



28 No 11
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ZARAGOZA - U.N.A.M.

**PATOLOGIAS DE LA LENGUA Y SUS REPERCUSIONES
EN EL LENGUAJE**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA PATRICIA ARCHIVALDO CASTILLEJO

MEXICO, D. F.

1982



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.

I N D I C E

	Pag.
1.- INTRODUCCION	1
2.- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4.- OBJETIVOS	5
5.- HIPOTESIS	6
6.- MATERIAL Y METODO	
7.- BIBLIOGRAFIA QUE APOYA AL PROYECTO	8
8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	9
 CAPITULOS.	
I.- ANATOMIA Y FIZIOLOGIA DE LA LENGUA (Fig.1)	11
BIBLIOGRAFIA	17
II.- DIFERENTES ASPECTOS GENERALES DE LA LENGUA	18
a) Lengua Saburral (Fig. 2)	20
b) Lengua Punteada	
c) Lengua Cargada o Cubierta	
d) Lengua de fresa y blanca	
e) Lengua Parda	
f) Lengua 'Roja	
g) Lengua Amarillenta	
h) Lengua Lisa	
i) Lengua Velloso Pigmentada	
j) Lengua con fisuras	
k) Lengua Bifida y Lobulada	
l) Aglosia	
BIBLIOGRAFIA	

	Pag.
III.- ANOMALIAS DEL DESARROLLO	22
a) Lengua Geografica (Fig. 3)	23
b) Lengua Escotral	24
c) Lengua Negra	25
d) Macrogllosia (Fig.4)	26
e) Glositis Romboidea Media (fig.5)	28
f) Liquen Plano	29
g) Anquiloglosia	31
h) Amiloidosis Lingual (Fig. 6)	32
i) Queilitis Angular y Lengua Atrofica	34
causada por Riboflavinha (Fig.7)	
BIBLIOGRAFIA	37
IV .- ENFERMEDADES DE ORIGEN BACTERIANO, VIRAL Y MICOTICO.	
a) Lesiones Tuberculosas (Fig 8)	38
b) Tuberculosis Lingual	40
c) Sifilis	42
d) Moniliasis (Fig. 9) (Fig.10)	44
e) Ranula	47
f) Mucoccele (Fig. 11)	48
g) Perleche	49
h) Histoplasmosis	50
BIBLIOGRAFIA	51
V .- TUMORES LINGUALES	
a) Carcinoma de la lengua (Fig. 12)	52
b) Papiloma (Fig.13)	56
c) Hemangioma (Fig.14)	59

	Pag.
d) Linfangioma	62
e) Mioblastoma de células granulares	63
f) Lipoma (Fig. 15)	64
BIBLIOGRAFIA	69
VII ENFERMEDADES DE LA LENGUA DE CARACTER LOCAL.	
a) Lesiones químicas	70
b) Quemaduras Galvanicas	71
c) Estomatitis Infecciosa (Fig. 16)	72
d) Lengua Velloso	73
e) Anemia Hipocromica (Fig 17)	74
f) Anemia Perniciosa	79
BIBLIOGRAFIA	81
VIII.- Trastornos del lenguaje de origen malformativo lesional y funcional.	
a) Macroglosia	82
b) Micrognatia	84
c) Frenillo Lingual Anormal	85
d) Trastornos Sensoriales y Motores	86
e) Trastornos del lenguaje debido a un deficit auditivo	87
f) Trastorno del lenguaje sin lesión organica	
1.- Disfasias	
2.- Tartamudez	
g) Trastornos del lenguaje en niños Psicoticos	91
BIBLIOGRAFIA	92
RESULTADOS	93
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS	96
BIBLIOGRAFIA GENERAL	97

PROYECTO DE TESIS PROFESIONAL

PATOLOGIAS DE LA LENGUA Y SUS REPERCUSSIONES
EN EL LENGUAJE

A S E S O R

Dra. Guzman Vega Nora Patricia

A L U M N O

Archivaldo Castillejo Ana P.

ODONTOLOGIA

INTRODUCCION

En décadas anteriores los dentistas se ocupaban solamente del tratamiento y obturación de las piezas dentarias; pero el interés creciente de la profesión dental, por el estudio de las patologías bucales, se hace un reto más fuerte para los patólogos que han respondido incrementando sus investigaciones, demostrando el valor de la patología, como parte esencial de la práctica clínica y a la vez obligado por el estudiante, que exige un horizonte más amplio; porque como, futuro profesionista, será consultado sobre las afecciones de la mucosa oral, maxilares etc. etc. que se producen no solo por infección local o formación de tumores, sino que con frecuencia derivan de trastornos orgánicos generales.

La profesión dental actualmente, puede considerarse con orgullo, como una ciencia de la salud avanzada, debido a los logros que en los últimos años ha alcanzado, gracias a las fundaciones de asociaciones dentales, endonde se informa por medio de su literatura experiencias clínicas, experimentos en laboratorio etc. sirviendonos de grandes fuentes de información. Contando también con adelantos técnicos especializados en donde intervienen diferentes disciplinas médicas, como por ejemplo; Odontología general, Trabajo social, Psicología, Cirugía Bucal, Cirugía plástica, Foniatria, Audiología, Prótesis, Ortodoncia. Que trabajan seleccionando, coordinando e interpretando en forma interdisciplinaria la esencia del cada vez más avanzado progreso profesional, ofresiendo al enfermo un tratamiento lo menos molesto posible, dándole a la vez la oportunidad de que se integre física y socialmente, con mente sana, cicatrices nulas o poco visibles, lenguaje entendible y función masticatoria adecuada.

La cavidad buco-faríngea es una región orgánica muy compleja, ya que esta constituida por una serie de órganos como: farínge, amígdalas, lengua, dientes, labios y mandíbulas; siendo al mismo tiempo encrucijada de las vías digestivas y respiratorias.

La complejidad morfológica y funcional de la lengua, dimana del hecho de estar en contacto con el exterior, lo que facilita en gran manera la aparición de procesos infecciosos y parasitarios que se propagan por toda la cavidad buco-faríngea; ya sea en forma de bacterias, virus u hongos. De esta cavidad no solamente aparecen enfermedades propias de los órganos de esta región, sino que en ella se manifiestan muchas enfermedades sistémicas y recíprocamente muchos procesos patológicos bucofaríngeos repercuten en todo el organismo que pueden ser transmitidos desde la simple respiración, hasta dañar aún más a las complejas patologías del desarrollo.

Es por esto, de la existencia de la gran variedad de patologías de la lengua y de que a veces no son reconocidas o diagnosticadas debidamente, pudiendo repercutir en gran manera en algunas alteraciones del lenguaje, pasando por desapercibidas. Pudiendo así no tomar en cuenta que todo proceso salud-enfermedad causan un desequilibrio desencadenante, aunque en condiciones normales existe un cierto equilibrio entre los gérmenes constituyentes de la flora bucal ordinaria, pero en caso de infección de alguno de los gérmenes bucales o penetración masiva de determinados tipos de gérmenes, este equilibrio puede romperse dando origen a un proceso infeccioso o parasitario en toda la cavidad oral y órganos vecinos.

De aquí que se considera de suma importancia el deber de estar bien informados de cuantos y cuales son las enfermedades más frecuentes de la lengua y estudiarlas desde el punto de vista terapéutico cuando se ha desarrollado la afección, como desde el aspecto profiláctico, cuando por la existencia de otras circuns-

tancias patológicas, existan mayores probabilidades de que la afección se produzca.

El buen diagnóstico y el plan de tratamiento adecuado, nos evitara que una infección localizada se generalize por toda la cavidad oral.

Por otro lado , es bien sabido que en la mayoría de los casos, la lengua y el lenguaje, estan en íntima relación.; es por eso que se intentara de hacer una relación más directa de algunos aspectos y características de ciertas patologías que afectan de alguna manera al lenguaje hablado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías linguales del aparato estomatognatico, repercuten directamente en el lenguaje.

Por los muchos factores que intervienen en la etiología de las enfermedades linguales y sus repercusiones mas directas, siendo una de ellas el lenguaje, el examen bucal del enfermo requiere de una experiencia consiente, para esto, tal examen debe ser sistematizado e investigador, no solo debe traer a la luz cambios locales causados por la enfermedad, sino también debe descubrir cualquier factor de naturaleza orgánica que pueda prevalecer, logrando de esta manera una correcta conceptualización de cada patología, ayudados por las características de cada paciente, como, raza, sexo, edad, población, aspecto socio-económico, histórico y ecológico.

Las alteraciones metabólicas e infecciones generales como discrasias sanguíneas, tuberculosis y sífilis entre otras, ayudados en algunos casos con exámenes de laboratorio, siendo interpretados por expertos, con el fin de asegurar el proceso de rehabilitación del enfermo. Todos estos factores nos ayudaran en gran manera a dar un buen plan de tratamiento sea de tipo que fuere, preventivo o curativo.

OBJETIVOS

Algunos de los objetivos que se pretenden llevar acabo dentro de los límites normales de esta investigación bibliografica son:

- 1.- Describir la morfología, estructura y función de la lengua.
- 2.- Señalar como se lleva acabo el proceso salud-enfermedad de las patologías mas importantes de la lengua.
- 3.- Determinar que enfermedades linguales repercuten afectando directamente al lenguaje.
- 4.- Fijar los factores mas prevalecientes que condicionan a las perturbaciones del lenguaje
- 5.- Mencionar, como se pueden diagnosticar adecuadamente un trastorno del desarrollo, de una patología lingual de origen viral, bacteriano o micotico.
- 6.- Establecer, los tratamientos de cada una de las patologías de la lengua.

HIPOTESIS

Las patologías linguales del aparato estomatognático alterarán al lenguaje.

MATERIAL

Se elegirán centros hospitalarios como; clínica hospital N° 25 del I.M.S.S., clínica ISSTE Jardín Balbuena, Hospital para los trabajadores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El material estará comprendido de; Historias clínicas de pacientes internos, Placas fotográficas si es permitido, abatelenguas, espejos, exploradores, pinzas de curación, algodón, gasa de dos por dos y revisión bibliográfica general.

METODO INDUCTIVO

Selección de pacientes de ambos sexos niños y adultos de diferentes niveles socio-económico, que presenten patologías de la lengua y que han repercutido en el lenguaje, no considerándose como criterio de selección la edad de los pacientes. La muestra será aleatoria y el número de pacientes dependerá de los casos clínicos presentes en el archivo, dados de alta e internos; para efectuar esto seguiremos los siguientes pasos: Determinación de las características de los casos a seleccionar, búsqueda en el archivo, selección de casos como clasificación y análisis, síntesis de cada caso, síntesis general, se intercalará la información pertinente en los capítulos correspondientes.

Durante las primeras visitas a centros hospitalarios se efectuará revisión bibliográfica y revisión de historias clínicas de internos y si es permitido se realizara inspecciones de la cavidad bucal, siendo posteriormente documentados los hallazgos. Dado que en este momento no es posible establecer criterios de selección

ción de pacientes para la realización del examen estomatognatico, debido aq que la autorización para el examen de inspección clínica **estará** determinado por la institución hospitalaria.

Posteriormente se estudiarán los diferentes procedimientos que se **siguierón** para los diferentes tratamientos de las respectivas enfermedades.

BIBLIOGRAFIA QUE APOYA AL PROYECTO

a) Tratado de patología bucal

William g. Shafer

Maynard K. Hine

Baret M. Levy

Tercera Edición

Editorial Interamericana

b) Patología Bucal

Estudio Histológico y radiográfico de boca y dientes

K. H. Toma

Cuarta edición

c) Enfermedades de la boca

S. V. Mead

Editorial Pubul

d) Tratados del lenguaje

Tribuna Medica

Anne Sachse

Nov. II 1980

CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES

Durante las primeras cuatrossemanas de haberse autorizado el proyecto de tesis, se realizará la investigación teorica de cada una de las patologías escogidas.

Se realizarán visitas hospitalarias, para complementar la investigación.

En cuanto al computo de hallasgos encontrados y desarrollo teo_rico de la tesis, se realizara en un periodo de 4 a 5 semanas,

INTRODUCCION

El verdadero motivo de realizar esta investigación que titulé patologías de la lengua y sus repercusiones más frecuentes en el lenguaje, nace del poco interés que le tomamos a la lengua, y de la gran relación que tiene esta con la práctica profesional, ya que es un órgano que interviene de una manera directa en la salud integral del individuo.

Es por eso que intentaré hacer una recopilación de datos que me lleven de lo particular a lo general, haciendo posible de esta manera, una verdadera relación entre el sistema estomatognático e integridad anatómico-funcional y psíquica de nuestro paciente.

Analizaré, así pues, cuidadosamente cada una de las diferentes patologías de este órgano, estudiándolas desde los límites teóricos, mediante su conceptualización, pasando por las unidades de observación en cuanto a población y características se refiera. Pudiendo así llegar a establecer un buen diagnóstico y por consiguiente un tratamiento clínico, preventivo o curativo más certero

Relacionaré a la vez a estas enfermedades con los problemas que más repercuten en el lenguaje, ya que la lengua también es el principal órgano de fonación y la que guarda más relación con la odontología y sus disciplinas. Esta tesis trata de dar un enfoque que se una más con la práctica clínica del odontólogo, ya que actualmente no solo debemos basarnos en procedimientos sencillos y de tipo general, sino estar capacitados para resolver problemas que se nos presenten en el campo en que nos desarrollamos, es decir con todo aquello que incluya cavidad oral y repercusiones más frecuentes e inmediatas.

No pretendo con la presente investigación proporcionar conocimientos nuevos, ni agotar el tema, ya que para eso es indispensable manejar amplias terminologías odontológicas y tener una experiencia clínica constante que sólo el tiempo y la práctica diaria nos da. Pero si intentare transmitir lo mejor posible los conocimientos ya adquiridos por investigadores experimentados.

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA LENGUA.

La lengua es un órgano muscular, móvil y es el adaptador más importante de la caja de resonancia de la cavidad oral, debido a su gran movilidad. Órgano del gusto, masticación, succión y deglución y fonación.

Se origina de la capa embrionaria mesodérmica, los dos tercios anteriores de la lengua derivan del tubérculo impar y tejidos contiguos. El tercio posterior proviene del mesenquima, del tercer arco y algo del segundo.

Se le consideran para su estudio dos caras.

A.- Una libre que comprende la cara dorsal, sus bordes, la punta y parte anterior de su cara inferior.

B.- La base o raíz de la lengua, que se fija por tractus fibrosos o fascículos musculares al hueso hioides, bóveda palatina, apófisis estiloides y maxilar inferior, por lo cual la lengua está libre en la cavidad oral por su cara superior, sus bordes y su punta. Estos bordes se delgazan de atrás hacia adelante y en cuanto a su vertice o punta es muy delgada. La superficie lingual está cubierta en toda su extensión excepto en la base, por una mucosa lingual que incluye papilas responsables del sentido del gusto, así como glándulas foliculares y mucosas.

Las papilas que se encuentran sobre la superficie de la lengua son cuatro tipos diferentes;

Papilas calciformes, existen de siete a doce distribuidas a lo largo de la línea en forma de V que separa a la membrana del cuerpo de la lengua de la que recubre la raíz. El término calciforme recuerda, el caliz y el nombre circunvalada de que a veces se le da y recuerda que cada una de ellas se semeja a una ciudad antigua que está rodeada de un baluarte, el foso está constantemente lleno.

de líquido segregado por glándulas situadas más profundamente de las papilas. Cada papila caliciforme tiene una papila primaria en central de lamina propia, hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde ésta hacia el epitelio estriado queratinizado que recubre la papila. Estas papilas separan el tercio posterior de los dos tercios anteriores de la lengua.

