la lengua saburral guarda relación con el estriñimiento; pero el estriñimiento de 3 a 6 días de duración provocado experimentalmente en individuos sanos no origina alteraciones de la capa de revestimiento de la lengua ni hay pruebas de que ningún proceso del intestino grueso o delgado pueda ocasionarlas.

La formación de la capa de revestimiento de la lengua se explica por factores tanto mecánicos como funcionales simples. No debe olvidarse la acción de la saliva, aunque se ha demostrado que la falta de saliva por sí sola, no produce lengua saburral, según demuestran pacientes con xerostomía.

Cualquier proceso local o general que constituya un obstáculo para el mecanismo de limpieza permite que la capa de revestimiento de la lengua aumente su grosor.

Al aumentar la saburra, la descomposición de las partículas de alimentos encuentran condiciones más propicias, y así se produce la intensa halitosis que acompaña la lengua saburral. La capa de revestimiento de la lengua se tiñe por alimentos, medicamentos, tabaco o microorganismos.

La importancia clínica y el tratamiento racional del aumento de la capa de revestimiento lingual, se aclaran al comprender la patogenia de este trastorno. Se logra la rápida desaparición de la saburra lingual reestableciendo la función y el medio fisiológicos normales de la estructura bucal. En caso de aumento de la capa ^{de} revestimiento ocasionado por el perborato de sodio, sorprende la rapidez con la cual la saburra y coloración linguales desaparecen al suprimir esta substancia.

La lengua saburral no es causada por estreñimiento u otra afección de tipo gastrointestinal.

Ránula.- Considerada un pseudoquiste o quiste de retención. Se presenta en forma característica en el piso de la boca y es unilateral. Se desarrolla asociado a los conductos secretores (conducto de Wharton) de la glándula submaxilar; o en el (conducto de Bartholin) de la glándula sublingual mayor y se debe generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una substancia orgánica blanda.

Algunos autores consideran a esta afección de tamaño grande; en tanto que otros como George A. Hyman la considera generalmente pequeña de 1 a 3 cm de diámetro. Es una masa blanda, redondeada, llena de mucus, de superficie lisa, azulada o rojiza que hace protrusión en el lado del piso de la boca.

gular o semejante al del diamante. Como la región carece de papilas, el contraste con el resto de la lengua es muy acentuado.

La causa de esta afección es desconocida, aunque anteriormente se creía que era debido a una causa congénita.

Se presenta en cerca del 0.1% de la población adulta y es más común en los hombres. Cuando la zona está ligeramente deprimida, pueden acumularse desechos, de lo que resulta una fuente de inflamación. Microscópicamente se ve una cubierta de epitelio escamoso estratificado libre de papilas linguales. El epitelio puede mostrar hiperplasia y en el tejido conectivo subyacente es posible observar una infiltración de plasmocitos y linfocitos.

Si la lesión es elevada y dificulta la función, se debe realizar la escisión quirúrgica; pero cuando las fisuras estén ligeramente infladas, puede acudir al agua oxigenada al 3% y a los antisépticos ligeros, como cristal violeta en solución acuosa al 1%, o en colutorios con agua bicarbonada al 10%.

f) Lengua geográfica.- También llamada eritema emigrante de la lengua, glositis migratoria benigna, etc. La lesión suele aparecer en forma de arenas solitarias o múltiples, de placas aplanadas de color rojo brillante en el dorso de la lengua. Las superficies lisas están desprovistas de papilas filiformes; los bordes de la lesión son bien manifiestos y a menudo destacados por una queratosis que lo rodea, ligeramente elevada y de color blanco amarillento. Las papilas fungiformes de las áreas rojas, en forma de placas, persisten en forma de pequeñas elevaciones brillantes y rojas. Al crecer o cambiar de si- - - - -



D.- Lengua geográfica.

E.- Lengua geográfica.

tuación las placas, pueden hacerse confluentes y vastas o pueden adquirir una forma irregular que a menudo presenta una disposición parecida a un mapa, y de aquí el nombre popular de lengua geográfica.

