

180
20j.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Revisó
Selma Sandoval Guzmán*

MALFORMACIONES CONGENITAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

MA. GUADALUPE GONZALEZ GARCIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MALFORMACIONES CONGENITAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD
BUCAL.

INTRODUCCION.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL.

EMBRIOLOGIA (definición).....	1
CARACTERISTICAS GENERALES DEL DESARROLLO	1
PERIODOS DURANTE LOS QUE TRANSCURRE LA VIDA HUMANA.....	3
DESARROLLO DE LA CAVIDAD ORAL Y CARA.....	4

CAPITULO II

MEMBRANA MUCOSA DE LA CAVIDAD ORAL.

GENERALIDADES.....	10
SUBDIVISIONES DE LA MUCOSA ORAL.....	12
A) Mucosa masticatoria.....	13
B) Mucosa de revestimiento.....	18
C) Mucosa especializada.....	22

CAPITULO III

GLANDULAS DE LA CAVIDAD ORAL.

GENERALIDADES.....	26
GLANDULAS SALIVALES MAYORES.....	28
Parótida.	
Sublingual mayor o de Bartholini.	
GLANDULAS SALIVALES MENORES.....	31
Bucales menores.	
Glosopalatinas.	
Palatinas,	
Glándulas de la lengua.	
Sublinguales menores.	

CAPITULO IV

MALFORMACIONES CONGENITAS DE TEJIDOS BLANDOS.	
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LABIO Y PALADAR....	34
Fosetas congénitas.	
Labio doble.	
Queilitis glandular.	
Queilitis granulomatosa.	
Síndrome de poliposis intestinal hereditaria.	
Labio y paladar hendidos.	
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA MUCOSA BUCAL.....	43
Gránulos de Fordyce.	
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA LENGUA.....	44
Aglosia.	

Microglosia.	
Macroglosia.	
Lengua fisurada.	
Glositis romboides media.	
Lengua supernumeraria.	
Lengua hendida.	
Anquiloglosia parcial.	
Movimientos anormales de la lengua.	
Lengua geográfica.	
Tiroides lingual.	
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA LENGUA.....	50
Fibromatosis gingival.	
Papila retrocuspeada.	
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LAS	
GLANDULAS SALIVALES.....	52
Atresia.	
Aberrancia.	
Depresion del desarrollo de la glándula mandibular lingual.	
Depresión lingual anterior.	
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	56

INTRODUCCION.

El presente trabajo lo he realizado, por que aunque no las vemos con mucha frecuencia las malformaciones congénitas, es de vital importancia para el odontólogo saber, de una manera general las características más comunes de cada anomalía.

Es por esto que he realizado el presente trabajo - en el cual expongo de manera muy general las malformaciones más frecuentes que se presentan en los tejidos blandos de la cavidad bucal.

He tratado de partir de lo normal a lo anormal para poder comprender en que estadio del desarrollo se dan estas malformaciones, las cuales muchas veces tienen relación con lesiones premalignas o malignas y que pueden -- ser descubiertas antes de que sean perjudiciales para el paciente.

CAPITULO I
EMBRIOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL.

EMBRIOLOGIA.- rama de la anatomía general que estudia de manera cronológica las transformaciones que sufre un organismo desde el momento que el huevo es fecundado --- hasta la obtención de un nuevo ser.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL DESARROLLO.

El desarrollo de un ser va a estar vinculado a la embriología intimamente: aunque en esta parte vamos a ver la descripción de los cambios progresivos de un organismo.

Lo vamos a dividir en:

- A) Proliferación celular.
- B) Crecimiento.
- C) Diferenciación.
- D) Integración.

A) Proliferación celular.- la forma habitual de -- esta proliferación va a ser la mitosis por medio de la cual el nucleolo, nucleo y citoplasma se separan en dos mitades - inexactas, la mitosis se divide en cuatro estadios: profase, metafase, anafase y telofase.

B) Crecimiento.- esta es el aumento de un ser vivo en desarrollo de volumen, tamaño y peso; estos van a estar dados por procesos internos como son, absorción y secreción

de electrolitos, metabolismo de sales minerales y el depósito de sustancias intracelulares.

C) Diferenciación.- esta va a ser dada conforme el organismo va desarrollándose, hay un aumento en las funciones de este ser vivo y podemos ver que existen dos partes en esta etapa:

Morfogénesis. Histogénesis.

Morfogénesis.- es el cambio de forma y organización del individuo y sus partes. Los mecanismos morfogenéticos más importantes son:

- a) Migración celular.- da origen a la formación de células no especializadas.
- b) Agregación celular.- que va a formar masas, cordones y laminas celulares.
- c) Crecimiento localizado.- se engrosan diferentes partes del organismo.
- d) Fusión y separación.- es la delaminación de capas únicas en separadas y la cavitación de masas celulares.
- e) Repliegues.- que pueden ser evaginaciones e invaginaciones.

Histogénesis.- es el proceso de especialización de células en tejidos. Al principio las células de la capa germinativa son iguales pero conforme el feto se va desarrollando, estas células se van especializando. A las células no

diferenciadas se les da el sufijo:blasto.

D) Integración.- es la unión entre la coordinación anatómica y funcional de tejidos,organos,aparatos y sistemas de un individuo.