Papilas fungiformes en forma de hongos, que ocupan toda la parte o superficie del órgano, son mas numerosas cerca de la punta y de los bordes. También tienen vasos, y pueden intervenir en los cambios inflamatorios y atroficos que acompañan a diversos trastornos generales. La mayor parte de los botones gustativos se encuentran en este tipo de papilas y en las anteriores.

Papilas filiformes; Son de estructuralmente altas, estrechas de forma cónica y constituidas por papilas primarias de lamina propia que se extienden hacia la superficie. Papilas secundarias, cubiertas de epitelio formando revestimiento y éstas a su vez se dividen en hilos, dandonos el termino Filum.

Papilas foliadas; en forma de hojas o de corales, se ubican hacia los bordes de la lengua.

El tercio posterior de la lengua presenta aspecto rugoso a causa de columnas de mucosas que se disponen diagonalmente al centro y en cuya intimidad se sitúan las glándulas foliculares de uno a cuatro milimitros, levantandose la mucosa a su nivel y en cima presentan un pequeño orificio que deja salir los productos de secreción, también en el tercio posterior se observan glándulas mucosas que se disponen en racimos entre las amígdalas. La cara inferior descansa sobre el piso de la boca, al que se une por un repliegue medio, el frenillo, en cuya parte anterior y a cada lado de la línea media, se levantan dos tuberculos observandose los orificios de las glándulas submaxilares que a este nivel terminan en los conductos de Wharton. Un poco por encima y por atrás se ven los orificios de salida de las glándulas

salivales sublinguales. En sentido oblicuo se ve la saliente azulosa de las venas raninas a uno y otro lado.

Los bordes son libres, mas gruesos hacia la base que hacia la punta; se relacionan con los arcos dentarios, donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden generar en patologías cancerosas.

La base es ancha y gruesa, relacionandose como ya se mencionó con anterioridad con el hueso hioides, la epiglotis y los músculos genihioides y milohioides, relacionandose de la siguiente manera: La porción mas gruesa corresponde al hueso hioides en su origen y por arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosopigloticos, en su parte anterior corresponde a los músculos genihioides y al milohioides.

(Ref. 2)

La punta o vertice; es aplanada de arriba hacia abajo y en la línea media se unen los surcos medio superior e inferior, que cuando son muy profundos dan la lengua bifida.

De acuerdo a su constitución anatomica se describen como sigue

a) El esqueleto osteofibroso, b) Músculos de la lengua y c) la mucosa lingual.

El esqueleto osteofibroso está constituido por el hueso hioides, la membrana glosohioides y el septum medio o tabique lingual

El septum lingual o medio, lamina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atras en la parte media de la cara anterior de la membrana hioglosa y por abajo de la cara anterior del hueso hioides. Tiene forma de hoz cuya extremidad anterior termina entre las fibras musculares de la lengua y caras laterales que sirven de implantación a muchos músculos de la lengua. El borde superior convexo, se aproxima a la mucosa del dorso de la lengua y su borde inferior, concavo corresponde al genioglosa.

MÚSCULOS DE LA LENGUA:

La masa de la lengua ubicada en el piso, de la boca y recubier

ta de mucosa se divide en dos mitades simétricas por un tabique-fibrosos, el septum lingual. Sus músculos se dividen en dos grupos: los músculos intrínsecos; consiste en la musculatura longitudinal superior e inferior, además de la transversal y vertical son aquellas que producen considerables cambios en el tamaño y forma de la lengua; los extrínsecos, que unen la masa de la lengua a otras estructuras y hacen que la lengua se mueva en relación a otras estructuras bucales, son los responsables de los cambios de posición.

La musculatura extrínseca se compone del palatogloso, unido a paladar blando a la lengua; el hipogloso unido a la apofisis o hueso hioides y a la lengua, el estilogloso, unido a la apofisis estiloides y a la lengua y el geniogloso, unido por delante a la apofisis geni de la mandíbula y lengua.

Palatogloso.- músculo dèlgado, aplanado y debil se inserta por arriba en el velo del paladar, en la cara inferior de la aponeurosis palatina; desciende por el espesor del pilar anterior y termina por fibras transversales y longitudinales que se confunden con fibras superiores del estilogloso. Acción elevar la lengua lo dirige hacia atras y estrecha el itsmo de las fauces.

Estiloglosos.- Nace por fibras tendinosas y musculares de la superficie anterior de la apofisis estiloides y se dirige primero con bastante oblicuidad hacia adelante, para irradiarse en forma de arco de concavidad anterior por la base de la lengua. Sus haces dirigidos hacia adelante se entrecruzan con las fibras del hipogloso verticalmente ascendentes y forman la parte principal de la musculatura lingual longitudinal.

Geniogloso. Nace a cada lado de la línea media por fibras en partes tendinosas originadas en la apofisis genisuperior, inmediatamente por encima del origen de los genihioides. Su acción es elevar la lengua, lo lleva hacia adelante y atrae la punta hacia abajo y hacia atras. Cuando se contrae en su totalidad aplica la lengua sobre el piso de la boca

Hioglosov Se inserta en el límite lateral del cuerpo del hioides así como también en su asta mayor hasta cerca del vértice, y ~~mand~~ manda hacia arriba sus fibras, finamente fasciculadas, que se desvían a la vez ligeramente en dirección anterior e interna. Entrecruzándose con fascículos transversales y con haces del estilogloso, las fibras del hiogloso llegan hasta el dorso lingual, donde terminan. Todos los músculos de la lengua, excepto el palatogloso son inervados por el XII par craneal.

Faringogloso, Solamente son fibras musculares que el constructor superior de la faringe manda al borde lateral de la lengua. Su acción es dirigir la lengua hacia atrás y arriba.

Amigdalogloso, sale de la parte externa de la amígdala es pequeño y aplanado, de aquí desciende hacia la base de la lengua, punto en el que cambia de dirección, haciéndose de transversal para ganar la línea media y entrecruzarse con el lado opuesto dirigiendo la lengua hacia arriba del paladar.

Lingual Superior., impar y medio, esta situado en la cara superior de la lengua desde la base hasta la punta es músculo intrínseco y por lo tanto nace de la propia lengua por tres fascículos su acción es la de elevar y retraer la punta de la lengua.

Lingual Inferior, Se le encuentra en la cara inferior de la lengua, nace de hasta menores del hioides de donde se dirige hacia adelante y arriba para terminar en la mucosa que cubre la lengua.

Su acción de este músculo es de espesor y retractor de la lengua.

Músculo transverso, Se dirige hacia adentro en el Septum "medio y termina afuera de los bordes de la lengua. Su acción es que al ~~ea~~ contraerse aproxima los bordes de la lengua en la línea media, en con la cual se redondean en el cuerpo y se afilan en la punta, ~~de~~ dirigiéndose afuera de la cavidad oral.

Vasos y Nervios. Las arterias son las responsables de que la lengua reciba sangre cuyo ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, la ranina y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua. La circulación venosa desemboca a las venas linguales. Los linfáticos se distribuyen por las superficies de la lengua.

Lengua(Vista superior en un corte horizontal de la cara)

- 1.- Prolongación anterior de la glandula submaxilar
- 2.- Músculo pterigoideo interno
- 3.- Rama montante de la mandibula
- 4.- Conducto dentario inferior
- 5.- Musculo masetero
- 6.- Vlingual
- 7.- Arteria Facial
- 8.- Músculo bucinador
- 9.- Cara dorsal de la lengua
- 10- Surco Lingual
- 11- Amígdala
- 12- Seno Periforme
- 13- Repliege Glosopiglótico
- 14- Valécula
- 15- Epiglótis
- 16.- R,pliege Glosopiglótico
- 17- Foramen Calcum
- 18- Base de la lengua
- 19- Músc. Constructor de faringe
- 20- Músc Estilohiideo
- 21- Glandula Parotida

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Fisiología Humana
Dr.- Bernardo Ausay
 Roberto Goldeyn
 Virgilio Fogil
Editorial EL ATENEO
Edición 1969
Pag. 455, 1279, 1276 (Masticación y Deglución)
- 2.- Tratado de Fisiología
Dr. E. Gley
 J. M. Bellado
Editorial Salvat
Pag. 176, 180 Deglución
 801-809 (gusto)
- 3.- Tratado de fisiología Humana
Dr. Arthur C. Guython
Editorial Inter-Americana
Edición 1965
Pag. 392-415
- 4.- The linguameter: a device for investigating tongue muscle control.
Dr. Porter Rj. Jr.
 Lubker Jf
Centro de Información y Documentación en Salud
- 5.- Examinis for tongue tie
Dr. Young Ec.
 Sacks Gk.
 Clin pediater
 CENIDS

CAPITULO II

DIFERENTES ASPECTOS PATOLOGICOS GENERALES DE LA LENGUA.

La lengua es probablemente el mejor indicador de alteraciones orgánicas que cualquier otra parte de la mucosa bucal.

Patogenia y sintomatología; muchos cambios de color de deben a causas locales, como la ingestión de alimentos (zarzamora, regaliz), el uso de medicamentos (Lándano compuestos de hierro) bebidas alcoholicas, masticar y fumar tabaco. No debe confundirse con alteraciones debidas a afecciones orgánicas. Los siguientes son de considerable importancia.

La lengua Saburral, se observa en varias afecciones. En la lengua por su estructura papilar, se adhieren partículas de alimentos, lo que puede demostrarse en el microscopio. Esto es notable en la parte posterior, menos movil. Estas áreas son terreno excelente para el desarrollo de los microorganismos de autolimpieza que esta asociado con la alimentación y salivación normales.

En las enfermedades respiratorias, alteraciones gastrointestinales y en cualquier enfermedad febril, la lengua está densamente cubierta. Fitzwilliams, describe las siguientes variedades.

Lengua Punteada, que se presenta con el más ligero trastorno gástrico o imprudencia de la dieta.

Lengua Cubierta o Cargada, Caracteristicas del principio de la escarlatina, observandose también en muchas afecciones agudas (bronquitis, fiebre tifoidea, neumonia).

Lengua parda con costras, que se observa a consecuencia de una obstrucción intestinal, peritonitis, insuficiencia cardiaca y tumores malignos.

La saburra que cubre la lengua se compone de epitelio descamado, mucina, partículas de alimentos, microorganismos bucales y exudado leucocítico. Es de color blanco, gris amarillento o

pardo ; el color de esta capa no es patognomónico, porque depende de la naturaleza de las materias colorantes absorbidas como las que contiene el café, tabaco, alimentos y medicinas. Con frecuencia hay un olor definido de la lengua y un sabor arinoso amargo, asociado con la pérdida de apetito.

La lengua roja, es característica de la policitemia, que se presenta asociada con hipertensión en la cuarta y quinta década de la vida. La lengua es de color rojo brillante a causa del aumento en el número de eritrocitos y de la gran cantidad de hemoglobina.

La lengua amarillenta es característica de la ictericia. El resto de la mucosa bucal puede mostrar también un color amarillento.

La lengua lisa es causada por la atrofia de las papilas linguales, se ve comúnmente en la anemia perniciosa y algunos autores han observado la restauración de las marcas papilares con el tratamiento de la anemia con extracto de hígado. En la mayor parte de los casos de lengua lisa se debe a la deficiencia de vitamina B.

La lengua vellosa pigmentada esta asociada con la lengua vellosa ordinaria, recibiendo el nombre de lengua negra. La pigmentación es causada frecuentemente por la mancha de tabaco.

Aglosia, y su modificación, la microglosia, son anomalías congénitas raras. Se describió el caso de la microglosia en que faltaba la mayor parte de la lengua.

Anquiloglosia completa, consiste en la fusión de la lengua.

Lengua Bífida y lobulada, esta es una malformación rara en que la parte anterior de la lengua está hendida a la línea media. La anomalía puede estar asociada con la fisura media o malformación en la línea media del maxilar inferior. La lengua lobulada, que es de tamaño normal, tiene adherida a ella un lóbulo de tamaño mucho menor. (Ref. 6 y 8).

Lengua con fisura, malformación congénita afecta la superficie de la lengua, con profundos surco, sobre toda la superficie anterior de la lengua.



LENGUA SABURRAL

Infección causada por una tracción

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

6.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

Dr. William G. Shafer
Maynard K. Hine
Barnet M. Levy
Editorial Interamericana
Edición Sexta
Pag. 23 y 27

7.- PATOLOGIA ORAL

Dr. Robert Thoma
Henry J. M.
Goldman Saluart
EDITORIAL HISPANO-AMERICANA
Pag 1001- 3004 (Síntomas Generales de la Boca)

8.- Patología BUCAL

Dr. Bhasker S.N.
Editorial el ATENEO
Edición 1971
Buenos Aires Argentina
Pag. 391-393.

CAPITULO III

ANOMALIAS DEL DESARROLLO.

a) Lengua Geografica

También denominada "exfoliatio areata linguae", glositis migratoria benigna, enantema errante de la lengua, este tipo de lesión presenta una etiología desconocida, pero se cree que tiene relación psicósomática.

Esta lesión consiste, en la presencia de múltiples zonas de descamación de las papilas filiforme de la lengua, de forma irregular. En ocasiones se presenta inflamada la porción central de la lesión, persistiendo zonas de descamación con puntos elevados en las papilas fulsiformes. Tienden a emigrar las zonas de descamación con puntos rojos elevados, por la razón de que estas persisten en un sitio, cambiándose de lugar después de ser cicatrizadas. Las lesiones más pequeñas tienden a unirse. Pueden persistir las lesiones durante años de forma continuada y aparecer cíclicamente.

La incidencia de este tipo de lesión, según estudios realizados es del 2.4 por cada 100 personas. En este estudio, se reveló que afectaba de igualmente a hombres que a mujeres, sin que se observara diferencias raciales. Con similar frecuencia aparece en niños en una prevalencia de 1.4 por 100 en un grupo de 3600 niños entre los 15 y 18 años de edad.

Existe ausencia de papilas fungiformes y caliciformes en pacientes con disautonomía familiar, puede en ocasiones estar asociada con lengua escotral.

Tratamiento y Pronóstico.- Como la etiología es desconocida el tratamiento es empírico. Siendo la lesión benigna.



LENGUA GEOGRAFICA

Existen grandes zonas linguales depapiladas por desaparición de papilas filiformes, puede persistir durante años y aparecer cíclicamente.

b) LENGUA ESCOTRAL

Denominada también lengua fisurada. Clínicamente esta lesión se presenta por múltiples pliegues o surcos pequeños en su cara dorsal, irradiándose en un surco central a lo largo de la línea media de la lengua. Debido a que esta anomalía simultáneamente se desarrolla de la lengua geográfica o glositis migratoria benigna ó, como secuela de una de ellas, la lengua escotral puede variar

Algunas investigaciones comprobaron que esta lesión con la edad aumenta, y que probablemente esta asociada con algún factor extrínseco como puede ser, algún trauma o deficiencia vitamínica.

Su frecuencia es variable y no hay predilección con el sexo.

La lengua escotral es indolora, a menos que en los pliegues de gran profundidad queden depositados restos alimenticios, si estos son de carácter ácido o fuerte, causan una sintomatología dolorosa. Siendo puerta de entrada a infecciones.