Por lo general esta afección es asintomática, aunque en algunas ocasiones presenta ardor, prurito o sensibilidad.

La etiología no está aclarada, pero se cree que ^{la propician} los factores psicológicos, irritación local y deficiencias nutritivas.. La lengua geográfica se puede ver en personas de cualquier edad pero es más frecuente verla en niños y adultos jóvenes. Con el paso de los años las lesiones tienden a disminuir de importancia y desaparecer, y algunas veces se administra complejo B.

g) Lengua fisurada.- Fisuras profundas en la lengua pueden tener su origen en un trastorno del desarrollo. Se habla entonces de lengua fisurada o escrotal y ésta no es más que una variante de la fisurada, con surcos más numerosos pero menos profundos que dan a la lengua un aspecto arrugado. Por lo general suele ser asintomática; no obstante, puede producirse una inflamación como resultado de la acumulación de restos alimenticios en las fisuras.

La lengua fisurada se observa en cerca del 5% de la población y afecta a ambos sexos por igual. Y no requieren tratamiento salvo cuando rara vez llegan a irritarse.

h) Beri-beri.- Es debida a la deficiencia de la Tiamina (B uno), ésta es importante para el metabolismo de los hidratos de carbono y se le encuentra en cereales, nueces, levadura, etc. Esta enfermedad se presenta de dos maneras: "húmeda", caracterizada por congestión pa-

siva crónica, edema, agrandamiento del lado derecho del corazón, hidrotórax e hidropericardio; y una forma "seca" caracterizada -- por alteraciones degenerativas de los nervios que conducen a una - polineuritis. Las manifestaciones bucales del beri-beri son: 1) Enrojecimiento, ulceración y erosiones de la mucosa bucal, principalmente de la lengua. 2) La lengua suele estar roja, pero puede presentar el color magenta. 3) Pérdida de papilas linguales. 4) Tumefacción de la lengua y escotaduras en sus bordes laterales. 5) Formación de costras, fisuras y erosiones en los labios y comisuras bucales. Cortes microscópicos, los cuales presentan edema e infiltración con linfocitos y plasmocitos. Y su tratamiento por tanto, resulta obvio.

i) Hemangioma capilar y cavernoso.- Son neoplasias benignas de los pequeños vasos sanguíneos, formado sobre todo por células endoteliales. Las zonas más frecuentes son: la lengua, y el labio. A cualquier edad se presenta, pero muchas son congénitas, presentándose en el momento de nacer o poco después.

Se presentan como lesiones elevadas, parcialmente elevadas o sumergidas, circunscritas o difusas, de color rojizo o azulado, de superficie lisa y de tamaño variable. Por lo general son blandas o renitentes a la palpación y pueden producir isquemia a la presión. Crecen muy lentamente o no lo hacen. Pueden experimentar fibrosis y la regresión espontánea. El hemangioma capilar consiste en gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y llenos de sangre que pueden infiltrar difusamente la mucosa o presentarse en numerosos racimos. En tanto que el cavernoso está compuesto por pequeña o gran cantidad de paredes delgadas, llenos de sangre y revestidos de células endoteliales.

les planos. El tratamiento depende del tamaño, localización y de lo accesible que sea el tumor. Cuando el hemangioma es pequeño, o incluso de tamaño moderado, o cuando no presenta problemas estéticos_ o funcionales, no se indica la intervención. Pero cuando el tumor o rigne una desfiguración o sea traumatizado con frecuencia dejando_ secuelas hemorrágicas, estará justificada la intervención. Lo más - utilizado en la actualidad es la extirpación quirúrgica, electro--cauterización y en la extirpación de líquidos esclerosantes. En algunos casos tratándose de pequeños se puede utilizar la radioterapia.

j) Traumatismos de la lengua.- La lengua es asiento frecuente de le siones traumáticas por encontrarse entre las arcadas dentarias, en caídas, riñas ataques epilépticos, mordeduras accidentales; en algu nos casos se producen lesiones traumáticas de la lengua durante intervenciones quirúrgicas de la boca. Los forceps de extracciones o los elevadores pueden deslizarse y lesionar la lengua, o ésta se --desgarra cuando se fracturan los dientes, la irritación por una pie za dental con caries, la herida producida por los bordes agudos de -objeto introducido a la boca y las quemaduras resultantes de alimen tos muy calientes o lesión de su epitelio por cáusticos.