PERIODOS DURANTE LOS QUE TRANSCURRE LA VIDA HUMANA.

V i d e a P r e n a t a l	}	Huevo o cigoto: desde la fertilización hasta el final de la primera semana.
		Embrión : desde la segunda a la octava semana de vida intrauterina.
		Feto : del tercero al décimo mes in utero.

Nacimiento.

V i d e a P o s n a t a l	}	Recien nacido : período neonatal que comprende desde el nacimiento hasta el final del primer mes de vida.
		Infancia : desde el final del primer mes al final del primer año de vida.
		Niñez : Edad pre-escolar: de los 2 a los 6 años de edad. Edad escolar : niñas: 6 a 10 años niños: 6 a 12 años
		Período prepuberal: Niñas: 10 a 12 años niños: 12 a 14 años

V i d a P o n a t a l	Niñez	:	Pubertad	:	niñas: 12 a 14 años. niños: 14 a 16 años.
			Adolescencia ó Juventud	:	los seis años que siguen a la pubertad.
			Edad adulta:	:	21 a 60 años.
			Senectud	:	más de 60 años.

DESARROLLO DE LA CAVIDAD ORAL Y CARA.

Desarrollo normal de la cara.

Un mes aproximadamente después de la fecundación el centro de crecimiento que rige el desarrollo de la cara, muestra un aumento en su actividad, el rápido crecimiento del mesenquima en áreas específicas produce abultamiento, procesos y engrosamientos en la cavidad craneal. En la etapa inicial, el centro de las estructuras faciales en desarrollo, es una cavidad llamada estomodeo ó boca primitiva limitada caudalmente por el arco mandibular, lateralmente, por los procesos maxilares y hacia la cavidad cefálica, por el proceso frontonasal. El estomodeo profundiza para encontrar el fondo de saco del intestino anterior; estas dos estructuras están

separadas por la membrana bucofaringea.

Hay una bolsa ectodérmica adicional derivada del estomodeo, la bolsa de Rathke que después formara el lóbulo anterior de la hipófisis. La membrana bucofaringea se rompe entre la tercera y cuarta semana para comunicar lo que es la cavidad bucal primaria, con el intestino anterior. Por arriba de la cavidad oral primitiva se encuentra una prominencia que se conoce como proceso o prolongación frontonasal y por abajo se localizan los cinco arcos branquiales.

Al primer arco branquial se le divide en dos procesos; el maxilar y mandibular, al segundo arco se le llamara hioideo y al tercer arco tirohioideo. La mayor parte de las estructuras de la cara derivan del proceso frontonasal y del primer arco branquial. Los arcos branquiales hioideo y tirohioideo se unen al primero para formar la lengua.

Cuando queda establecido el estomodeo el proceso nasal se dirige hacia arriba y el primer arco branquial hacia abajo.

La porción superior del primer arco branquial esta constituida por dos pequeñas yemas laterales; una derecha y otra izquierda que reciben los nombres de procesos maxilares superiores, estos procesos daran origen a las porciones laterales del labio superior, porción superior de las mejillas paladar duro (excepto la premaxila), paladar blando y maxilar superior. La porción inferior del primer arco branquial

esta constituida por los procesos maxilares inferiores de donde derivan: la mandíbula, porción inferior de las paredes laterales de la cara, mentón y porción anterior de la lengua.

Una vez formados los procesos maxilares superiores e inferiores el crecimiento de la porción inferior de la cara se retarda y el proceso fronto-nasal principia a desarrollarse rapidamente, este proceso da origen a la frente y prosencéfalo.

Por debajo de la frente aparecen dos invaginaciones que se conocen como agujeros olfatorios, que se transforman en las aberturas anteriores de las fosas nasales, -- por arriba y por dentro de los agujeros olfatorios, se forma un abultamiento llamado proceso nasal medio que dara origen a la porción media y punta de la nariz. Este proceso nasal medio origina un crecimiento interior secundario que formara el tabique nasal que hace la separación de las fosas nasales derecha e izquierda. Lateralmente al proceso nasal medio y por arriba de los agujeros nasales se forman dos prominencias llamadas procesos nasales laterales que formaran las paredes laterales de la nariz.

El proceso nasal medio al principio es mayor que los procesos nasales laterales pero despues retrasa su crecimiento, sus angulos inferolaterales redondeados y prominentes seran los procesos globulares que estan unidos originalmente con los procesos de ambos maxilares, no se produce fusión en este sitio.

Los procesos globulares crecen hacia abajo de -- los agujeros olfatorios y se colocan entre los procesos maxilares superiores. Estos procesos dan origen a la porción central del labio superior, esta fusión se da en el segundo mes de vida intrauterina.

Formación del paladar.

Principia su desarrollo durante la quinta y sexta semana de vida intrauterina, va a haber una elevación de las fositas olfatorias a lo largo de la mitad inferior, los bordes de las fositas olfatorias se forman a partir del proceso nasal medio, en su parte central y de los procesos nasales laterales y maxilares en la parte lateral. Los procesos maxilares dan lugar a partir de su superficie interna a unas prolongaciones que se llaman procesos laterales palatinos los cuales al formarse se dirigen hacia adentro y hacia abajo: toman esta dirección por la presencia de un órgano -- bastante voluminoso que es la lengua, esta se coloca entre los dos procesos laterales palatinos de tal manera que existe una comunicación de la cavidad bucal primitiva con las fosas nasales primitivas. En la parte media se encuentra el septum nasal. La disposición es tal que parece que la lengua se pone en contacto con el borde inferior del tabique nasal.