Tratamiento.- Auto-limpieza constante.

(Ref. 3)

c) LENGUA NEGRA

También conocida como lengua pilosa, es una hiperplasia de las prolongaciones córneas de las papilas filiformes, puede producirse por estimulación de la capacidad de cornificación, déficit de vitamina B o procesos inflamatorios bucales.

No es precisamente un trastorno del desarrollo, pero es preferible considerarla como las otras lesiones linguales de este grupo.

La pigmentación de la lengua variará, según los factores que lo provoquen (tabaco, ciertos alimentos medicamentosos o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal, llegando esta pigmentación desde el blanco hasta el amarillo o negro.

Las papilas pueden presentar considerable longitud, barriendo el paladar del paciente produciendo el reflejo de vómito.

Su etiología es desconocida, pero se cree que microorganismos como los hongos, podrían ser el factor desencadenante o una enfermedad sistémica, sin embargo gran parte de pacientes con lengua negra son grandes fumadores.

La lengua negra es frecuente en pacientes sometidos a irradiaciones en cabeza y cuello, encontrándose que los rayos X estaban dirigidos a través de alguna o algunas glándulas salivales, alterándose así su función de una u otra manera.

Tratamiento. Lesión benigna, tratamiento empírico.

d) MACROGLOSIA

Es un aumento del tamaño lingual que acompaña generalmente a la acromegalia y respectivamente lengua pequeña. Se dan estos nombres a la hipertrofia de labio y lengua.

El padecimiento presenta una causa desconocida, ya que ni la herencia desempeña alguna importancia, como en el caso de otras enfermedades congénitas, como es sabido se asocia a otras malformaciones congénitas, como el labio leporino, hipertrofia de miembros inferiores, asimetrías de la cara y de los maxilares, y presencia de quistes serosos congénitos del cuello.

La macroglosia se presenta en mayor número en el sexo femenino.

La macroglosia de forma linfática es la más frecuente, pues ocupa un 80% de los casos. El linfangioma es difuso y ocupa toda la extensión de la lengua produciendo una hipertrofia general de el órgano, aunque algunos autores describen el linfangioma nodular.

La macroglosia de origen muscular está constituida únicamente por el aumento del número de fibras musculares, cuyo aspecto y volumen quedan normales; éste es el tipo de macroglosia que se encuentra en los cretinos, pudiendo asociarse a la hipertrofia de otros músculos del cuerpo. La macroglosia puede ser bastante pronunciada desde el nacimiento al grado de que pueda salir de los arcos dentarios, se da solo en casos excepcionales, reconociéndola al principio por las perturbaciones funcionales que provoca, el infante tiene dificultad para tomar el seno, arrojando la leche que no puede deglutir. Cuando la dentición aparece, presentándose la lesión mas evidente. La lengua muy voluminosa para la cavidad oral, produce fenómenos de sofocación perdiendo esta su lugar correcto.

El aumento de este volumen se hace exageradamente rápido viéndose casos en que solamente en 10 semanas ha alcanzado el máximo de volumen, temiéndose que el órgano en aumento, forme un tumor inmovil

que cuelga hacia adelante de la barba con la mucosa que la cubre seca, queratinizada y con grietas en su superficie.

La macroglosia, causa desviación de los incisivos y también produce en el maxilar una desviación hacia adelante muy permanente.

El diagnóstico de la macroglosia es fácil; después de una glositis la lengua queda crecida, no es en sí una macroglosia, teniendo que recordar de que sea congénita es indispensable para constituir la macroglosia.

El pronóstico; debido a las complicaciones, perturbaciones funcionales, etc, debe tomarse en serio.

El tratamiento se realiza quirúrgicamente por la incisión cuneiforme, hemostasis seguida de sutura.



e) GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

Anomalia del desarrollo de la lengua, este nombre fue designado por la existencia de la línea media de la lengua y es debida a la persistencia del tuberculo impar (estructura que se levanta entre el primero y segundo arco branquial).

La glositis romboidea media se presenta clínicamente como una placa rojiza, ovoidea adamatiforme o romboideal en la cara dorsal de la lengua, inmediatamente por delante de las papilas californiformes. El resto de la lengua se destaca nítidamente una superficie plana o ligeramente elevada a veces amamelonada, que carece de papilas filiformes.

Lesión no inflamatoria; la incidencia es de dos casos por cada 1000 personas y mas frecuentes en varones que en mujeres.

Tratamiento; esta lesión no requiere tratamiento pues es inocua. La unica importancia clínica es que aveces se le confunde con carcinoma del dorso de la lengua. En casos particulares se realizara una biopsia para calmar al paciente con cancerofobia.



F) LIQUEN PLANO

Es una enfermedad que afecta tanto a la piel como a la mucosa las lesiones bucales están muy frecuentemente asociadas con alteraciones cutáneas; pero pueden existir sin éstas, las lesiones bucales también pueden aparecer en pacientes con déficit prologada de vitamina B. Con frecuencia las lesiones de la piel aparecen varias semanas después de la enfermedad bucal.

Etiología, no se sabe exactamente a que se deba, pero se cree que se presenta a consecuencia de un agotamiento nervioso por ansiedad, pena, exceso de trabajo y todas las formas de esfuerzo mental. No existe predisposición con el sexo, común en adultos de treinta y cinco a cincuenta años, muy rara vez se presenta en niños;

Sintomatología.- En la piel aparecen pápulas de color gris rojizo brillante del tamaño de la cabeza de un alfiler pero que se unen para formar áreas más o menos extensas. Hay casos en que todo el cuerpo está cubierto y a veces sólo están afectadas las mucosas de los genitales; pero las lesiones de la piel están acompañadas de comezón. No hay síntomas constitucionales, y con frecuencia los pacientes no advierten la enfermedad. Las lesiones bucales se presentan principalmente en la lengua y en la mucosa ocasionalmente están afectados paladar y encía.

La lengua puede mostrar placas ovaladas de uno a 5mm de diámetro de color gris perlado, que contienen múltiples máculas. A veces se observan pápulas del tamaño de la cabeza de un alfiler en el borde de la lengua, En otros casos puede haber lesiones fusionadas que se extienden en una gran área del dorso.

Los síntomas son raros. En los tipos erosivos las lesiones pueden ser levemente dolorosas y sensibles a los alimentos especiados y ácidos. A veces es difícil diferenciar al liquen plano de la leucoplasia, afectando gran parte, cubriéndola completamente con una capa córnea que tiende a arrugarse y agrietarse en las partes móviles de la boca, en casos dudosos se debiera tomar una biopsia

La lesión afecta tanto al epitelio como a la capa capilar del corión. En algunos casos el epitelio muestra un estrato granuloso de considerable espesor. En otros toda la capa suele estar muy condensada, a veces hay desorden del estrato germinativo y las células de la capa basal aparecen irregularmente colocadas y separadas unas a otras.

El borde existente entre el epitelio y el corión queda destruido, y crecen los dos uno dentro del otro.

El corión muestra síntomas de edema e infiltración de células mononucleares de la capa papilar. Puede encontrarse infiltración perivascular de leucocitos polomorfociticos, pero no plasmocitos. El infiltrado es bien definido y limitado y no afecta a las partes profundas del corión, en algunos casos la capa cornea adquiere proporciones tremendas, con queratinización anormal, en otros casos especialmente en el tipo erosivo, el epitelio es destruido por el denso infiltrado linfocítico.

Tratamiento;- La terapéutica debe encaminarse al paciente más que a la enfermedad repitiéndole en todos los tonos que estado de gravedad padece. Keer recomienda el empleo de tranquilizantes leves con barbitúricos

g) ANQUILOGLOSIA

La anquiloglosia se debe a la cortedad congénita del frenillo lingual, en la que la lengua está restringida en sus movimientos por una fina banda mucosa que se extiende desde la superficie ventral de la punta de la lengua hasta la mucosa gingival lingual. La unión puede ser simple o bifurcada; hay todos los grados de severidad de la fijación.

Etiología.- En ausencia de una historia familiar, la aparición de una anomalía congénita puede deberse a la acción de una mutación, o de algún agente causal durante el embarazo, se sabe que la rubeola y el examen radiográfico en el período de formación de el labio y paladar pueden producir anomalías congénitas.

Manifestaciones clínicas; en la anquiloglosia total la fijación es completa de la lengua al piso de la boca o de la encía alveolar. Esta anomalía, se ha visto asociada con labio y paladar hendido y con el Síndrome de fosita labial congénita, aunque no frecuentemente.

Cuando es muy severa la fijación puede hacer que el lactante tenga dificultad para alimentarse y ocasionar trastornos en el lenguaje.

Tratamiento.- La alteración del frenillo se trata fácilmente mediante incisión transversa y cierre longitudinal de éste de preferencia con la Z plastía.

h) AMILOIDOSIS

El amiloide es un tumor compuesto o complejo material que ~~es~~ consiste en una mezcla de proteínas, polisacáridos y posibles lípidos, tendientes a depositarse en casi todo tejido u órgano del cuerpo. En el examen de la lengua se ven nódulos en el dorso, en los bordes laterales o en la base en número variable, que son firmes a la palpación e indolora, con exámenes sucesivos, puede comprobarse que tienen tendencia a seguir creciendo, el laboratorio identifica al material glucoproteico mediante la tinción con tinción de yodo, con cristal violeta o con rojo congo; el uso de yod yodo, técnica de Mohagny da al corte de tejido una coloración no gal obscuro. El depósito amiloide en la lengua produce macroglosia.

Se describen cuatro formas clínicas de amiloidosis: 1.- Primaria, 2.- Secundaria, 3.- Tumor amiloide, 4.- Amiloidosis en mieloma múltiples.

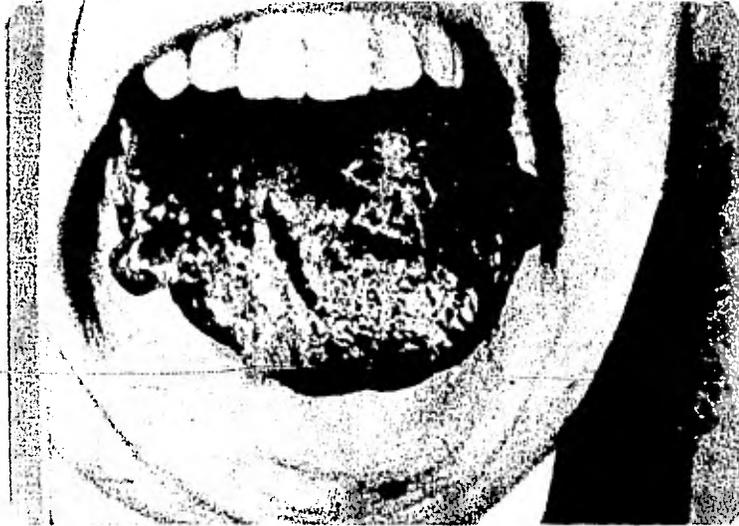
Primaria., la amiloidosis de este tipo es un proceso en el cual una glucoproteína, se deposita en forma bastante mayor siendo su característica en diferentes tejidos u órganos.

Secundaria., asociada con otras enfermedades, las mas predisponentes son las de la colágena, en particular artritis reumatoide, infecciones crónicas como la tuberculosis y osteomielitis, enteritis regional, colitis y ciertas enfermedades malignas, particularmente el mieloma múltiple, enfermedad de Hodkin y carcinoma de células renales.

Tumor amiloide.- A veces ocasionado por depósitos masivos de la glucoproteína y que pueden considerarse como un estado avanzado de los primarios en las sustancias amiloides se ubica en láculos.

La amiloidosis acompaña al mieloma múltiple. Se encuentran aproximadamente en 10% de los casos de mieloma múltiples y se localizan de preferencia en lengua y encía.

Síntomatología.- Generalmente el diagnóstico de la enfermedad amiloidea es difícil. Si se depositan grandes cantidades de amiloide en los vasos sanguíneos o en los órganos grandes, puede haber deficiencia del órgano afectado y puede sobrevenir la muerte.



1) QUEILITIS ANGULAR Y LENGUA ATROFICA CAUSADA
POR DEFICIENCIA DE HIERRO Y RIBOFLAVINA

La riboflavina es un pigmento hidrosoluble de color amarillento intenso enteramente deslizable, que se descompone en la luz. Da fluorescencia verde luz ultravioleta, es absorbida con facilidad en tubo digestivo y fosforilada en las paredes del intestino así como en otros tejidos del organismo.

Integra dos grupos diferentes de coenzimas, la riboflavina 5 fosfato, que funciona como portadores de oxígeno. El nucleotido-riboflavina-adenina, funcionan como portadores del hidrógeno.

Las necesidades normales recomiendan que 1.2 a 1.3 mg diarios es necesario para una mujer de 58kg y 1.3 a 1.7 para un hombre de 70kg.

Características clínicas: La enfermedad es común en niños que no consumen leche. En zonas endémicas, la frecuencia es mayor en los meses de primavera y verano que en otras estaciones.

A la aparición de lesiones diagnósticas precede un largo período de síntomas vagos imprecisables. Las lesiones de la riboflavina suelen estar limitadas a bocas y zonas peribucales. Las manifestaciones bucales son bien conocidas puesto que fueron producidas experimentalmente en 18 mujeres sanas puestas a dieta deficiente en riboflavina, aunque no se comprende el mecanismo exacto que interviene en la producción de lesiones bucales se han establecido claramente los períodos clínicos.

En la deficiencia leve, hay una glositis que comienza con sensibilidad e irritación en la punta, bordes laterales de la lengua o ambos. Las papilas filiformes se atrofian, en tanto que las fungiformes permanecen normales o se tornan tumefactas y con aspecto de hongos, la cual da a la lengua aspecto rojizo grueso y granular. Las lesiones se extienden hacia atrás en el dorso de la lengua. En casos avanzados la lengua es lisa y brillante, debido a la atrofia completa de todas las papilas.

El signo mas temprano de esta enfermedad es la palidez de los labios especialmente de las comisuras, la palidez que continua por dias seguida de queilosis, que se pone de manifiesto por la maceración y fisuramiento de los ángulos de la boca.

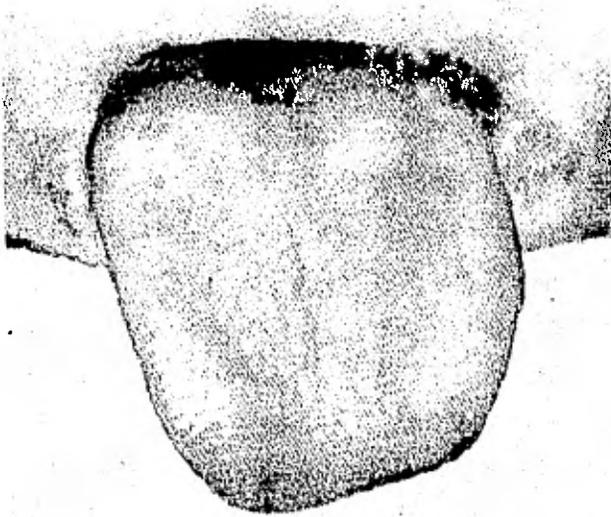
Más tarde, las lesiones maceradas forman una costra amarilla que puede ser quitada sin que sangre, los labios suelen estar rojos y brillantes debido a la descamación del epitelio, a medida que la queilosis angular avanza se extiende hacia la mejilla, las fisuras se profundizan facilmente y duelen cuando se infecta en forma secundaria por acción de microorganismos cutáneos o bucales, las lesiones profundas dejan cicatrices al curar.