La mayor parte de las heridas linguales curan rápidamente merced a_ la extensa vascularización del órgano.

Siempre deberá buscarse en la lengua las huellas de cicatrices. Es frecuente que este órgano resulte desgarrado durante las crisis con vulsivas de epilepsia; a causa de ello se producen grandes cicatri ces, que pueden llegar a deformar la lengua. Este signo por sí sólo puede ser sugestivo de un cuadro epiléptico. Estas cicatrices deben distinguirse de otras alteraciones que puedan errar el diagnóstico.

k) Cáncer lingual.- Este causa más muertes que las lesiones malignas de otras regiones de la cabeza y el cuello, ya que la lengua es la localización más frecuente del cáncer oral y a que se trata de un órgano extraordinariamente móvil, muy irrigado por vasos linfáticos y sanguíneos que facilitan la metastatización. La localización más frecuente del carcinoma de la lengua es en el borde lateral, siendo la superficie ventral mucho menos afectada, lo mismo que la dorsal. Para diagnosticar el cáncer oral se utiliza la citología exfoliativa, ya que los estudios hechos sobre células exfoliadas pueden diagnosticarse de forma exacta y suelen proporcionar la señal más precoz de la presencia de procesos malignos. Otro exámen que también es de gran ayuda es la biopsia, la cual es una obtención de muestras de la lesión sospechosa. Se cree que los factores sistémicos son las causas más importantes, pero aún se desconoce con exactitud la verdadera causa. Los irritantes, ya sean físicos o químicos (tabaco); también los irritantes térmicos; también se cree que la malnutrición tiene que ver; otro que es muy importante son los rayos solares (radiación actínica). El tratamiento depende de muchos factores: la localización y tamaño del tumor; presencia o ausencia de metástasis; grado histológico de la lesión; edad y la salud, y además, la destreza del especialista. Por ello se pueden utilizar la radioterapia en algunos casos, mientras que en otros es mejor la extirpación quirúrgica; y en otros hasta combinar ambos.

l) Lengua negra pilosa.- Es una pigmentación del dorso de la lengua. Puede ser de dos tipos: a) Lengua negra verdadera, la que manifiesta no sólo hiperpigmentación sino alargamiento o elongación de las papi-

las filiformes. b) Pseudolengua negra, muestra sólo una pigmentación de hiperplasia capilar. Clínicamente el proceso envuelve media porción de la lengua extendiéndose de la parte media a la posterior. La elongación de las papilas puede ser tan pronunciada que causa cosquilleo en el paladar blando y la úvula, lo que causa una sensación desagradable al paciente. Muchas veces la irritación mecánica pasa -- desapercibida por el paciente. Cuando la pigmentación es observada sin ningún cambio significativo en la longitud de la papila filiforme, podemos pensar que el resultado se debe a una terapia con antibióticos. Después de haber suspendido los antibióticos, la condición anormal va desapareciendo a las dos o tres semanas. El mecanismo del cambio papilar es desconocido, pero puede explicarse este proceso como el resultado de una irritación crónica similar a la queratinización o leucoplasia. Podemos añadir y también hacer mención que algunos pacientes suelen mostrar estos cambios de marcas pigmentadas cuando la papila ha crecido y presentan entonces un color café amarillento. Además de que es lógico pensar que en los intersticios de la lengua negra o pilosa que hay en su superficie son un sitio excelente para que las bacterias puedan proliferar. Histopatológicamente revelan un cuadro inespecífico de una inflamación crónica, con un extenso crecimiento y vegetación exuberante de la papila lingual. Masas de bacterias, organismos y hongos son observados entre la papila hiperplásica. La terapéutica no es generalmente satisfactoria. Sin embargo, -- cualquier técnica en la que se use un abrasivo que llegue debajo de la papila puede ser efectiva. Cepillando, raspando y rasurando la papila puede ser efectiva también y reducir el alargamiento, que en el paciente será asintomático. Las so - - - - -

luciones queratolíticas del 5 al 10% de ácido salicílico en alcohol; pueden ser aplicadas con cuidado y lavando de inmediato la superficie lingual. Generalmente la condición puede perdurar por años, o pueden eventualmente desaparecer espontáneamente.