Los procesos globulares dan lugar a la formación de unas pequeñas salientes a partir de su superficie poste-

rior, estas salientes son los procesos palatinos medios.

En el tercer mes de vida intrauterina se desarrolla la mandíbula, la lengua toma una posición más inferior de tal manera que los procesos palatinos laterales que estaban en posición vertical se dirigen hacia arriba y toman una posición horizontal.

La porción anterior de los procesos palatinos se une con el tabique nasal, en esta región anterior se desarrolla el paladar duro y en la posterior donde se desarrolla el paladar blando y la úvula no hay unión con el tabique nasal. Los procesos palatinos medios al fusionarse con los procesos palatinos laterales dan lugar a la premaxila que es la parte más anterior del paladar duro, la premaxila sirve de implantación a los dientes incisivos superiores. La línea de sutura tiene la forma de una "Y" abierta hacia adelante.

Desarrollo de la lengua.

El desarrollo de la lengua se lleva a cabo durante el segundo mes de vida intrauterina al nivel del piso de la cavidad bucal y faríngea por unión del primero, segundo y tercer arco branquiales. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial, existen dos prominencias linguales -

laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar. La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales, la cópula (yugo); el tubérculo impar, que al principio es prominente reduce su tamaño relativo y después casi desaparece.

En la línea media sobre la base del primer arco y entre las estructuras derivadas del primer y segundo arco branquial se desarrolla la glándula tiroidea por crecimiento y diferenciación hacia abajo. En esta región se desarrolla un conducto transitorio que es el conducto tirogloso -- creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo -- hasta llegar al sitio futuro de la glándula. En las etapas tardías del desarrollo la lengua crece muy rápidamente y en la parte anterior se diferencian varios tipos de papilas y en la parte posterior aparece tejido linfático.

CAPITULO II.

MEMBRANA MUCOSA DE LA CAVIDAD ORAL.

La cavidad oral porción inicial modificada del tubo digestivo tiene varias funciones:

- a) Es la puerta de entrada y sitio de masticación de los alimentos.
- b) Inicia la digestión de los alimentos con el corte, trituración y mezcla de los mismos con el líquido denominado saliva (formación del bolo alimenticio) que además de hidratar los alimentos sólidos y secos para facilitar su deglución inicia en parte la digestión química-enzimática de los carbohidratos.

La cavidad completa esta revestida por una membrana húmeda o mucosa, que a su vez forman la cubierta de los componentes que se encuentran en ella, a excepción de los dientes.

La mucosa tiene histologicamente dos porciones: el epitelio o lámina de revestimiento y la lámina propia. El grosor y características de las dos porciones de la mucosa varían en las diferentes regiones, por lo que el aspecto superficial de los distintos componentes de la boca cambia.

El epitelio mucoso.- corresponde a la variedad estratificado escamoso el cual esta formado por cuatro capas

que son: estrato basal, estrato espinoso, estrato granuloso, - estrato queratinizado.

La lámina propia.- esta formada por una capa de tejido conjuntivo denso de grosor variable, existen las papilas de la lámina propia que varían en longitud y aumentan la zona de contacto entre esta y el epitelio mucoso.

La submucosa.- es tejido conjuntivo de espesor y -- densidad variable que tiene la función de unir a la membrana mucosa con las estructuras subyacentes.

La cavidad oral se divide para su estudio en dos -- porciones:

El vestibulo de la boca.- es la porción de la cavidad oral limitada hacia afuera por la mucosa de los labios y mejillas y hacia adentro por las superficies externas de los dientes y encías.

Cavidad oral propiamente dicha.- se encuentra hacia adentro de los arcos dentarios y huesos de los maxilares esta limitado posteriormente por el istmo de las fauces.

Existe una zona de transición entre la piel y la mucosa oral que cubre la superficie externa del labio y la mucosa verdadera, que cubre la superficie interna, es la zona roja o el borde bermellón del labio, el hombre es el único dotado de ella.

La piel del labio esta cubierta por epitelio cornificado de espesor moderado cuyas papilas del tejido conjuntivo

vo son escasas y cortas. La región transicional se caracteriza por numerosas papilas largas dispuestas densamente en la lámina propia que llegan profundamente al epitelio y portan asas capilares grandes cerca de la superficie. De este modo se ve la sangre a través de las porciones delgadas del epitelio translúcido que cubre a las papilas y de ahí el color rojo de los labios.

A causa que esta zona transicional contiene solo glándulas sebáceas aisladas ocasionales, esta sujeta particularmente a la desecación si no se humedece con la lengua.

SUBDIVISIONES DE LA MUCOSA ORAL.

Podemos dividir la mucosa oral en tres grandes grupos los cuales a su vez tienen subdivisiones:

A) Mucosa masticatoria.

- 1) Encía
- 2) Paladar duro.

B) Mucosa de revestimiento.

- 1) Labios y mejillas.
- 2) Surco vestibular y mucosa alveolar.
- 3) Superficie inferior de la lengua y del piso de la cavidad oral.
- 4) Paladar blando.