Si consideramos que la Flavoproteínas están distribuidas por todo el organismo, es sorprendente que las lesiones esten bien localizadas.

En el diagnostico diferencial de la riboflavina, es importante recordar que la queilosis angular bilateral es un enfermedad inespecífica;

En la queilitis hay otros factores que debenc considerarse, algunos casos están complicados con anemia hipocrómica y entonces la lesión no cede al tratamiento si no se administra hierro, se han referido casos en que reacciona la ribiflavina y clorhidrato de piridoxina juntos.

Paciente de 40 años de edad presentaba queilitis., en su dieta faltaba leche, huevos carne. Hacia meses que padecía la afección, esta desaparecia tres semanas con el uso de 5mg de riboflavina por día.



DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA

Atrofia de las papilas que da a la lengua un aspecto liso y ulcerado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

6.- Tratado de Patología Bucal

Dr. William G. Shafer

Maynard K. Hine

Barnet M. Levy

Editorial Inter-Americana

Edición Sexta

Pag. 23-24, 603-607

7.- Patología Oral

Dr. Robert thoma

Herny M.

Goldman S, luart

Editorial Hispano-A,mericana

Pag.989-999

8.- Patología Bucal

Dr. S. N. Bhasker

Editorial Buenos Aires Argentina

Edicción 1971

Pag. 397-400

9.- Amiloidosis of waldeyers ring. Aclinical and ultrastructural

Dr. Beiser G.

Samuel J.

Acta otolaryngol Stockh) 1980 May-Jun; 89 (5-6) 562-9

CENIDS

10.- Imágenes de Patología Bucofaringéa (patología de lengua y ea

suelo de la boca)

Parke Devis, tomo II- GE- Bu- 5 81

II.- Spontaneous regresión of anterior oper bite following treata-
ment of macroglosia.

Dr. Maisler Do

Br. J. Plast surg 1979 oct; 32 (40) 309-14

Centro Nacional de Ingormación y Documentación en Salud.

(CENIDS).

CAPITULO IV

ENFERMEDADES DE ORIGEN BACTERIANO, VIRAL Y MICOTICO.

a) Lesiones Tuberculosas.

Las lesiones tuberculosas generalmente no presentan caracteres clínicos patognomónicos. La variedad de su aspecto hace difícil su reconocimiento clínico, y sólo por medio de una biopsis es posible diferenciarlas con más certeza de las sífilis primarias, hipertrofias simples y carcinoma.

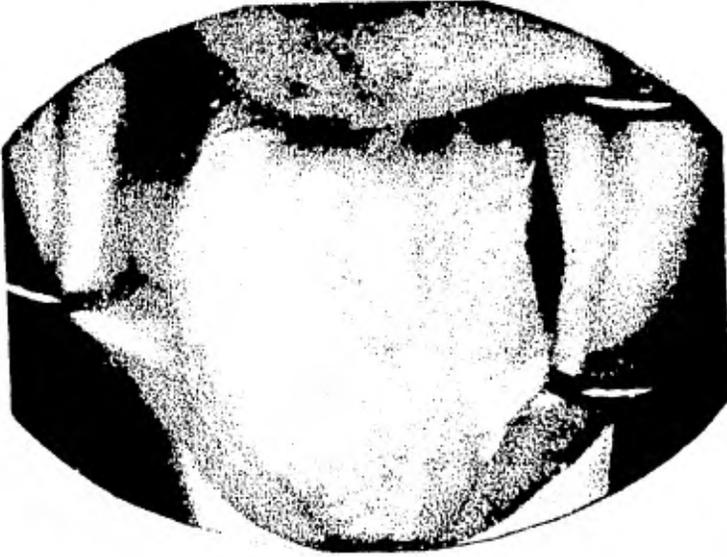
Patogenia.- Las lesiones tuberculosas de la boca se producen cuando las heridas o erosiones se infectan por bacilos tuberculosos contenidos en el esputo. Se han referido casos aislados en los cuales las lesiones primarias se presentaron en individuos tuberculosos. Más frecuentemente hay un tercer tipo, en el cual la lesión es causada por diseminación general de la infección tuberculosa.

Sintomatología.- Se ha encontrado que la falta de cicatrización de una herida de extracción y la ulceración subsecuente y a veces formación de fístulas son manifestaciones frecuentes.

La tuberculosis invade la lengua más frecuentemente que ninguna otra parte de la cavidad bucal. Las lesiones de la lengua varían mucho, a veces formándose úlceras a los lados a causa de irritación por dientes cariados. Tales úlceras son superficiales y se extienden por continuidad.

En casos más raros la infección se afecta por la vía sanguínea, la lengua se inflama, se torna dolorosa; pero no hay ulceración durante mucho tiempo.

Tratamiento.- El empleo de algún antibiotico, como la estreptomomicina y el medicamento relacionado con ella, la deshidroestreptomomicina, han dado resultados favorables de ciertos tipos de tuberculosis. (Ref. 8 y 13)



Ulcera Tuberculosa de la lengua.

b) Tuberculosis Lingual

La tuberculosis y sus lesiones en la cavidad bucal, generalmente no presentan caracteres patognomónicos clínicos.

La tuberculosis, es una enfermedad infecciosa granulomatosa causada por el bacilo ácido resistente *Microbacterium tuberculosis*. Existe una pequeña inclinación en el índice de mortalidad entre personas de diferentes razas. La tuberculosis pulmonar es la forma principal de la enfermedad, aunque la afección también se produce por vía intestinal, amígdalas y piel.

Sintomatología.— El paciente puede quejarse de fiebre o escalofríos esporádicos pero la fatiga fácil y el malestar general suelen ser signos principales e iniciales de la enfermedad. Los microorganismos, pueden diseminarse por la corriente sanguínea o por metástasis linfática. En ambos hay una inflamación de ganglios sensibles y dolorosos y en caso de absceso verdadero se perfora y se vacía de pus. Esta forma de tuberculosis aparece quizás como resultado de la extensión linfática de los microorganismos desde un foco de infección en la cavidad bucal, como las amígdalas.

Las lesiones pueden aparecer en cuanto a cavidad oral se refiere como en cualquier sitio de la mucosa bucal, pero son más comunes en la lengua, seguida por paladar, labio, mucosa vestibular, encía y frenillos. Se suelen encontrar en zonas de traumatismos y pueden ser observadas a simple vista por una úlcera traumática simple o hasta con el carcinoma. Algunas lesiones presentan hinchazón o fisuramiento, pero no una úlcera clínica obvia, presentándose como fisuras o glositis en la lengua. La tuberculosis primaria de la boca fue observada por Martín (1937). No había ningún otro síntoma de la enfermedad. Presentándose en un paciente que tenía la lengua enferma desde hacía seis meses. La lesión era de siete a doce mm de tamaño, estaba en el lado derecho, era roja, indurada, de base gris y no había líquido purulento.

Años atrás se descubrió un caso de tuberculosis de la lengua y uno de carrillo, haciéndose notar que las manifestaciones de la lengua varían mucho formándose úlceras en los lados a causa de la irritación por los dientes cariados. Tales úlceras son superficiales y se extienden por contunuidad.

En casos más raros la infección es afectada por la vía sanguínea, la lengua se inflama, se hace extremadamente dolorosa, haciéndose casi imposible la masticación y el habla. El tejido muestra señales de reacción inflamatoria con pequeños nodulos típicos (tubérculos) formándose por células epiteliales. Si ya se ha efectuado la necrosis se ven células en toda la periferia, con teniendo gran número de núcleos. Los linfocitos forman un anillo alrededor de la lesión. Más tarde el tubérculo es rodeado por una cápsula fibrosa, este es calcificado.

Tratamiento. El tratamiento de la tuberculosis es secundaria a las lesiones primarias. Aunque cabe decir que el empleo de algún antibiotico, como la estreptomycinina y el medicamento relacionado con ella la deshidroestreptomycinina, ha dado buenos resultados en ciertos tipos de tuberculosis.

Se ha referido el empleo de la estreptomycinina, un gr. diario dado en nueve dosis, para el tratamiento de la úlcera tuberculosa de la lengua.

c) SIFILIS ADQUIRIDA

Se presentan en la boca lesiones primarias, secundarias y terciarias. Por lo general, no se reconocen fácilmente; pero suelen ser contagiosas y por lo mismo tienen mayor importancia que los estigmas sifilíticos congénitos.

Sintomatología. La expresión clínica de la sífilis muestra mas variaciones que ninguna otra enfermedad, y lo que ocurre en general, es peculiar en las lesiones locales o bucales. Es difícil establecer el diagnóstico. Es muy importante considerar todo el complejo de síntomas en todo caso sospechoso. Tiene gran importancia la historia médica recogida cuidadosamente y el examen completo, además del examen en campo obscuro en las lesiones activas y las conocidas reacciones serológicas.

La lesión primaria, llamada chancro, puede encontrarse en la lengua labios y paladar. Hollander y Goldman, dan los caracteres siguientes de la lesión. El chancro es solitario, raras veces hay mas de uno; tiene la apariencia de úlcera o tumefacción; produce rápidamente adenopatía regional; cuando se ulcera se cubre de una costra gruesa adherente, hay induración y ausencia de dolor. El examen en campo obscuro muestra el treponema pálido; las pruebas de fijación de complemento y precipitación son positivas.

La fase secundaria o metastásica, que comienza unas seis semanas después de la lesión primaria, o de la aparición del chancro, se caracteriza por las erupciones difusas de mucosa y piel, hay la llamada fiebre de invasión, dolor en la garganta y angina sifilítica. Concomitante con la angina se observa en la lengua pequeñas manchas discretas ovaladas o redondas, de color blanco grisáceo o rosado rojizo. En la lengua, también pueden observarse manchas, ovaladas alargadas. Están rodeadas por un halo inflamatorio rojizo ligeramente elevado.

Estan rodeadas por maculas infecciosas ya que las lesiones secundarias son mucho muy infecciosas y en muchos casos difunde la sífilis en el organismo del paciente por las mismas vías que la lesión primaria.

Se resumen las características clínicas de la placa mucosa como sigue: Multiplicidad, rapidez de presentación, forma ovalada, membrana brillante de color blanco grisáceo, areola inflamatoria indefinida, angina, y frecuentemente glositis sub aguda. Las lesiones no son dolorosas; pero suelen hacerse sensibles a los alim^{en}tos irritantes.

Lesiones sífilíticas terciarias, no suelen aparecer por varios años y afectan en lo fundamental al sistema cardiovascular. En el período terciario la sífilis puede estar latente o producir lesiones activas, que son profundas y se llaman gomas. Estos se presentan en el corión de la mucosa de la boca.

El goma solitario, cuya mayor frecuencia corresponde a la lengua y mucosa del paladar, causa una lesión lisa brillante y algo tensa, con inflamación subepitelial, más tarde principia la necrosis central y se forma una úlcera que tiene una área necrozada, profundamente excavada, con borde claramente definido saledizo, en un fondo de color sucio con base dispareja de carácter indolente.

Glositis esclerosante, una pequeña glositis difusa en poco tiempo es comun en las primera etapas. Está asociada endarteritis obliterante, que causa atrofia de las papilas linguales.

El epitelio es muy delgado, puede haber síntomas de hiperqueratosis, que da la lengua apariencia glaseada la cual deriva de lengua de vidrio. Con frecuencia se forman grietas que dividen el dorso de la lengua en cuadros o lóbulos irregulares. Si este cuadro cura mucho, puede complicarse por una superficie hiperqueratinizada.

d) MONILIASIS LINGUAL

Es una enfermedad causada por infección de un hongo levaduriforme, el *Candida monilia albicans*, afecta piel, vías respiratorias y digestivas. La moniliasis generalizada es una extensa afección que afecta no sólo a la piel, sino también a más regiones del cuerpo especialmente las zonas axilar, submamaria e inguinal. Hay otra variedad, la vulvovaginal y otro tipo que se presenta en la boca, donde los labios y la lengua también pueden afectarse.

Patogenia. El hongo más común como ya se dijo es el *monilia*. Según Castellani, puede ser causada por otros hongos micoides. La patogenicidad de sete hongo es relativa. La enfermedad es transmisible en circunstancias en que favorezcan al crecimiento de los microorganismos. El *monilia albicans* prolifera rápidamente en colonias lisas de color crema en un medio glucosado.

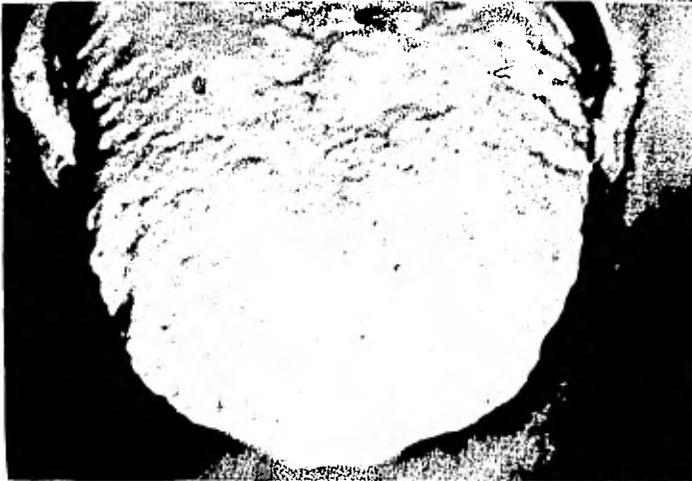
La moniliasis se presenta más comunmente en la boca de niños mal nutridos. Woodruff y Hesseltine, encontraron que los niños nacidos de madres con hongos en la vagina tienen un 35% de probabilidades de contraer la enfermedad que los nacidos de madres no infectadas. Sin embargo la enfermedad no sólo se presenta en los niños, se puede ver a todas edades. El hongo queda latente e inofensivo y repentinamente se hace patógeno. Hay pruebas de que la deficiencia de riboflavina favorece a la moniliasis. También se ha observado que la moniliasis se presenta en pacientes que han sido tratados con derivados de la penicilina. Los antibioticos rompen el equilibrio bacteriológico de la boca y permiten que los hongos y las levaduras proliferen sin restricción.

Sintomatología. Estas infecciones se presentan en los niños y los adultos. En, los niños las lesiones se ven generalmente en los lados de la lengua y en los carrillos. Son placas blandas, indoloras, de color blanco perla, ligeramente elevadas, que parecen depósitos de leche coagulada; pero se adhieren firmemente, de tal manera que la mucosa sangra cuando se quitan. La condición semeja a la difteria, salvo que es de distribución mas extensa.

El muguete se presenta también en adultos, y con el tiempo, _ por extensión puede invadir todas las vías respiratorias y diges_tivas.

Tratamiento.- Administración de una solución de violeta gen - ciana y yodo, ácido crómico, cloruro de metilrosanilina al 1% y formaldehído al 1%.

Ahora la introducción de nuevos agentes antimicóticos especí - ficos, como la nistamina ha sido benefica; las suspensiones de _ nistamina, mantenidas en contacto con la lesión bucal da buenos resultados en casos crónicos y graves.



MONILIASIS LINGUAL



CANDIDIASIS

f) RANULA

Los quistes se forman de el suelo de la boca, generalmente de una glándula sublingual y raras veces del con ducto submaxilar, se llaman ránulas y quistes sublinguales.