m) Lengua urente o dolorosa.- Esta afección puede ser síntoma de procesos morbosos que afectan a cualquier aparato o al organismo en su totalidad, o tener nada más origen e importancia locales. Para su mayor comprensión conviene dividir la lengua urente en dos:

1) Lengua urente con lesiones linguales clínicamente perceptibles: - los síntomas linguales pueden ser secundarios a algún trastorno general, como anemia perniciosa, carencia de complejo B, insuficiencia gonadal o anemia por carencia de hierro; en estos casos los factores irritantes locales pueden agravar el caso. También puede ocurrir que la única causa de estas manifestaciones sean irritaciones locales, ciertos hábitos o alergia a cosméticos, vgr.: el lápiz labial, etc. En todo caso de lengua urente con alteraciones de color y de la capa de revestimiento del órgano, deberán investigarse las posibles causas generales. La distribución y color de las lesiones son a veces indicio de alguna enfermedad. Las lesiones linguales y los síntomas dolorosos presentan períodos de remisión y exacerbación espontánea. Siempre deberán investigarse los factores irritantes locales, como odontolitos en las superficies linguales de los dientes inferiores, mal posición de los dientes, aparatos protésicos, restauraciones ásperas y hábitos de la lengua. La supresión de estos factores locales suelen acabar con síntomas y lesiones. El abuso del tabaco a veces de ciertas marcas, bebidas alcohólicas y el consumo de alimentos con sazón, también causan - - - - -

este cuadro.

En todo paciente de lengua urente y dolorosa, con lesiones clínicamente perceptibles, son necesarios el interrogatorio minucioso y el estudio de la alimentación para descubrir otros indicios de afecciones generales que pudieran causar las lesiones observadas en la lengua. Sistemáticamente se practicará el recuento de los glóbulos de la sangre y en muchos casos, también otras investigaciones de laboratorio. El paciente será enviado al médico para confirmar el diagnóstico de probabilidades y recibir el tratamiento correctivo. El odontólogo no debe aceptar que las lesiones sólo son de causa local, mientras no se hayan eliminado los factores generales. El tratamiento local se funda en suprimir los depósitos calcáreos, corregir las restauraciones irritantes y acabar con los hábitos linguales. Por su efecto psicológico procede ordenar algún medicamento que no dañe los tejidos. Y también se debe de explorar a estos pacientes periódicamente.

2) Lengua urente o dolorosa sin lesiones clínicamente perceptibles: Los pacientes con esta afección son los más numerosos. La lengua urente sin lesiones perceptibles alcanza su mayor frecuencia entre la cuarta y séptima década de la vida y predomina en mujeres menopáusicas. En conjunto, estos pacientes son individuos preocupado e intranquilos, la mayor parte concancerofobia expresada u oculta, y forman un verdadero problema tanto para el médico como para el dentista. Por lo regular estos pacientes sólo lo experimentan durante el día, cuando están fatigados o su mente no tiene en qué ocuparse. La distribución del dolor no corresponde a ninguna zona anatómica definida. - - - - -