C) Mucosa Especializada.

1) Mucosa lingual dorsal.

A) Mucosa Masticatoria.

1) Encía.

La encía se define como la porción de mucosa oral que recubre a los procesos alveolares y rodea las regiones cervicales de los dientes.

Carácteres generales de la encía.- la encía rodea al cuello del diente y se extiende en sentido apical por su cara facial hasta una línea claramente definida que la separa de la mucosa alveolar, dicha línea que es bastante marcada se observa con claridad al practicar el examen oral a los pacientes y se conoce como límite muco-gingival. Normalmente en el adulto es de color rosa coral firme y fuertemente adherida al proceso alveolar con un ligero puntilleo.

Las variaciones en el color de la encía, están en relación con la pigmentación cutánea en general. En el niño la encía es de color rosa pálido firme.

La encía recibe su irrigación de las ramas de las arterias alveolares que atraviesan los tabiques interdentarios. Estas ramas se anastomosan con ramas de la arteria lingual, del buccinador, la mentoniana y la palatina.

La inervación de la encía es considerable ya que encontramos cuerpos de Meissner, de Kause o terminaciones -- bulbosas y asas o fibras finas que penetran al epitelio como fibras ultraterminales.

La encía puede dividirse en:

Encía marginal libre.

Encía insertada.

Encía interdientaria.

Encía marginal o libre.

Es la parte de la mucosa que forma una valla circundante al cuello de los dientes dando lugar en la parte interna al llamado surco gingival. Es blanda y puede ser separada mecánicamente. Mide aproximadamente 1 mm de ancho y da una profundidad al surco de 1,8 mm en promedio.

Esta formada por epitelio estratificado plano o escamoso y tiene diferentes grados de queratinización.

La lámina propia está constituida de tejido conectivo fibroso muy especial, en donde las fibras colágenas están dispuestas en cuatro grupos de haces:

1) Ligamento gingival.- se extiende desde el cemento cervical hasta el espesor de la lámina propia de la encía es el grupo más numeroso.

2) Grupo alveolo-gingival.- provienen de la cresta

alveolar y lingual hasta la lámina propia.

3) Grupo circular.- es un pequeño grupo de fibras que rodean al diente y se entrelazan con las anteriores.

4) Fibras dentoperiosticas.- pueden seguirse a partir del cemento hasta el periostio de la cresta alveolar y de las superficies vestibular y bucal del hueso alveolar.

Estos haces de fibras tienen la función de dar soporte para evitar la separación de la encía por las fuerzas masticatorias, además de permitir la fijación de la encía -- insertada.

Es importante hacer notar que el tejido conectivo subyacente al epitelio del surco, contiene en forma normal, - numerosos linfocitos, células plasmáticas y células cebadas que intervienen de manera importante en los fenómenos inflamatorios e inmunológicos, que tienen lugar principalmente en esa zona. En el surco gingival se forma el llamado líquido crevicular.

Encía insertada.

Es la más firme y resistente a las presiones sin sufrir deformaciones, debido a la estrecha unión con el cemento y hueso alveolar subyacentes. Se le puede separar anatómicamente de la mucosa que cubre al resto del hueso y que se continúa con la mucosa labial, por la llamada línea mucosa.

gingival. Hacia la superficie interna lingual termina en la unión a la mucosa del piso (surco sublingual) y hacia la -- superficie palatina se continua imperceptiblemente con la -- mucosa del paladar. Las células epiteliales de la encía insertada se encuentran unidas más estrechamente y por mayor cantidad de desmosomas que en las otras porciones de la encía. El epitelio es estratificado escamoso muy queratinizado.

La lámina propia es tejido conectivo más denso que el de la encía marginal y esta menos vascularizado.

Encía interdientaria.

Se encuentra situado entre las superficies interproximales dentarias y tiene tres porciones, dos de ellas -- son elevaciones hacia la superficie vestibular y lingual o palatina y se denominan papilas interdientarias y la tercera es la zona de depresión entre ambas papilas y se le llama -- ocl o collado.

2) Paladar duro.

La mucosa del paladar duro esta fijada firmemente al periostio subyacente y por lo tanto es inmovil.

Su color es rosado como el de la encía, el epitelio es uniforme en todo el paladar duro con una capa cornificada un poco gruesa y numerosas papilas largas.

La lámina propia que es tejido conjuntivo denso - es más gruesa en las partes anteriores que en las poste--- riores, podemos distinguir en el paladar duro las siguientes regiones:

Región gingival.- vecina a los dientes.

Rafé palatino.- se extiende a partir de la papila incisiva hacia atrás.

Area anterolateral.- o zona adiposa entre el rafé y la encía.

Zona posterolateral.- o glandular entre el rafé y la encía.

La región gingival muestra la misma estructura -- que las otras regiones de la encía. En esta zona no puede diferenciarse una capa submucosa de la lámina propia o periós--- tio.

De modo semejante las capas de la lámina propia -- la submucosa y el perióstico no pueden distinguirse en el -- rafé palatino.