Etiología.- La ránula se forma de modo semejante que el mucoccele derivado de las glándulas mucosas más pequeñas, pero alcanza mucho mayor tamaño. Se ha supuesto que su desarrollo se hacía sobre la base de una obstrucción, pero no está claro que se forme de la misma manera que el mucoccele menor.

Manifestaciones clínicas. La ránula presenta un aspecto clínico típico, por ser una lesión mayor que el mucoccele, su recubrimiento mucoso adelgazado le da un aspecto de panza de rana, puede crecer hacia el piso de la boca.

Se desarrolla lentamente, sin dolores, hasta que alcanza un volumen considerable, lo que ocasiona movimientos en la lengua, pues en este caso la rechazan hacia arriba, el enfermo tartamudea, se muerde la lengua y se le dificulta la deglución.

Tratamiento.- Generalmente está indicada la extirpación del quiste.

g) MUCOCELE

El mucocèle es un pseudoquisté de la mucosa del seno, por retención, y se presenta, como una formación de paredes delgadas, del tamaño de una nuez, en el antro revestido de una mucosa por lo demás sana. Causa molestias de difícil localización. La lesión de cualquiera de los conductos que abundan en el seno de los labios y carrillos, puede dar por resultado un fenómeno de retención. Estas molestias o lesiones tienen material mucoso que al acumularse produce lesiones degenerativas de la estructura granulosa.

Etiología.- Las glándulas de Blandin y Nuhn, que se abren en la cara ventral de la lengua, así como las labiales son las más afectadas. La traumatización de una parte del conducto da por resultado el vuelco del moco hacia el estroma adyacente.

Características clínicas.- Más comunes en labios y carrillos se presentan como pequeñas tumefacciones brillantes y elevadas de un tinte blanco azulado. Su ruptura libera un líquido espeso y a veces, pus. Puede producirse espontáneamente, pero después hay recidiva.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica, junto con la supresión del foco causal.



h) PERLECHE

El perleche es una enfermedad que se observa en los niños de cara sucia. El nombre se deriva del francés pour Lecher; pues los niños afectados se pasan constantemente la lengua por los ángulos de la boca. Es necesario distinguir esta enfermedad de la queilosis angular.

Patogenia.- Se han descrito factores etiológicos. Las lesiones se han atribuido a infección por monilia blastomices, criptococos y estreptococos. Finerud, examinó algunos casos, diciendo como punto concluyente, que las raspaduras de estas lesiones contienen a veces microorganismos semejantes a las levaduras que inoculados en el medio de Sabouraud producen un hongo identificable como monilia, el mismo investigador reprodujo la lesión por inoculación y nueve de diez casos y trató a sus enfermos con violeta genciana. Como los niños desaseados están probablemente desnutridos, la deficiencia de riboflavina puede ser un factor importante, lo que explicaría la diversabilidad de hallazgos bacteriológicos, pues las bacterias serían invasoras de una condición predisponente.

Sintomatología.- Se observaron dos formas, una en que sólo había erosiones, y otra en que presentaba ulceraciones. En el perleche ulcerado se apreciaba una maceración blanquecina del epitelio.

Tratamiento.- Es empírico debido a que la etiología es variable.

e) HISTOPLASMOSIS

La histoplasmosis es una infección micótica también generalizada por *histoplasma capsulatum*.

Caracterizada también por una hipertrofia irregular, anemia hipocromica, extenuación e hipertrofia de bazo, hígado y ganglios linfáticos.

Patogenia.- Se suele adquirir por inhalación de el polvo que contiene esporas del hongo, y es probable que la contaminación provenga del excremento de los pajaros.

Sintomatología .- Miller y asociados, en un estudio dicen que muchos de los casos la lesión de la lengua se inicia como una placa solitaria, ligeramente endurecida, de la superficie superior, que no estaba asociada con dolor hasta que se presentaba la ulceración. Por último, afectaba gran parte de la lengua y la lesión era la única señal evidente de infección. En otros pacientes con extenso daño orgánico se desarrollaban pequeñas áreas ulceradas en las membranas mucosas de la cavidad bucal.

Tratamiento.- No hay tratamiento que satisfaga a esta lesión en su forma diseminada, aunque se cre que la anfotericina B ha dado buenos resultados.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

6.- Tratado de Patología Bucal.

Dr. William @.Shafer

Maynard K. Hine

Barnet M. Levy

Editorial Inter-Americana

Edición Sexta

Pag. 355-357, 509-512

8.- Patología Bucal

Dr. S.N. Bhasker

Editorial el ATENEO

Edición 1971

Buenos Aires Argentina

Pag 391 - 393

7.- Tratado de Patología Oral

Dr. Robert T.oma

Henry J.

Editorial Hispano-Americana

12.- Hipertrophic Glositis in secondary syphilis

-Eng. Arch Dermatol 1980 oct; 116 (10) 113-4

Centro Nacional de Información y Documentación en Salud

13.- Tuberculosis of the tongue

Dr. Agarwal Mk.

Cupta H.C.

-Eng. bingapore 1979 Apr; 8(2) 2179-9

CENIDS

14.- Imágenes de Patología Bucofaríngea

Patología de la lengua y del suelo de la boca

Farke Davis. Tomo II-GE-5-81

Dirección y Supervisión Haroforma.

CAPITULO V

TUMORES LINGUALES.

a) CARCINOMA DE LA LENGUA

El carcinoma de la lengua es uno de los cánceres más malignos y comprende entre el 25% de todos los cánceres intrabucales.

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con excepción de ciertas zonas geográficas, principalmente en países escandinavos debido a la alta incidencia del síndrome de Plummer y Vinson preexistente. La edad promedio de los pacientes afectados esta entre los 53 años, con límites de 38 y 87 años de edad. Por lo que se le considera, enfermedad de los adultos, pudiéndose encontrar también en personas relativamente jóvenes.

Etiología.- Se ha sugerido una cantidad de causas del cáncer de la lengua, pero en la actualidad no se hacen afirmaciones precisas. Pero existe una relación etiologica del tabaco y la sífilis muy importante. Debiendo inspirar sospecha las siguientes afecciones; Glositis crónica con hipertrofia y fisuras, leucoplasia, lengua atrófica, papilomas blandos de varios tipos y úlceras crónicas de larga duración. Se atribuye el consumo de tabaco, la mala higiene bucal, observándose también en una considerable cantidad de casos en que el cáncer de la lengua se formaba en un sitio que correspondía exactamente a una fuente de irritación crónica como un diente cariado o fracturado a una prótesis mal adaptada.

Características clínicas: El carcinoma de la lengua es una masa fugosa o úlcera indolora, se hace dolorosa especialmente cuando se inyecta en forma secundaria.

Este tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en lo que es una masa fugosa exóftica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

Se forma comunmente en los lados de la lengua, es poco común

en la punta y el dorso. El tipo más común se forma de áreas de leucoplasia que tengan formaciones papilomatosas o grietas. Se le reconoce por la induración nodular. En otros casos esta asociado con úlceras en la superficie; puede haber marcada atrofia de las papilas en presencia de sífilis. Esta combinación de pronóstico extremadamente grave; ocurre aproximadamente en el 21% de los cánceres de la lengua, la lesión invasora puede infiltrar en el suelo de la boca, lo que se introduce, traduciéndose como fijación de lengua.

Hay otros carcinomas de la lengua, más o menos ocultos, que raras veces se descubren tempranamente, porque son asintomáticas hasta fases muy avanzadas. Incluso llegan a producir como únicos síntomas, dolor de garganta o disfagia. Estas lesiones se encuentran muy atrás de la lengua, en sus porciones faríngeas, o casi completamente sepultadas en la sustancia de la parte posterior o base de la superficie ventral.

Es de gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores ya que las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis y ofrecen mal pronóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

Los síntomas son más notables en el carcinoma de la lengua que en otros cánceres del tejido bucal. El paciente experimenta cierta dificultad en comer y hablar, debido a la presencia del tumor en el músculo y a la presión sobre los nervios motores y sensitivos. El dolor es uno de los primeros síntomas y se irradia al oído, especialmente cuando el tumor está en la parte posterior de la lengua. Más tarde hay dolor en la propia lengua, el dolor puede quitarse, cortando la raíz sensitiva del ganglio de Gasser y las ramas del plexo cervical. Algunos autores recomiendan la inyección de alcohol para la eliminación del dolor en la región del trigémino. Esto no elimina el dolor de la deglución que se ve con frecuencia en el carcinoma de la lengua; pero en

muchos casos alivia al paciente haciéndose posible la masticación sin mucho sufrimiento.

La sospecha de la existencia de cáncer lingual, se puede basar en los siguientes signos:..

- 1.- Si el paciente saca la lengua muy afuera, la desvía hacia el lado de la lesión (debido a la obstrucción por el tumor y parálisis completa del nervio motor).
- 2.- Si se ven pequeños hoyuelos, surcos, aplanamientos y otras pruebas de retracción de la mucosa.
- 3.- Si a veces se describe un pequeño defecto de pronunciación.
- 4.- La inspección revela una diminuta úlcera en el punto más superficial de un cáncer infiltrante.
- 5.- La palpación adecuada, casi siempre revela una área de induración.
- 6.- En los casos avanzados, los hemangiomas son frecuentes y se producen ulceraciones superficiales con exudado fétido.

El examen radiográfico puede mostrar invasión del maxilar inferior. La infiltración del hueso, su destrucción y sustitución por el tumor se ve claramente. Los ganglios linfáticos son afectados rápidamente. Con frecuencia la invasión linfática ocurre en ambos lados, aunque la lesión sea de un solo lado de la lengua. La enfermedad es de curso más rápido que el del carcinoma del labio y termina en un año y medio. La coquexia, sofocación y neumonía son causas comunes de la muerte. Por lo tanto, su tratamiento es un problema difícil, e incluso en la actualidad no existe gran eficacia de la cirugía, comparada con la irradiación de rayos X.



Carcinoma Lingual del borde lateral

b) PAPILOMA

Los papilomas son tumores epiteliales que se presentan ya sea como unas excrescencias blandas de la superficie de la mucosa o como verrugas duras cornificadas en áreas de epitelio ectodérmico afectado por queratosis progresiva. Se presenta como lesiones únicas o múltiples. Cuando una área grande está cubierta por lesiones múltiples se le designa con el nombre de papilomatosis.

Patogenia.- Muchos papilomas únicos o múltiples, son en realidad hiperplasias inflamatorias causadas por irritación crónica. Otras lesiones son tumores verdaderos. Se distinguen papilomas blandos y duros. Un papiloma blando es una proliferación de epitelio escamoso. Generalmente es pedunculado, y forma pliegues, cada uno de los cuales se engruesa y forma lobulos, resultando un conjunto en forma de coliflor. Los papilomas duros se presentan en áreas de leucoplasia avanzada. Se producen por amontonamiento progresivo de epitelio queratinizado.

Síntomatología.- Como los papilomas son lesiones potencialmente malignas, debe hacerse un examen muy cuidadoso. La hiperplasia papilar inflamatoria se ve más comunmente en el paladar, particularmente en la parte cubierta por la cámara de vacío de una dentadura artificial.

Los papilomas verdaderos no siempre se diferencian fácilmente de las lesiones inflamatorias. El papiloma es una lesión neoplásica.

El papiloma blando es generalmente pedunculado, como ya se ha dicho, pero no son raros en los papilomas adheridos a una base ancha. Otros son fofos y se adaptan a las condiciones del espacio durante la masticación, y por regla general no causan molestias.

El papiloma duro forma una proyección cornificada o una aglomeración de pliegues fofos en forma de coliflor, su tamaño varía desde un chicharo al de una avellana, en la lengua los pacientes con frecuencia se quejan de una área adolorida en la parte posterior a un lado de la lengua. Aquí las papilas foliares forman

proyecciones que pueden ser confundidas para los que no están familiarizados con la anatomía de la lengua, con papilas o cáncer, especialmente si están inflamadas a causa de irritación o infección. El papiloma duro es un obstáculo sobre todo si es múltiple, esto ocurre en los papilomas blandos pedunculados que han sufrido hiperqueratosis y en las verrugas que se forman en áreas de leucoplasia. Los papilomas duros deben tomarse por verrugas comunes de la piel, que son de naturaleza infecciosa.

Fibropapiloma.— Es un tumor más grande que el papiloma simple, pues tiene gran cantidad de tejido conectivo. En realidad es un fibroma pedunculado con cubierta normal de epitelio, a veces es notable el alargamiento de la red mucosa, debido a inflamación crónica y no a neoplasia.

Pronóstico.— Las opiniones con relación a la malignidad varían. Algunos autores creen que el tumor es enteramente benigno, aunque muestra tendencia a reproducirse después de su extirpación, otros dicen que está plenamente demostrada la transformación gradual de un papiloma benigno en tumor maligno. Pero no es fácil diferenciarlo clínicamente el uno del otro, y cuando una lesión supuestamente benigna se manifiesta con carácter de malignidad es probable que haya sido un carcinoma de crecimiento lento desde su principio. Además hay casos en que al hacer una biopsia el tumor fue diagnosticado como benigno; pero después de su extirpación en otra área del tumor se vio que era un carcinoma.

Tratamiento.— Probablemente es un buen criterio considerar a todos los papilomas como potencialmente malignos y quitarlos por amplia extirpación. Si el examen histopatológico revela malignidad, el paciente debe recibir irradiación inmediatamente.



PAPILOMA duro, aglomeración de pliegues fofos en forma de coliflor.

C) HEMANGIOMA LINGUAL

El hemangioma es un tumor frecuente que se presenta en cualquier parte de la boca, especialmente en la lengua. El hemangioma se forma de rudimientos endoteliales o del endotelio de los vasos sanguíneos o proliferación de los mismos. Se forman nuevos vasos en forma de capilares o espacios cavernosos y de ahí la división de hemangioma capilar y cavernoso.

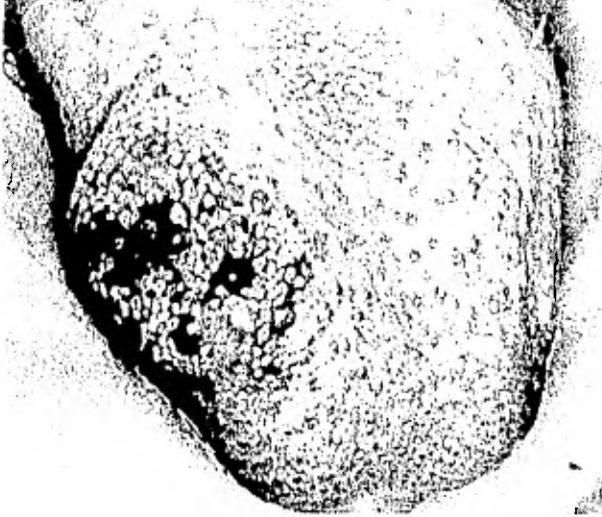
Sintomatología., los hemangiomas pueden ser congénitos o de formación ulterior, por lo general tienen evolución benigna, aunque no invariablemente; los hemangiomas congénitos, alcanzan a veces un tamaño considerable, al nacimiento suelen ser pequeños y con frecuencia no se notan hasta que se abultan o cuando se lesionan, presentándose con el tiempo hemorragia, algunos llegan a formar un tumor grande, que se reconocen fácilmente con el color y la pulsación. Se presenta en forma múltiple, la expulsión de la sangre cuando la presión cesa, constituyen un buen diagnóstico. El color varía de rojo claro a púrpura intenso. En la lengua el hemangioma causa a menudo una formación globular; en otros casos el tumor se forma en el tejido profundo de labio, carrillo o de la lengua.