Los pacientes con este cuadro son muy sugestionables y casi siempre afirman tener síntomas anatómicamente imposibles. Característico de ello es hacer relación de todos los médicos y dentistas -- que han consultado y ennumerar los tratamientos que siguieron sin éxito. Después de hacer el diagnóstico diferencial haciendo recuento de células de la sangre y estudio de los antecedentes nutritivos etc., entonces se informará al paciente de los estudios y los resultados de las distintas investigaciones diagnósticas; conviene recordarle que la inspección de la lengua no ha descubierto ninguna molestia dolorosa. Pero si aún así el paciente nos refiere que "le duele", debemos hacerle ver que su problema no es de tipo cancerígeno. Se le debe hacer ver que los estudios hechos no revelan ningún tipo de anomalía que pudiera explicar los síntomas. Nunca debemos afirmar que el dolor no existe o que es imaginario. El paciente lo experimenta realmente. Pero es necesario dar alguna explicación de los síntomas sin lesiones clínicamente perceptibles. Puede decirse que el dolor en la lengua a veces se produce sin alteración de la superficie del órgano, de igual manera que los dolores de ciática no se acompañan de modificaciones de la superficie de la extremidad. Con esto se le hará ver a nuestro paciente para que comprenda que de la explicación tópica de medicamentos o del uso de colutorios no cabe esperar el alivio del dolor; también se suprimirán todos los factores irritantes locales y se instruirá al paciente en buenos hábitos de higiene bucal. Incluso en ausencia de signos clínicos de irritación, suele ser benéfico quitar el tabaco. Algunos autores están convencidos de que algunos de estos pacientes forman ejemplos típicos de dolor psiconeurótico, - - - - -

y hay casos en los cuales resulta eficaz la psicoterapia.

Si se sospecha carencia nutritiva latente, la administración de grandes dosis de complejo B (tres cápsulas al día de forma terapéutica) a veces da buenos resultados; pero no deberá acudir a ella sin que sea necesario. El paciente rara vez hablará despectivamente del dentista que comprende su situación y proceda con reflexión, prudencia y honestidad, pero lo hará del profesional que intente eliminar su molestia prescribiéndole un medicamento después de otro.

n) Angina de Ludwig.- Es conocida también como "flemón" de evolución gangrenosa del piso de la boca, o sea la inflamación aguda del tejido conectivo celular que rellena el espacio sublingual. Se debe a los microbios aerobios y anaerobios que penetran a través de las lesiones linguales, dientes con caries, después de extracciones dentarias, etc. Por debajo de la lengua y en la parte superior del cuello se forma una placa de consistencia dura y leñosa, dolorosa, crepitante (por los gases producidos por los gérmenes gangrenosos). La lengua se inflama y se hace poco móvil, se deprime además mucho el estado general y aparece fiebre elevada por el estado septicémico general. Para conjurar la amenaza de asfixia, se debe incidir lo más rápidamente posible al objeto de dar salida al líquido purulento gangrenoso y además, es preciso administrar sulfamidas y penicilina (u otro antibiótico) a fin de poder combatir el estado de septicemia.

C A P I T U L O V I I

CONCLUSIONES.

"Ninguna cuestión queda nunca con
cluida hasta que se concluye bien".

Ella Wilcox.

CONCLUSIONES:

Podemos decir entonces que:

- a) Conocer la anatomía lingual, y además sus elementos nobles a fin de poder intervenir en ella cuando sea necesario, y tratando de conservar sus elementos.
- b) La exploración de las papilas linguales debe hacerse bien, y de ser posible ayudados de una lupa para valorar color, -- forma, longitud, número, etc.
- c) La exploración de la lengua debe ser de manera sistemática_ y sin dejar pasar ningún detalle que nos pudiera llevar a_ un diagnóstico erróneo.
- d) Se debe tener siempre la ayuda de un médico y un laboratoris_ ta, a fin de tener una mejor ayuda y así poder dar un servi_ cio más humano y más profesional.
- e) Siempre se debe de buscar la terapéutica más adecuada y la -- que consideremos mejor, a fin de evitar las posibles recidivas.
- f) Tener en mente que cada paciente es diferente y que por lo -- tanto, cada afección por igual que sea, de uno a otro tendrá muchas veces un trato diferente, claro, sin menospreciar por ello a ninguno.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARCHER, W. HARRY
CIRUGIA BUCAL. ATLAS PASO A PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS.
BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2a. Ed. EDITORIAL MUNDI, 1968.
- 2.- BNASCAR, S. N.
PATOLOGIA BUCAL.
ARGENTINA. 2a. Ed. EDITORIAL EL ATENEO, 1977.
- 3.- KURT H. THOMA.
PATOLOGIA ORAL.
BARCELONA. EDITORIAL SALVAT, 1973.
- 4.- LESTER, W. BURKET.
MEDICINA BUCAL
6a. Ed. EDITORIAL INTERAMERICANA 1973.
- 5.- ROMO MONTAÑEZ JESUS.
TESIS: INFECCIONES AGUDAS Y CRONICAS DE LA CAVIDAD BUCAL.1966.
- 6.- VELAZQUEZ TOMAS.
ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL.
PRENSA MEDICA MEXICANA, 1966.
- 7.- WALTER C. GURALNICK.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
EDITORIAL SALVAT, 1971. BARCELONA.
- 8.- MAUREL GERARD.
CLINICA Y CIRUGIA MAXILO-FACIAL.
EDITORIAL ALFA. BUENOS AIRES, 1959.
- 9.- BRAINERD HENRY, SHELDON MARGEN, J. CHATTON MILTON.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
EDITORIAL MANUAL MODERNO 1978-, (1978)
- 10.- MITCHEL-STANDISH-FAST.
PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA:
2a. Ed. EDITORIAL INTERAMERICANA. 1973.

11.- JACOBY, HANS.

SEMILOGIA DE LENGUA.

2a. Ed. EDITORIAL CIENTIFICA ECO, S. A. BARCELONA, 1963.

12.- MARTINEZ CORREA MA. SILVIA.
VIZZUET CRUZ, GUADALUPE.

TESIS: INTERRELACIONES ENTRE ODONTOLOGIA Y TRASTORNOS DE VOZ Y LENGUAJE.

1979.

13.- ZEGARELLI V. EDWARD.
KUTCHER H. AUSTIN.
HYMAN A. GEORGE.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

2a. Ed. EDITORIAL SALVAT EDITORES, S.A. BARCELONA, 1974.

14.- SEGATORE LUIGI.
POLI GIANANGELO.
DICCIONARIO MEDICO TEIDE.

5a. Ed. EDITORIAL TEIDE, S. A. BARCELONA, 1975.

15.- PASSMORE R.
ROBSON J. S.
TRATADO DE ENSEÑANZA INTEGRADA DE LA MEDICINA.

1a. EDICION EDITORIAL CIENTIFICO-MEDICA, BARCELONA, 1971.

16.- BERGES M. BOREL.
TORAY MASSON.

ALTERACIONES DE LA VOZ Y EL LENGUAJE.

1a. Ed. EDITORIAL CIENTIFICO-MEDICA, BARCELONA, 1977.

17.- L. TESTUT.
A. LATARGET. ANATOMIA HUMANA.

1a. Ed. EDITORIAL SALVAT, BARCELONA, 1975.

18.- MERLO, JUAN CARLOS Y COLABORADORES.

DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICAS BORLAND.

5a. Ed. EDITORIAL "EL ATENEO". BUENOS AIRES, ARGENTINA.

19.- BACKER WESE.

CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.

3a. Ed. EDITORIAL INTERAMERICANA. MEXICO, 1972.

20.- GANONG F WILLIAM.

FISIOLOGIA MEDICA.

5a. Ed. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, MEXICO, 1976.

21.- HAM W. ARTHUR.

TRATADO DE HISTOLOGIA.

7a. Ed. EDITORIAL INTERAMERICANA MEXICO, 1975.

22.- PATTEN M. BRADLEY.

EMBRIOLOGIA HUMANA.

3a. Ed. EDITORIAL "EL ATENEO". BUENOS AIRES, 1960.

23.- DICCIONARIO MEDICO.

2a. Ed. EDITORIAL SALVAT, BARCELONA, 1978.

24.- PROS SINTES JORGE.

GRAN DICCIONARIO DE FRASES CELEBRES.

EDITORIAL SINTES, BARCELONA, 1961.