En las áreas laterales del paladar duro tanto en la zona adiposa como glandular; la lámina propia esta fijada al perióstico por medio de bandas de tejido conjuntivo fi--- broso denso dispuestas en ángulos rectos en relación a la -- superficie que divide a la submucosa en espacios de forma -- irregular. La distancia entre la lámina propia y el periós--- tio es menor en la parte anterior que en la posterior. En la

zona anterior los espacios contienen grasa mientras que en la posterior contienen glándulas mucosas.

La papila palatina.- es piriforme u ovoide y esta' constituida por tejido conjuntivo denso. Contiene los vestigios orales de los conductos nasopalatinos, se trata de -- conductillos ciegos de diversas longitudes, limitados por un epitelio columnar simple, entre cuyas células se encuentran abundantes glándulas de Goblet; pequeñas glándulas mucosas - se abren hacia el lumen de los conductos. Los conductillos - nasopalatinos junto con el órgano de Jacobson se consideran como órganos sensoriales olfatorios accesorios.

Rugosidades palatinas.- se extienden lateralmente a partir de la papila incisal y porción anterior del rafe - palatino son irregulares y con frecuencia asimétricos.

B) Mucosa de revestimiento.

1) Labios y Mejillas.

Tiene un epitelio escamoso estratificado no cornificado, la lámina propia de la mucosa labial y bucal es tejido conjuntivo denso que envía papilas cortas e irregulares al epitelio.

La capa submucosa conecta la lámina propia a la - fascia delgada de los músculos y está formada por bandas de

fibras colágenas agrupadas densamente, entre ellas existe -- tejido conjuntivo laxo que contiene grasa y pequeñas glán-- dulas mixtas.

Los haces fibrosos de tejido conjuntivo laxo de - la submucosa, limitan la movilidad de la membrana mucosa contra músculos, previniendo así la formación de repliegues. Durante la contracción muscular aparecen pequeñas rugosidades en la membrana mucosa de los labios y mejillas lo cual evita que se introduzca dicha membrana entre las superficies - masticatorias de los dientes durante la masticación.

Las glándulas mixtas labiales se localizan entre la submucosa, mientras que en las mejillas, las glándulas de mayor tamaño, habitualmente se encuentran entre los haces -- muculares del Buccinador y a veces sobre la superficie ex-- terna de los músculos. Ocasionalmente es posible identificar glándulas sebáceas aisladas (puntos de Fordyce), en la zona horizontal del carrillo, lateralmente a la comisura labial.

2) Surco vestibular y Mucosa alveolar.

El surco vestibular corresponde a la zona donde - la mucosa de los labios y mejillas se refleja para trans--- formarse en la mucosa que recubre a los maxilares. La mem--- brana mucosa esta firmemente adherida al músculo Buccinador en las mejillas y al orbicular en los labios.

En el surco la mucosa esta conectada laxamente a las estructuras subyacentes, lo que permite los movimientos necesarios de los labios y las mejillas. La mucosa que cubre la superficie externa de la apofisis alveolar está unida -- laxamente al periostio en la zona cercana al surco, se continua hacia la encía pero está nitidamente limitada de la -- que se encuentra firmemente unida al periostio de la cresta alveolar y a los dientes.

Los frenillos labial y lateral son pliegues de la mucosa que contienen tejido conjuntivo laxo no se encuentran fibras musculares en ellas.

La mucosa alveolar.- se encuentra separada por -- una línea ondulada a la que se designa como unión mucogingival. La mucosa alveolar es rojiza, delgada unida laxamente -- al periostio por una capa submucosa bien desarrollada; a veces presenta glándulas mixtas, el epitelio es delgado no --- queratinizado, las papilas de la lámina propia son cortas y en ocasiones faltan por completo.

La encía es de color rosa coral, punteada queratinizada, gruesa y firme y carece de submucosa; esta unida y es inmóvil sobre el hueso y los dientes no tienen glándulas.

3) Superficie inferior de la lengua y del piso de la cavidad oral.

La membrana mucosa de la cavidad oral es delgada y laxamente unida a las estructuras adyacentes lo cual favorece la movilización libre de la lengua. El epitelio no se encuentra cornificado y las papilas de la lámina propia son cortas, la submucosa contiene tejido adiposo. Las glándulas sublinguales descansan cerca de la mucosa a nivel del frenillo sublingual. La mucosa sublingual se continua con la encía lingual. A la altura del límite interno del surco sublingual y que tiene forma de herradura, la mucosa sublingual se refleja para continuarse en la superficie inferior de la lengua con la mucosa lingual ventral.

La membrana mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa y relativamente delgada y su epitelio no es cornificado, las papilas del tejido conjuntivo son numerosas pero cortas. Aquí la submucosa no puede identificarse como una capa separada y une íntimamente la mucosa al tejido conjuntivo que rodea los haces de los músculos de la lengua.

4) Paladar blando.

La membrana mucosa de la superficie oral del pala-

dar blando se encuentra altamente vascularizada de allí su coloración rojiza en contraste con el color rosa pálido de la mucosa del paladar duro. Las papilas de la lámina propia son escasas y cortas; el epitelio estratificado escamoso no está queratinizado.

La lámina propia muestra una capa distintiva de fibras elásticas que la separa de la submucosa; esta es más o menos laxa, continua alrededor del borde libre del velo del paladar y es reemplazada a una distancia variable, por las mucosas nasal y faríngea.

C) Mucosa especializada.

1) Mucosa lingual dorsal.