Los hemangiomas son tumores benignos, alguno que otro invade el hueso subyacente, la extensión en el tejido blando y el hueso subyacente, la extensión del tejido blando y el hueso se produce a lo largo de los vasos sanguíneos que pasan del tumor al lecho en que se asientan, generalmente los hemangiomas continúan avanzando con la edad.

Tratamiento y Pronóstico. Se comprobó que muchos hemangiomas congénitos remiten espontáneamente a una edad relativamente temprana. Los casos en que no hacen esta remisión o en los que aparecen en personas de edad avanzada han sido tratados de diversas maneras como:— A) Cirugía, B) Irradiación C) Crioterapia E) Compresión. Cada una de las formas de tratamiento tiene defensores—

y opositores, pero en manos capacitadas cada uno tiene su lugar propio.

El pronostico del hemangioma es favorable, porque no se transforma en maligno.



HEMANGIOMA. Imágenes vasculares de color azulado propulsivas y de difícil tratamiento.

D) LINFANGIOMA

Es un tumor, se forma del endotelio de los vasos linfáticos es la contraparte menos común del hemangioma, han surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza de esta lesión, similares originadas sobre el hemangioma.

Patogenia., El linfangioma se forma de las células endoteliales que revisten los vasos linfáticos, en forma semejante, como ya se dijo al hemangioma. Los espacios endoteliales en lugar de contener sangre, estan llenos de líquido seroso.

Sintomatología., La mayoría de los casos de linfangioma están presentes en el momento del nacimiento, el 95% de los casos comenzarán antes de los 10 años. La edad de su aparición estaba por debajo de los 15 años en solo el 71% de 42 casos, en tanto que en 132 pacientes estudiados 88% de las lesiones se habían originado al final del segundo año de vida.

El linfangioma se presenta principalmente en la lengua, pero también se ve en labios y paladar. El de la lengua suele ser de origen congénito; puede ser pequeño y circunscrito, en algunos casos está formado de vesículas de color rojo grisáceo y se extienden desde la superficie, en otros casos causa notable agrandamiento de la lengua y llega a producir en ella una superficie nodular cubierta de vesículas diseminadas de color gris rosado.

Por lo general las lesiones superficiales del linfangioma se manifiesta como lesiones papilares del mismo color que la mucosa adyacente o de un tono levemente más rojo. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones significativas de la textura superficial o el color. Cuando el linfangioma invade lengua se produce una apreciable crecimiento, denominados le como macroglosia. Letjow y Lash, estudiarón 46 casos de linfangioma de lengua, señalarón que la parte dorsal anterior de la zona lingual se afectaba con mayor frecuencia.

La presencia de nodulos irregulares en la superficie de la lengua con proyecciones grises y rosadas, es el signo más común de la le si ón, cuando está asociada con macroglosia es patognomónico de linfangioma.

Tratamiento., El tratamiento del linfangioma es diferente con respecto al hemangioma. La extirpación quirúrgica es el tratamien to de más elección, puesto que el linfangioma es más resistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el moruato de sodio, que el hemangioma.

Estas lesiones tienden a recidivar después de su extirpación, esta tendencia aumenta con la edad del paciente.

E) MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES

Este tumor conocido también como rabdomioma de células granulares o neurofibroma, fue descrito por primera vez por Abrikossoff (1926), con el nombre de mioma mioblástico. En un principio se pensó que este tumor está asociado con un proceso de degeneración de las células musculares consecutiva de traumatismo, pero después se sugirió que puede nacer de las células musculares embrionarias con base disontógena. Desde entonces se han descrito numerosos tumores embrionarios de esta clase. Bernier refirió 17 casos de la lengua y encía.

Patogenia., Se han formulado diversas teorías para explicar la histogenesis de esta lesión. Unos investigadores sugieren que las células del tumor tienen su origen en fibras musculares de regeneración que sufren alteraciones microbióticas. Meyer, indica que se origina de tejido conectivo. Klinge (1931), explica el origen de estos tumores según la teoría del tumor de Cohnheim, insistiendo en sus antecedentes disontógenos. La tendencia a la reproducción después de ser extirpado ofrece corroboración clínica al concepto neoplásico, así como el hecho de que, según algunos casos publicados recientemente, se han encontrado tumores que producen metástasis.

Sintomatología., Los tumores se presentan en cualquier edad pero se ven con más frecuencia entre las décadas terceras y quinta de la vida. Las lesiones aparecen en todas partes del cuerpo y en uno y otro sexo. La lengua es el lugar más común. El tumor forma nodulos pequeños raras veces mayores de 1.5 cm de diametro, aunque se han observado tumores del tamaño del huevo de una paloma, en la boca son abultamientos circunscritos y elevados de color un poco más claro que la mucosa y son pedunculados, a veces están ulcerados.

Tratamiento., El tumor que no este encapsulado debe extirparse completamente, pues en casos de extirpación incompleta suelen producirse.

F) LIPOMA

Los lipomas se forman en sitios donde se encuentra tejido adiposo en la mucosa bucal. Son de crecimiento lento y benignos,

Patogenia. El tumor se forma de células de la lengua, suelo de la boca, faringe y glándula parótida. Se dilata gradualmente y no se reabsorbe en la forma en que se elimina la grasa de las reservas naturales cuando se pierde peso. Ransohoff, describió lipomas congénitos del carrillo.

Sintomatología., El tumor esta adherido a la mucosa y produce formaciones pedunculadas esféricas o lóbulos arracimados; siendo blando se mueve libremente con el movimiento del maxilar o de la lengua. A veces se encuentran lipomas en ambos lados de la lengua a veces se encuentra lipomas en ambos lados de la lengua o de la faringe. Duvoir y asociados, describieron un caso de lipoma bilateral simétrico de la lengua. Paul (1938), extirpo un lipoma pedunculado de la lengua, que en doce años de duración aumento grandemente. Se encontró que pesaba 180 gr, después de su extirpación. Ferris Smith (1937), refirió otro caso voluminoso, paciente mujer de cuarenta y cinco años de edad, lo notó primero diecisiete años antes, cuando era del tamaño de un chicharo, pesó 320gr, era del tamaño de una naranja y estaba cubierto por una mucosa lisa brillante, algo translúcida, con los vasos sanguíneos visibles bajo el epitelio adelgazado; el color amarillento es característico. como el tejido ejerce presión sobre la superficie epitelial y aplanada las papilas, el contenido amarillento, brilla a través de la cubierta adelgazada, y los vasos sanguíneos epiteliales son claramente visibles.

En otros casos, el tumor quedan debajo de la mucosa, formando una pequeña tumefacción y después un gran abultamiento. En tales casos el tumor está encapsulado y circunscrito.



Lipoma Lingual

Lipoma Lingual

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 14.- Set- back tounge flap for carcinoma of the tounge base
 Dr. Shepht G1
 Sly De
 Roper A1
 -Eng. Arch Otoloryngol 1980 (11) 668-71
 Centro Nacional de Información y Documentación en Salud
- 8.- PATOLOGIA BUCAL
 Dr. William G. Shafer
 Maynard K. Hine
 Barnet M. LevY.
 Editorial InterAmericana
 Edición Sexta
 Pag. 115, 143, 150
- 7.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
 Dr. Robert Thoma
 Henry M.
 Goldman Saluart
 Edición HispanoAmericana
 Pag. 1471-1478, 1525, 1294, 978
- 15.- DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ORAL
 Dr. Zegarelli Athur
 Kentcher Austin
 Editorial Salvat
 Edición 1972
 Pag. 147

CAPITULO VI

ENFERMEDADES DE LA LENGUA DE CARACTER LOCAL.

a) LESIONES QUIMICAS

Las lesiones quimicas de los tejidos de la boca no son raras.

Patogenia., La lesión directa puede ser causada por el uso prolongado de astringentes, que se anuncian libremente para encías sangrantes. Con frecuencia los pacientes los usan para afecciones malignas, descuidando el valioso tratamiento inicial, de suerte que cuando el paciente se da cuenta, de que la afección no mejora el cáncer puede haber causado metástasis. Los germicidas también son perjudiciales si se usan constantemente o en soluciones muy concentradas. Un buen ejemplo del efecto perjudicial de ciertos enjuagatorios se ve en el uso de perbarato de sodio, aceptado para el tratamiento de la enfermedad de Vicent; lo usan muchas personas sin el consejo del dentista, se han registrado los siguientes efectos de el uso arbitrario de esta sustancia: A) Quemaduras dolorosa en la mucosa bucal, B) Manchas blancas del epitelio, especialmente del borde gingival, C) Lengua pilosa. Se han descrito algunos de estos efectos como una cauterización intensa de la lengua por el uso de unas soluciones concentradas de perborato de sodio tres veces al día, se cree que la acción de este, consiste en la alcalinidad de la solución y se recomienda la neutralización de ésta con fosfato monocálcico. Esta mezcla conserva la acción terapéutica del medicamento y forma un compuesto que genera más oxígeno y que es demulcente y calmante.

Sintomatología, Dependen no solamente de la fuerza del agente sino de la duración de su influencia y de si ocurre una solavez o es repetida.

Tratamiento.- Alguna de las quemadura Qcas, cicatrizan por si solas. En la lesión extensa es necesario prevenir la infección. En los casos crónicos pudo haber ocurrido alteraciones irreversibles que requieran la extirpación quirurgica.

b) QUEMADURAS GALVANICAS

Ciertas lesiones de la boca se producen por, una corriente galvánica generada en la cavidad bucal. Aunque éstas no son muy comunes, debe pensarse en ellas al hacer el diagnóstico. Se hizo notar que el galvanismo debe considerarse no solamente en aquellos casos con síntomas vagos de naturaleza subjetiva, como sensación de quemadura en la boca de la lengua.

Patogenia., La presencia de metales diferentes en la boca , forma una pila galvánica con la saliva como electrolito. Robins hace notar que los siguientes factores influyen en la intensidad de la corriente galvánica producida; A) El ph de la saliva, si se aleja en cualquier dirección del punto neutral ph7, la acción galvánica aumenta. C) La distancia entre los metales, cuanto mayor es la distancia, mas intensa es la corriente producida. Solomon y asociados, hicieron notar que la oxidación y otros cambios químicos, así como las películas coloides, disminuyen la conductibilidad de los electrodos. Algunos autores creen que la corriente en sí y su efecto electrolito no son los agentes primarios que causan las lesiones, sino que la corriente obra por cataforesis introduciendo los iones en el tejido vecino a las obturaciones y quemaduras. Como prueba dicen que las obturaciones se hacen brillantes y que los tejidos vecinos tienen cantidades de metal, que pueden demostrarse por el análisis espectroscópico. Así, la lesión debe verse como una verdadera epitelitis por el estaño, oro, níquel o mercurio.

Sintomatología., Las lesiones observadas son a) eritema con congestión o blanqueamiento de la mucosa, b) prominencia y sensibilidad de los grupos anteriores y posteriores de la lengua c) áreas de erosión, úlceras y zonas desnudas en el dorso de la lengua; observandose como un área gris ligeramente elevada de leucoplasia crónica.

Uno de los signos más positivos es la alteración del color causada por el metal; pero además el paciente nota sabor metálico,

tiene sensación de quemadura y otras sensaciones anormales y sensibilidad a los alimentos con especias. Las lesiones que se presentan en la lengua, pueden volverse malignas. La supresión de los diferentes metales es seguida de curación.

Tratameinto., Consiste en la eliminación de tpdas las obturaciones metálicas y cementos. Si los antecedentes señalan la colocación de una restauración o puente en particular, como punto de partida, su eliminación puede dar buen resultado, sin quitar las otras obturaciones.

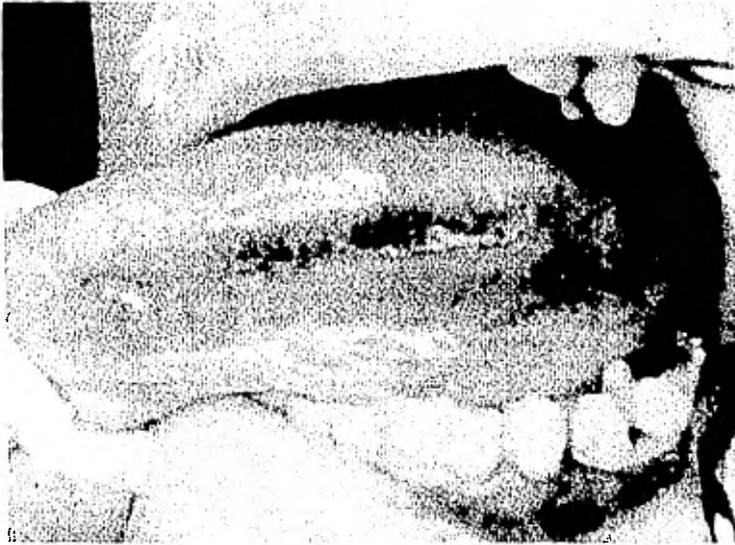
Las nuevas restauraciones deben ser todas de una misma potencia**u** bilidad.

c) ESTOMATITIS INFECCIOSA

Estomatitis simple y estomatitis catarral son terminos que deben usarse para las inflamaciones de la boca, la primera para la inflamación aguda de la mucosa bucal causada generalmente por estreptococos, la segunda, por las alteraciones que acompañan a los desórdenes estomacales, catarros y enfermedades de las vías respi ratorias.

Etiología., La flora bucal es ordinariamente inofensiva, pero tales bacterias están listas para aprovechar la ocación favorable y causar daño. La mucosa normal es para las bacterias una barrera reforzada por la queratinización. Las células epiteliales tienen poder fagocítico y cuando están cargadas de bacterias pueden descamarse. La reacción varía según la virulencia del parasito. Algunas bacterias producen no sólo proceso inflamatorios, sino también manifestaciones orgánicas alarmantes; éstas y aquellas de notan el funcionamiento de un mecanismo adefensivo. Otros microor ganismos los del llamado grupo subpiógeno, ataca a los tejidos e sin provocar inflamación intensa. En tales casos la lesión se desarrolla lentamente y puede persistir mucho tiempo sin graves molestias para el paciente. Los factores predisponentes, como ya se ha dicho, no son visibles, pero en las enfermedades infecciosas de la mucosa de la boca tienen su papel, disminuyendo la resitencia del organismo a la infección bacteriana y dificultando los efectos del tratamiento. Las enfermedades específicas bacterianas generalmente no pasan inadvertidas tan frecuentemente como los factores generales no específicos que pueden formar un foco de infección local. Entre ellas la fatiga es de importancia especial, ya sea por agotamiento físico o por esfuerzo mental excesivo. Tal situación del organismo contribuye a que una infección latente se vuelva aguda. Sin duda ciertas deficiencias de la dieta influyen notablemente en la resitencia del organismo a la enfermedad.

Tratamiento., Se ha encontrado satisfactoriamente la aplicación tres veces al día de una solución acuosa de azul de metileno al 2%. Se ha recomendado una solución de violeta cristal y verde brillante en alcohol y agua. Cahn, usó el verde brillante solo y obtuvo buenos resultados. La euromicina y la penicilina curan eficazmente la mayoría de estas infecciones. La dosis 250 mg cada cuatro horas durante un mes.



ESTOMATITIS

d) LENGUA VELLOSA

Es una condición no perjudicial que también se ha llamado lengua vellosa negra, pero que no debe confundirse con la enfermedad de la lengua negra causada por pigmentación.

Patogenia., La enfermedad consiste en la hipertrofia de las papilas filiformes, que se alargan y engruesan. hay muchas teorías en relación con la etiología de la enfermedad. Algunos investigadores creen que sea alguna alteración trofoneurótica, a consecuencia de la cual la hipertrofia de las papilas se efectúa. Otros creen que el factor fundamental es una irritación química, como gastritis con hiperacidez, el uso de medicinas, el efecto de enjuaguatorios irritantes, especialmente los agentes oxidantes. Berghain (1939), refirió un caso en el cual la sulfanilamida causó la hipertrofia papilar, la cual desapareció después de ser suspendida la medicación. Hirschfeld, dice que la mayoría de los casos observados por él fueron causados especialmente por el uso de perborato de sodio para el tratamiento de la enfermedad de Vicent. Algunos autores defienden la teoría parasitaria, y otros creen que las bacterias sólo son de importancia secundaria. Puede encontrarse toda clase de microorganismos entre los grupos papilares agrandados. Los cultivos hechos por varios clínicos produjeron estreptococos, estafilococos, leptotrix y levaduras. Los microorganismos pueden ser el factor productor de la coloración de la lengua vellosa. Se ha creído que el *Penicillium mucorniger* es el causante de la coloración negra. Pincus y Boyd Cooper obtuvieron colonias negras de bacterias en cultivos que produjeron un pigmento semejante a la melanina. Se ha referido también que el uso de tabletas de penicilina y de euromicina produce la lengua vellosa. Prinz (1927) cree que puede producirse una reacción por el hierro absorbido por la lengua en forma de pequeñas cantidades de sangre que pueda escurrir en la encía inflamada. El hierro de la sangre o el existente en preparaciones medicinales puede combinarse con el ácido tánico del vino tinto y formar tonato de hierro o tinta que tiñe los filamentos.

Sintomatología., La lengua vellosa es una alteración inofensiva que se reconoce fácilmente. En general se presenta sólo sobre parte del dorso anterior de la lengua, el sitio más común es anterior a las papilas caliciformes, los filamentos pueden ser finos y cortos, o largos y ásperos. No siempre son negros. Se han visto filamentos finos amarillentos. Más común es en una zona más pequeña de color verdoso. El aspecto es el de una capa como de piel con pelo o fieltro y el pelo es movable de un lado a otro.

Cuando son muy largas, las papilas pueden hacer cosquillas en el paladar, y en pacientes subjetivos produce náuseas, la condición puede durar meses o años sin que el paciente muestre molestia alguna. No se han referido cambios malignos.

Tratamiento., Cuando se conoce el agente causal, como el caso de los medicamentos, deben ser eliminados. Deben adoptarse medidas de higiene. Si hay levaduras se recomiendan las aplicaciones de violeta de genciana. Si hay ingestión de tabaco y productos irritantes, estos deben de eliminarse. Pueden emplearse escaróticos, pues producen necrosis que favorece a la infección.

e) ANEMIA HIPOCROMICA

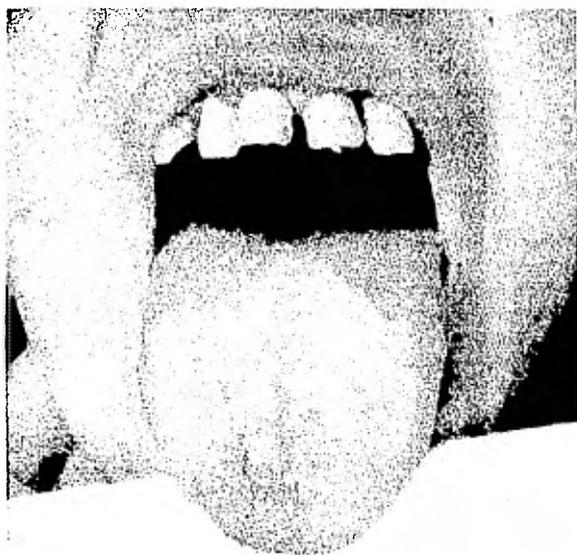
Esta es una forma de anemia causada por deficiencia de hierro y de otras sustancias que intervienen en la formación de la hemoglobina. Es la anemia mas común y se ve con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Patogenia., Son muchas las afecciones que pueden causar anemia hipocrómica, pero todas ellas tienen en común que responder a la administración de hierro, Storgis (1948) enumera las siguientes causas; 1) Incapacidad del cuerpo para sintetizar hemoglobina en cantidad normal, 2) Hemorragia crónica, 3) Deficiencia de hierro en la dieta, 4) Aumento en la demanda de hierro, debido al crecimiento, embarazo y lactancia, 5) Absorción defectuosa de hierro y 6) Infección crónica.

Castle y Minot dicen que es una anemia hipocrómica por la reducción de hemoglobina en cantidad mayor que los globulos rojos. Los eritrocitos acrómicos son más pequeños de lo normal, y contienen concentraciones de hemoglobina menores de lo normal.

Sintomatología., Hay una disminución marcada en la resistencia del tejido bucal a la enfermedad. La mucosa de la boca es muy pálida y puede haber petequias diseminadas en la encía, carrillos y paladar; la hemorragia no es rara y el tiempo de sangrado puede prolongarse, aunque el tiempo de coagulación generalmente es normal. La lengua es lisa por atrofia de las papilas; pero en muchos casos sólo ciertas áreas están afectadas y a veces hay atrofia muscular. En tales casos la lengua está disminuida de tamaño y a la ulceración; se ha citado septicemia consecutiva a la extracción de un diente infectado.

Tratamiento., Consiste en la terapéutica indicada de hierro.



Anemia hipocrómica. Atrofia localizada de la lengua.

f) ANEMIA PERNICIOSA

La anemia perniciosa es una macrocítica hipercrómica que suele presentarse en la vida adulta (más comúnmente entre las edades de cuarenta y cinco y sesenta años). Está caracterizada por síntomas de anemia, desórdenes de las vías gastrointestinales, gastritis recurrente, alteraciones degenerativas de la médula espinal, aclorhidria y frecuentemente parestesia de manos y pies.

Patogenia.- Stungis, dice que al parecer, está comprobado que la causa principal de la anemia perniciosa es una alteración de las glándulas de fondo del hígado con deficiencia consecutiva para secretar la cantidad normal de un factor gástrico termolábil.

En las primeras fases de la lengua tiene un aspecto rojizo que contrasta con el color amarillento pálido del resto de la mucosa bucal. Más tarde, la atrofia de las papilas fungiformes y filiformes le da un aspecto ceroso liso, especialmente en los lados o en la fisura media. La lengua nunca está cubierta por una capa de saburra y, no lo tato, tiene apariencia limpia.

Los síntomas subjetivos de la boca suelen ser muy molestos para el paciente. Consistenten una sensación insoportable de quemadura, que suele estar asociada con adormecimiento. La sensación de quemadura aumenta cuando se comen alimentos enlatados o muy especiados, con la presión o con alimentos muy fríos o muy calientes.

Caso Clínico.- Un paciente que presentaba esta condición, acudió a consulta porque no se sentía bien y creía que los pocos dientes que le quedaban en la parte anterior de la mandíbula la podían estar infectados y tal vez era la causa de su debilidad. El examen de la boca reveló que tenía la lengua muy lisa en ambos lados. La paciente dijo que le habían prescrito una

dieta especial nueve años antes porque tenía cálculos o legumbres crudas o cocidas continuaba sintiendo dolor en un lado, - por lo que tomaba whisky. Los médicos que la atendían encontraron: hemoglobina 6g (36%); glóbulos rojos 1700 000; glóbulos blancos, 4200; leucocitos polimorfonucleares, 50% (maduros) - linfocitos pequeños, 48%; mononucleares, 2%. En el frotis, macrocitos pequeños, y marcadas variaciones en tamaño y forma; - porfirinuria: vitamina A, normal (15 unidades), ácido ascórbico - normal (1.5 mg por 100 c.c); calcio y fósforo de la sangre, normales; metabolismo, normal; acolorhidria. Diagnóstico: Anemia - perniciosa. Tratamiento: debido a la lengua lisa, la paciente - recibió 500 mg de ácido nicotínico y por los síntomas nerviosos incipientes, 10 mg diarios de clorhidrato de tiamina por vía intravenosa, que en una semana produjo notable mejoría la sangre - a la normalidad. La lengua mejoró notablemente en dos semanas.-

Tratamiento.- Durante muchos años el tratamiento de la anemia perniciosa ha sido satisfactorio con la terapéutica por hígado. No obstante, el advenimiento del ácido fólico y la vitamina B₁₂, especialmente esta última, ha resultado muy valiosa en el tratamiento de esta enfermedad, pues estos agentes no presentan el problema de la sensibilidad con que se tropieza - en el uso del extracto de hígado.

La vitamina B₁₂, tiene efecto sobre la hematopoyesis y sobre los síntomas nerviosos; el ácido fólico solo no reduce los síntomas nerviosos. La dosis según Hall y Campbell es de un - micrograma diario por inyección para la mayor parte de las personas; pero es necesaria mayor cantidad para los pacientes de - más edad. Esta misma investigación se observó que el dolor de - la boca y de la lengua desaparecía en pocos días, y generalmente la regeneración de las papilas linguales se completa en un término de cuatro a seis semanas cuando el paciente recibe vitamina B₁₂.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- 7) Tratado de Patología Bucal
Dr. Roberth Thoma
Henry M.
Goldman Saluart
Editorial Hispano Americana
- 8) Patología Oral
Dr. S. D. Bhaskor
Editorial El Ateneo
Edición Buenos Aires Argentina
- 15) Diagnostico de Patología Oral
Dr. Zegarelli Arthur
Austin H.
Editorial Salvat
Edición 1978

CAPITULO VII

TRASTORNOS DEL LENGUAJE DE ORIGEN MALFORMATIVO.
LESIONAL Y FUNCIONAL.

En el niño pueden tener diferentes orígenes. Mencionaré en uno solo tiempo los tres trastornos, para que posteriormente se observen los retrasos del lenguaje, las disfasias y el autismo, que se integran muchas veces en el contexto de una personalidad perturbada. Sin embargo, hay que precisar que los diferentes síndromes pueden presentarse asociados, por lo que es casi siempre indispensable un período de observación, si se pretende una buena valoración de nuestro paciente.

a) MACROGLOSIA

Conceptualización. Es la lengua anormalmente voluminosa, presenta lesiones anatómicas complicadas, pues como ya se mencionó anteriormente, además de presentar la lesión de los linfáticos y del tejido conjuntivo prelinfático, se presentan casos donde la fibra muscular interviene directamente, y otros donde es el único factor responsable de la macroglosia; por eso actualmente se admiten dos variedades, una linfática y otra muscular, que tanto desde el punto de vista anatómico como clínico presentan diferencias. Las características clínicas de ambas patologías se describieron en capítulos anteriores. **Etiología.**— La causa de este padecimiento es desconocida, pues ni la herencia desempeña con ellas como en otras enfermedades, papel alguno. Sin embargo, se encuentra asociada con otras enfermedades.

Manifestaciones Clínicas.— La macroglosia puede ser bastante pronunciada desde el nacimiento al grado que puede salir de los arcos dentarios, el niño tiene dificultad para tomar el seno, no puede deglutir, la lengua pierde su derecho de domicilio en la cavidad bucal. El aumento de volumen de la lengua se hace definitivo al nacer, pues se ven casos en que sólo en diez semanas la lengua

gua ha alcanzado el máximo de volumen. Por su acción mecánica la porción prolabial del órgano no acaba de adquirir grandes dimensiones, formando un tumor inmóvil que cuelga hacia adelante, de la barba de la mucosa que la cubre seca queratinizada, con grietas en su superficie.

Los fenómenos funcionales llegan a perturbarse más y más, a medida que el prolapso se hace permanente; la deglución y la masticación se hacen molestas, la respiración y la fonación son igualmente difíciles, la articulación de los fonemas no es normal el lenguaje es torpe y lento con voz grave. La saliva escurre constantemente. Cuando la ulceración se establece, el dolor aparece.

La hipertrofia muscular es siempre menos acentuada, pues el órgano alcanza sólo el doble o el triple del volumen, el crecimiento es mucho más lento y uniforme y los casos inflamatorios son raros. La superficie de la lengua queda de aspecto normal, la movilidad no queda abolida nunca.

Tratamiento Quirúrgico. Esto suele producirse alguna adaptación relativa conforme crece el niño.

b) MICROGNATHIA

El prognatismo del griego Pro, hacia adelante y Gnathos, mandíbula, se describe como una malformación caracterizada por la macrogenia de la mandíbula, lo cual trae consigo la pérdida de la armonía entre el macizo facial y la mandíbula. El arco dentario inferior es más amplio que el superior, lo que hace que los órganos dentarios no correspondan con sus antagonistas, quedando en extra-oclusión o con una inclinación de afuera hacia adentro para ponerse en contacto, aunque no en relación con los dientes superiores.

Etiología.- La micrognathia puede ser de origen congénito o adquirido. La de origen congénito es de etiología desconocida, aunque en algunos casos está asociada a otras alteraciones del esqueleto. El principal factor puede ser la herencia.

Manifestaciones Clínicas.- La relación normal de continuidad entre el cuerpo de la mandíbula y su rama ascendente, está alterada de tal manera que el borde posterior de la rama se continúa casi en línea recta con el borde cervical del cuerpo, haciendo que el ángulo de la mandíbula que normalmente se aproxima a los noventa grados se convierta en un ángulo obtuso, que será más abierto cuanto más exagerada sea la progenia. Por lo tanto a medida que aumenta la prognathia, las porciones faciales se pierden y el mentón se aleja más del plano orbital.

En el aspecto foniátrico se produce un cambio en dos cualidades de la voz: tono y timbre y esto es debido a que está alterada la relación de las cajas de resonancia.

El diagnóstico no ofrece dificultad, hasta la simple inspección, pero el estudio radiográfico del perfil y la encefalometría lo confirman.

Tratamiento.- Quirúrgico.

C) FRENILLO LINGUAL ANORMAL

El frenillo lingual une la parte inferior libre de la lengua con el piso de la boca: esto es cuando se presenta normalmente; - pero en muchas ocasiones puede aparecer corto o todo lo contrario grande y desarrollado. En ambos casos nos produce alteraciones en la emisión de las palabras.

Muy poco se sabe acerca de la causa de esta alteración, algunos autores sugieren que que sea una anomalía congénita.

Manifestaciones Clínicas.- Esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronunciación de los fonemas linguales y linguo-palatales (S, SCH, J, CH, G, K, R), el habla adquiere un tono - pronunciado como un nudo en la garganta.

Tratamiento.- El tratamiento es quirúrgico y foniátrico.

D) TRASTORNOS SENSORIALES Y MOTORES

Se estudiarán en esta apartado, los trastornos de la articulación, los trastornos del lenguaje relacionados con lesiones cerebrales y, por último los trastornos secundarios a un déficit auditivo.

Trastornos de la articulación:

Se caracteriza por una dificultad motora de ejecución. El lenguaje es difícilmente comprensible porque el punto de articulación de las vocales y consonantes puede estar afectado en diferentes - grados. El tratamiento de este tipo de trastornos consiste en una - reeducación ortofónica.