La superficie superior de la lengua es dépera e irregular. Una línea en "V" la divide en una parte anterior o cuerpo y una parte posterior o base.

La primera comprende aproximadamente las dos terceras partes de la longitud del órgano y la última forma el tercio posterior. El cuerpo y la base de la lengua difieren ampliamente en la estructura de la mucosa. La parte anterior de la mucosa lingual dorsal se puede denominar porción papilar y la posterior linfática.

Sobre la anterior se encuentran numerosas papilas

cónicas, de punta fina, que le dan un aspecto de terciopelo, las papilas filiformes en forma de hilo, constan de un centro de tejido conjuntivo dotado de papilas secundarias, el epitelio que las cubre es cornificado y forma en las puntas de las papilas, borlas como pelos sobre las papilas secundarias del tejido conjuntivo. Entre las papilas filiformes están intercaladas las papilas fungiformes que son prominencias redondas y rojizas, con forma de hongo.

Su color se debe a la rica red capilar, visible a través del epitelio relativamente delgado, existen escasos corpúsculos gustativos.

Frente al surco terminal divisorio en forma de "V" entre el cuerpo y la base de la lengua, se encuentran las papilas circunvaladas, rodeadas por una pared en número de 8 a 10.

No hacen saliente sobre la superficie de la lengua sino están limitadas por un surco circular profundo, que parece excluirlas de la sustancia de la lengua, son ligeramente más estrechas en su base, su superficie libre muestra numerosas papilas secundarias cubiertas por epitelio delgado y liso. Sobre la superficie lateral de las papilas circunvaladas, el epitelio contiene numerosos corpúsculos gustativos. En el foso se abren los conductos de pequeñas glándulas serosas, las glándulas de von Ebner, que sirven para lavar los elementos solubles de comida que estimulan a los corpúsculos

gustativos. En el ángulo del surco terminal de la "V" lingual esta situado el agujero ciego residuo del conducto tirogloso.

Hacia atrás del surco terminal, la superficie de la lengua está irregularmente sembrada de elevaciones redondas u ovales: los folículos linguales, cada uno de ellos muestra uno o más nódulos linfáticos, conteniendo a veces un centro germinativo. La mayor parte de estas prominencias poseen una pequeña fosa en el centro, la cripta lingual, limitada por epitelio escamoso, numerosos linfocitos emigran hacia las criptas a través del epitelio. Los conductos de las glándulas mucosas linguales posteriores pequeñas se abren hacia las criptas y forman la amígdala lingual junto con los folículos linguales.

Corpúsculos gustativos.- son órganos intraepiteliales pequeños ovoides o en forma de barril. Tocan, con su base más amplia la membrana basal, mientras que su punta más estrecha, casi llega a la superficie epitelial. Las células internas y más cortas son fusiformes y entre ellas están colocadas de diez a doce células neuroepiteliales receptoras de los estímulos gustativos. Los corpúsculos gustativos son numerosos en la pared interna del fosos que rodea las papilas circunvaladas, en los pliegues de las papilas foliáceas sobre la superficie posterior de la epiglotis y en algunas papilas fungiformes de la punta y de los bordes laterales

de la lengua.

Las sensaciones gustativas primarias como dulce - salado, amargo y ácido no se perciben en todas las regiones de la lengua. Lo dulce es gustado en la punta y lo salado en el borde lateral del cuerpo de la lengua, lo amargo y lo ácido se reconocen en la parte posterior de la lengua, lo amargo en la parte media y lo ácido en las áreas laterales.

CAPITULO III

GLANDULAS DE LA CAVIDAD ORAL.

Generalidades.- durante la vida fetal cada glándula salival se forma en una localización específica en la cavidad bucal, por medio del crecimiento de una yema de epitelio bucal hacia el tejido conjuntivo subyacente. Los esbozos de las glándulas parótida y submaxilar aparecen durante la sexta semana de vida intrauterina, mientras que el de la glándula sublingual se ve durante la séptima semana de vida intrauterina. Los esbozos de las glándulas salivales menores aparecen después.

La yema epitelial crece formando un sistema extensamente ramificado de cordones celulares que al principio son sólidos, pero las porciones más antiguas paulatinamente desarrollan una luz y se transforman en conductos.

Las porciones secretoras se desarrollan después del sistema de conductos y provienen de las terminaciones de los conductos más finos.

Las glándulas salivales son exocrinas tubulo-alveolares ramificadas y sus conductos se abren hacia la cavidad bucal.

Se conoce con el nombre de saliva a los productos secretorios y excretorios acumulados y eliminados por las glándulas salivales hacia la cavidad oral. El hombre se-

grega diariamente aproximadamente 1.5 litros de saliva, esta cantidad esta sujeta a grandes variaciones que dependen de la edad, ejercicio y dieta del individuo.

La saliva es un fluido opalescente y espumoso contiene proteínas, sales minerales, ptialina y mucina, partículas alimenticias, células epiteliales descamadas y linfocitos, su viscosidad depende del tipo predominante de saliva secretada.

La saliva serosa le da sus características acuosas al fluido; la mucina le proporciona a la saliva su aspecto grueso y viscoso. En las glándulas salivales se distinguen tres tipos de células secretoras que son:

Células serosas.- se encuentran formando parte principalmente de la parótida, son de forma piramidal y se reúnen para formar alveolos globulares cuya luz es muy angosta, en estas células se forma la ptialina y drenan a través de los canaliculos.