Lesiones cerebrales extensas.

En efecto, en un 50 a un 70% de los casos de lesión motora - cerebral, aproximadamente, se observan trastornos del lenguaje, ya sea una disartria secundaria a alteraciones de la motricidad y de los músculos que intervienen en la fonación, ya sea una afasia -

C) FRENILLO LINGUAL ANORMAL

El frenillo lingual une la parte inferior libre de la lengua con el piso de la boca; esto es cuando se presenta normalmente; - pero en muchas ocasiones puede aparecer corto o todo lo contrario grande y desarrollado. En ambos casos nos produce alteraciones en la emisión de las palabras.

Muy poco se sabe acerca de la causa de esta alteración, algunos autores sugieren que que sea una anomalía congénita.

Manifestaciones Clínicas:—Esto dificulta los movimientos de la lengua y la pronunciación de los fonemas linguales y linguo-palatales (S, SCH, J, CH, G, K, R), el habla adquiere un tono - pronunciado como un nudo en la garganta.

Tratamiento.— El tratamiento es quirúrgico y foniátrico.

D) TRASTORNOS SENSORIALES Y MOTORES

Se estudiarán en este apartado, los trastornos de la articulación, los trastornos del lenguaje relacionados con lesiones cerebrales y, por último los trastornos secundarios a un déficit auditivo.

Trastornos de la articulación:

Se caracteriza por una dificultad motora de ejecución. El lenguaje es difícilmente comprensible porque el punto de articulación de las vocales y consonantes puede estar afectado en diferentes - grados. El tratamiento de este tipo de trastornos consiste en una - reeducación ortofónica.

Lesiones cerebrales extensas.

En efecto, en un 50 a un 70% de los casos de lesión motora - cerebral, aproximadamente, se observan trastornos del lenguaje, ya sea una disartria secundaria a alteraciones de la motricidad y de los músculos que intervienen en la fonación, ya sea una afasia -

(alteración funcional primaria que incluye el retraso de la palabra). Un tartamudeo, o por último, un trastorno de la maduración afectiva.

En este contexto de lesión motora cerebral y antes de analizar los trastornos propios del lenguaje, se impone realizar un estudio de desorganización general subyacente, a saber: deficiencia mental frecuentemente asociada, lesiones de la musculatura bucofonatoria, trastornos de la audición prácticamente constantes como se ve en las síndromes de la ictericia nuclear y alteraciones de la lateralidad, - posible consecuencia de la lesión cortical.

Desde el punto de vista del pronóstico, se admite que la recuperación tiene muchas probabilidades de ser completa y rápida cuando el traumatismo o la agresión cerebral se han producido antes de la edad de tres años; si la agresión ha sobrevenido entre los once y catorce años, la recuperación no es siempre tan favorable.

E) TRASTORNOS DEL LENGUAJE SECUNDARIOS
A UN DEFICIT AUDITIVO.

Son en general, proporcionales a la gravedad de la hipoacusia. Así en caso de déficit auditivo grave, no hay lenguaje o es muy pobre. En caso de déficit parcial pero extenso, se produce en la mayoría de los casos un retraso del lenguaje, con una articulación deficiente.

Trastornos del lenguaje sin lesión orgánica manifiesta:

Se incluye en este apartado:

Retraso del lenguaje y disfasias

Tartamudez.

Trastornos del lenguaje en los niños psicóticos

Retrasos del lenguaje.

1.- Retraso simple.

Algunos niños presentan un retraso simple del lenguaje, en la mayoría de los casos homogéneo, en ocasiones familiar y muchas veces relacionado con la inmadurez afectiva; el lenguaje conserva entonces un aspecto cursil, pero sin ninguna distorsión particular.

La familia empieza a inquietarse en general a la edad de los 3 años cuando el niño persiste en seguir hablando un lenguaje infantil. Sin embargo, hacia la edad de cinco años, la inmensa mayoría de los niños que presentan un retraso simple acaban adquiriendo un lenguaje normal, aunque pueden persistir ciertas dificultades de los fenómenos, que dan lugar a una organización verbal todavía defectuosa; estas dificultades constituyen precisamente la transición con las disfasias.

2. Disfasias:

Los niños disfásicos presentan un trastorno de la interacción del lenguaje, en ausencia de toda alteración anatómica, sensorial o fonológica; el nivel verbal es considerado cursil, pero la que se trata de un retraso en la adquisición de un lenguaje normal.

El lenguaje de estos niños se caracteriza por un trastorno de recepción del material auditivo-verbal, así como de desórdenes del orden de los elementos que constituyen las frases. Su nivel de comprensión verbal no es prácticamente normal nunca y todos ellos presentan trastornos de la boca: son capaces, sin embargo, de resolver problemas con líquidos que implican un grado determinado de abstracción.

En resumen, pues los niños disfásicos no presentan solamente trastornos del lenguaje, por lo que su reeducación deberá iniciarse mediante la apertura de un intercambio muy libre, en el que el placer ocupará un lugar importante, teniendo en cuenta las deficiencias individuales de la movilidad intelectual y las dificultades particulares a nivel de intercambios afectivos.

Trastornos del lenguaje en los niños psicóticos.

Son siempre secundarios a una perturbación específica y profunda de la relación con los demás. Se describen varios cuadros clínicos.

Trastornos del lenguaje en las formas denominadas autistas.

En este caso, el trastorno se incluye en un contexto de psicosis o de prepsicosis. El niño no establece relación con las personas que le rodean y no se interesa por el lenguaje; la comunicación sólo empieza a esbozarse hacia la edad de cuatro a cinco años con predilección, en muchos casos, por las fórmulas abstractas (números, fórmulas matemáticas).

Trastornos del lenguaje secundarios a una perturbación de las primeras relaciones.

Los trastornos se caracterizan en este caso por un lenguaje extremadamente pobre, una deformación de las palabras y una mala construcción de las frases, etc. consecuencia de la falta de transferencia afectiva temprana.

Algunos niños que han tenido un desarrollo normal, pueden presentar una regresión importante de su lenguaje a raíz. En ciertos casos, la regresión es sólo pasajera y el niño seguirá evolucionando después en forma positiva; en otros casos, en cambio, la regresión puede evolucionar hacia un mutismo persistente.

Por otra parte puede sobrevenir un retraso en la aparición del lenguaje en niños que han sufrido frustraciones precoces, así como también puede alterarse la organización posterior del lenguaje.

Conviene precisar por último, que la gravedad de los desórdenes del lenguaje constituye un elemento pronóstico muy importante para la evolución de nuestro paciente, si éstos no son tratados.

Algunos de los defectos característicos del paciente con repercusiones linguales son:

- 1.- Se presentan dificultades en los movimientos de la lengua y la pronunciación de los fonemas linguales y linguopalatales (s, sh, j, ch, g, k, r) el habla puede adquirir un tono pronunciado como de nudo de garganta.
- 2.- En la anquiloglosia en que la lengua está fija al piso de la boca, resulta difícil bajar la punta de la lengua, por lo cual, las consonantes prelinguales y postlinguales suenan distorsionadas y también adquiere un tono pronunciado.
- 3.- Una lengua demasiado voluminosa para la cavidad bucal, sale de los arcos y no vuelve a entrar, y cuando se logra reducirla se presentan fenómenos de sofocación; es cuando la lengua pierde su posición normal, de ahí que la fonación sea difícil de realizar, presentándose un lenguaje torpe y lento con voz grave.
- 4.- En el sentido inverso al anterior, en el aspecto foniátrico, se produce un cambio en dos cualidades de la voz: Tono y Timbre y esto es debido a que está alterada la relación de las cajas de resonancia.
- 5.- En pseudoquistes, se presentan una dificultad en la pronunciación y articulación de los fonemas por estar alteradas las estructuras anatómicas, ya mencionadas anteriormente. Esta deficiencia en el lenguaje es transitoria ya que una vez, solucionado el caso se normaliza la función.
- 6.- Cuando existe inflamación de la lengua, se perturbán totalmente los movimientos de ésta, pues tienden a rechazarla hacia arriba, el enfermo tartamdea, seuerde la lengua con tanta dificultad se dificulta la deglución, cuando cesa la inflamación el problema lingüístico se normaliza.

7.- Todas las lesiones graves como tumores malignos, quemaduras o traumatismos, causan dislalias linguales y labiales, que son alteraciones en la pronunciación de sonidos, sobre todo en la abertura, ya que perjudica las vocales posteriores (o,u). Los problemas típicos del lenguaje son, impureza, borrosidad y falta de nitidez.

Al analizar cualquier patología lingual, es necesario hacer un examen de los órganos articuladores en el que podamos observar:

A.- La lengua, en la que se observará sobre todo su movilidad, así como la existencia de algún factor que se lo impida.

B.- La movilidad de los labios durante la emisión de los fonemas.

C.- Los dientes para ver cuáles intervienen en el lenguaje y en qué forma lo hacen.

D.- El paladar blando, para observar si está funcionando adecuadamente, es decir se actúa como válvula que evita el paso del aire a la boca durante la respiración.

E.- El paladar duro para ver si hay o no un buen punto de articulación.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

17.- Trastornos del Lenguaje

Dr. Acoaga E. Juan

Editorial Cuenca

Edición Buenos Aires Argentina 1979

Pag. 39, 45, 112, 126

Clínica Odontologica de NorteAmerica

Odontología para el niño incapacitado

Editorial InterAmericana

Edición 1979

pag. 719-720

Anomalías del Lenguaje y su Corrección

Dr Nieto H.

Librería de medicina

México 1967

Pag. # 3, 7, 70, 73

Perturbaciones del Lenguaje

Dr. Pereyo Jorge

Editorial El Ateneo

Argentina 1970

Pag. # 3, 24, 28, 31

RESULTADOS

Algunas de las anomalías que suelen presentarse en la cavidad oral se establecen in-uter, están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la vida. Otras pueden no manifestarse por años. Estas anomalías poco comunes siguen patrones tradicionales como la herencia que afecta al organismo. No obstante se ha de tener gran cuidado en distinguir entre estados hereditarios y congénitos. Una enfermedad congénita es la que está presente en el momento del nacimiento, pero que no necesariamente es heredada.

Muchos de los trastornos del desarrollo y crecimiento, de las estructuras bucales y parabucales, así como otras enfermedades, tienen un fondo hereditario definido. A veces se dice que otras enfermedades en las cuales el testimonio de la herencia es sugerente, pero no concluyente, que presentan tendencia familiar. Los factores hereditarios pueden ser decisivos o solo contribuir a la producción de una enfermedad específica.

El estudio de los tumores de la cav. bucal y estructuras adyacentes, como es el caso de la lengua constituye una fase importante en el desarrollo de la odontología, por el papel que desempeña el Cirujano Dentista en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades, los estados patológicos observados clínicamente por él, son de gran importancia, esto es si estas patologías son estudiadas debidamente, ya que tienen la capacidad de amenazar la salud y longevidad del paciente, es importante que estemos familiarizados con ellos para que cuando se nos presente algún cuadro clínico de gran significación, podamos realizar el tratamiento adecuado o derivarlo si fuere necesario.

Algunas bacterias y virus y hongos causan patologías que provocan un gran efecto dentro de la cavidad oral, algunas de estas lesiones son de origen único que son producidas por microorganismos específicos; otras son específicas pero en forma clínica, pero pueden ser originados por algún grupo nume -

rosos de microorganismos, esta especificidad o inespecificidad es característica de la enfermedad infecciosa que pueden presentarse en cualquier parte del organismo, sin que necesariamente se limite a cavidad oral.

Es necesario conocer las causas y el curso clínico de las diversos orígenes, afectando en forma directa al lenguaje.

Conociendo las causas y el curso clínico de las diversas enfermedades, se puede llegar a instituir un buen tratamiento médico o quirúrgico.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo anteriormente ya mencionado, debo concluir que es obligación del Cirujano Dentista de práctica general, conocer las patologías bucales, que afecten de alguna manera al lenguaje, sea un daño temporal o permanente el que ocasionan éstas. Y conociendo las causas y el curso clínico que tomen estas enfermedades, se podrá instituir un buen diagnóstico y encauzar al mejor plan de tratamiento, uniendo todos los aspectos físico, social y psicológico, ya que un estudio de estos elementos nos llevará a una adecuada aplicación terapéutica.

Considerando que la cavidad bucal, desempeña un papel muy importante con el resto de nuestro organismo, es deber del Cirujano Dentista cumplir con todas las funciones a las que esta obligado a realizar, no debe unicamente a desempeñar tratamientos de recreación. Debemos tratar de visualizar a la enfermedad desde su iniciación hasta su terminación, porque la enfermedad es un proceso continuo. Es un cuadro cambiante de hechos, el resultado de la causa y el efecto, del ataque y la defensa, de la destrucción y reparación.

Es por esto que debemos de preocuparnos por tener conocimientos generalizados y basicos de las enfermedades de el organismo en general.

Recomendando, que todos estemos actualizados en los alcances y logros de la odontología y medicina en general, con el fin de acertar con mayor éxito en el diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fisiología Humana
Dr. Bernardo Ahusay - Roberto Galdeyn - Barrera
Virgilio Fogil
Pág. 455 (masticación y deglución)
1276, 1279
Editorial, El Ateneo
Buenos Aires, Argentina
Edición 1969

- 2.- Tratado de Fisiología
Dr. E. Gley y J. M Bellado
Pág. 801, 809 (gusto)
176, 180 (deglución)
Editorial Salvat
Sexta Edición

- 3.- Tratado de Fisiología Médica
Dr. Arthur C. Guyton
Pág. 392, 415
Editorial Interamericana
Edición 1965

- 4.- Diagnóstico de Patología Oral
Dr. Zegarelli - Keurcher - Austin H. - George Human
Pág. 147, 256
Editorial Salvat
Edición Primera 1972.

- 5.- Patología Bucal
Dr. S. N. Bhasker
Editorial El Ateneo
Buenos Aires, Argentina
Edición 1971
Pág. 391, 393

- 6.- Patología Bucal
Dr. Shafer
Pág. 510, 518
Editorial Mundi
- 7.- Patología Oral
Dr. Thoma - Robert J. Henry M.
Goldman Saluart
- 8.- Trastornos del Lenguaje
Dr. Azcoaga E. Juan
Ed. Cuenca
Ediciones Buenos Aires Argentina 1979.
Pág. 39, 45 y 112, 126.
- 9.- Clínica Odontológica de Norteamérica
Odontología para el niño incapacitado.
Pág. 719, 720
Editorial Interamericana
Edición 1979.
- 10.- Anomalías del Lenguaje y su Corrección
Dr. Nieto H.
Librería de Medicina
Pág. 3, 7, 56, 65, 70, 73, 85, 132, 166
México, 1967.
- 11.- Perturbaciones del Lenguaje
Dr. Pereyo Jorge
Ed. El Ateneo
Argentina 1971.
- 13.- Imágenes de Patología Bucofaríngea
(Patología de la Lengua y del Suelo de la Boca)
Parke - Davis
Tomo II GE-BU-5-81
Dirección y Supervisión Harofarma
- 14.- Trastornos del Lenguaje
Tribuna Médica
Dr. Anne Sachse
Nov. 11 1980
xi 469 Tomo XXXIX- No. 10

15.- Enfermedades de la Boca
Dr. S. V. Mead
Editorial Pubul