Células mucosas.- secretan mucina y glicoproteína que al disolverse con el agua se transforma en una sustancia llamada moco que da a la saliva su viscosidad, son comunes a casi todas las glándulas salivales.

Células seromucosas.- estas células se observan aisladas o combinadas en los alveolos, en un alveolo mixto las células serosas ocupan la periferia y las células mucosas forman el lumen del alveolo mixto, las células serosas no alcanzan la luz glandular, descargan su secreción directamente hacia los finos capilares secretorios que se hallan entre

las células mucosas.

Tenemos un tipo especial de células que son las -- células mioepiteliales que tienen la función de ser elementos contráctiles que facilitan el movimiento de las secreciones hacia y a través de los conductos glandulares.

GLANDULAS SALIVALES MAYORES.

Glándula parótida.

Es la más grande de las glándulas salivales, su porción superficial se localiza frente al oído externo, mientras que su parte profunda llena la fosa retromolar. La glándula se encuentra cubierta por una cápsula de tejido conjuntivo denso grueso y adherente, que emite trabéculas hacia el interior dividiendo en lóbulos y lobulillos.

El conducto excretorio principal (de Stenon) se abre hacia la cavidad bucal sobre la mucosa de la mejilla -- frente al segundo molar superior, la abertura está señalada por una papila pequeña. La glándula parótida es tubuloacinoso ramificada, en el adulto es del tipo seroso puro, aunque se pueden encontrar acinos mucosos ocasionales, pero en el recién nacido se encuentran con mayor frecuencia. Los conductos son largos y ramificados y los estriados son notables.

En la parótida los tabiques de tejido conjuntivo --

contienen frecuentemente células adiposas que aumentan con la edad.

Esta glándula elabora una saliva acuosa que favorece la humidificación y limpieza constante de la cavidad bucal. Contiene además proteínas y sales minerales, una enzima que actúa químicamente hidrolizando hidratos de carbono de molécula compleja en otras más simples.

Glándula submaxilar.

Es de forma ovoide del tamaño de una nuez y la mayor parte de la glándula está situada en la fosa submaxilar por detrás y debajo del borde libre del músculo milohioideo.

Una extensión de la glándula, como lengüeta, se encuentra habitualmente por arriba del músculo milohioideo, cerca de las glándulas sublinguales. La glándula está rodeada de una cápsula delgada de tejido conjuntivo laxo. El conducto excretor principal (conducto de Wharton), se abre mediante un orificio estrecho sobre la punta de una papila pequeña, la curdícula sublingual, situada al lado del frenillo lingual -- del piso de la boca.

La glándula submaxilar es tubuloacinoso compuesta de tipo mixta, con predominio de elementos serosos. Existen muchas porciones terminales serosas y solamente unas cuantas -- mucosas.

Las últimas están cubiertas por semilunas de células serosas. Los conductos intercalares son más cortos pero --

de estructura similar a los de la parótida. Los conductos estriados son también semejantes estructuralmente a los de la parótida pero algo más largos.

Glándula sublingual mayor.

Está localizada en el piso de la boca en el pliegue sublingual. Es de poco grosor aplanada y elongada. El conducto secretorio principal es el conducto de Bartholin, se abre hacia la cavidad bucal con o cerca del conducto de la submaxilar pero independientemente de él.

La glándula sublingual mayor es tubuloacinososa compuesta, de tipo mixto, aquí predominan los elementos mucosos.

Existen numerosas porciones terminales mucosas, los fondos de saco en algunas de ellas están cubiertos por semilunares de células serosas y la mayor parte de las porciones secretorias mucosas no las poseen. Los alveolos serosos puros son raros.

Los conductos estriados e intercalares son escasos los tabiques de tejido conjuntivo que separan a los lóbulos y lobulillos son muy pronunciados pero está prácticamente desprovista de una cápsula envolvente.

GLANDULAS SALIVALES MENORES.

Glandulas labiales.

Se localizan cerca de la superficie interna de la boca son de tipo mixta, tienen tamaño variable y están intimamente dispuestas en la submucosa, donde se pueden palpar -- fácilmente. No están encapsuladas, sus conductos intercalados son cortos.

Glándulas bucales menores.

Las glándulas bucales continuación de las labiales de la mejilla son semejantes a las de los labios. Las glándulas encontradas en la vecindad inmediata de la desembocadura del conducto de Stenon y que drenan hacia la región del tercer molar son designadas a menudo glándulas molares. Las glándulas bucales se encuentran frecuentemente sobre la superficie externa del músculo buccinador.

Glándulas glosopalatinas.

Son de tipo mucoso puro, se encuentran localizadas en la región del ítimo y son continuación, hacia atrás, de las glándulas sublinguales menores. Ascenden en la mucosa del -- pliegue glosopalatino, se encuentran circunscritas al pilar -

anterior de las fauces o pueden extenderse hasta el paladar blando para fusionarse con las glándulas palatinas propias.

También pueden verse en el lado lingual de la zona retromolar de la mandíbula.

Glándulas palatinas.

Ocupan el techo de la cavidad bucal y pueden dividirse topográficamente en las de paladar duro, blando y úvula.

Estos conglomerados glandulares independientes en número de 250 aproximadamente en paladar duro, 100 en paladar blando y 12 en la úvula. En la zona posterior del paladar duro se encuentran entre la mucosa y el periostio, sostenidos por un armazón denso de tejido conjuntivo, característico de esta región. Continuándose hacia atrás, los grupos laterales se disponen en hileras compactas y alcanzan tamaño considerable, se funden con las del paladar blando y las últimas forman una capa gruesa entre la mucosa y la musculatura palatina.

Las glándulas palatinas son de tipo mucoso puro y los conductos intercalares son cortos.

Glándulas de la lengua.

Se dividen en linguales anteriores y posteriores.

La glándula anterior lingual (de Blandin-Nuhn) se encuentra en el espesor de la musculatura de la cara inferior

de la lengua, junto a la línea media cerca de la punta, aproximadamente cinco conductos pequeños se abren en la superficie inferior de la lengua, cerca del frenillo lingual. La parte anterior de esta glándula es mucosa y la posterior consiste de túbulos ramificados limitados con células mucosas y cubiertos de células serosas.

Las glándulas linguales posteriores están situadas en la base de la lengua, en la vecindad de las papilas circunvaladas y son de la variedad mucosa pura. Las glándulas de las papilas circunvaladas (de von Ebner) son serosas puras - se abren sobre el foso de las papilas circunvaladas y su secreción sirve probablemente para lavar los pliegues de las papilas.

Glándulas sublinguales menores.

En número de 8 a 10 forman parte del llamado "mucoso glandular sublingual", junto con las glándulas sublingual mayor y la prolongación milohioidea de la submaxilar.

La mayoría de las sublinguales menores son del tipo mucoso y drenan sus secreciones hacia el piso de la cavidad bucal.

CAPITULO IV

MALFORMACIONES CONGENITAS DE TEJIDOS BLANDOS.

LABIO Y PALADAR.

Fosetas congénitas.

Son malformaciones que con frecuencia siguen un patrón hereditario con carácter dominante autosómico, se pueden presentar solos o ir acompañados de otras anomalías del desarrollo como diversas hendiduras bucales.

Se ha visto que existe mayor frecuencia en la raza negra la aparición de esta malformación pudiendo ser unilaterales o bilaterales, cuando aparece unilateral no tiene predilección por ningún lado en especial.

Las fosetas pueden ser el resultado de la ranura del labio en etapa temprana del desarrollo, con fijación del tejido en la base de la ranura o por falta de unión completa de los surcos laterales embrionarios del labio, lo cual persiste y forma las fosetas típicas, se presenta en la superficie bermellón de ambos labios pero con más frecuencia en el inferior, algunas veces puede existir exudado de su base.

En ocasiones los labios aparecen hinchados acentuándose la presencia de las fosetas.

El tratamiento más recomendado es la extirpación quirúrgica de las fosetas, debido a que no son dolorosas y rara vez manifiestan complicaciones.

Labio doble.

Es una anomalía caracterizada por un pliegue de -- exceso de tejido de la mucosa interior del labio. Puede ser -- congénito o adquirido por traumatismo. Esta masa superflua de tejido suele presentarse en el labio superior, aunque también en el inferior y en ambos labios raras veces. Cuando el labio superior se tensa el labio doble semeja un "arco de cupido", por lo general no se observa cuando los labios están en posición de descanso.

No existe información disponible acerca de que haya tendencia familiar o predominio por sexo o raza. La frecuencia de este tipo de anomalía se calcula al 1 X 500.

El tratamiento no es necesario excepto con propósitos estéticos o por funciones que afecten al habla y la masticación. El tejido excedente se quita con facilidad mediante cirugía.

Queilitis glandular.

Es una alteración poco común que se presenta con -- más frecuencia en adultos varones, su causa se desconoce. ---

aunque se han sugerido que pueden ser factores importantes la exposición crónica al sol, el viento y el polvo, también se ha sugerido la alteración emocional así como factores hereditarios.

Existe un agrandamiento de las glándulas salivales y pueden volverse nodulares, los orificios de los conductos secretorios están inflamados y dilatados, aparecen pequeñas maculas rojas sobre la mucosa. En el labio puede haber secreciones mucosas viscosas de estas aberturas con apariencia hipertrófica hacia atrás.

Se han descrito tres tipos básicos de queilitis glandular:

1) Tipo simple 2) Tipo supurativo superficial 3) Tipo supurativo profundo.

El primero es el más común y se caracteriza por múltiples lesiones sin dolor del tamaño de una cabeza de alfiler, con depresiones centrales y canales dilatados; se puede transformar en cualquiera de los otros dos tipos. El tipo Supurativo superficial (enfermedad de Baelz) se caracteriza por costras, induración, hinchazón no dolorosa y úlceras superficiales del labio. El tipo supurado profundo, es una infección intensa con abscesos y conductos fistulosos que terminan formando cicatrices.

No hay tratamiento definitivo, aunque algunos la consideran una lesión premaligna por estar relacionado con el

carcinoma epidermoide de labio. En la mayor parte de los casos la enfermedad desaparece y da resultados estéticos aceptables.

Queilitis granulomatosa. (Síndrome de Miescher)

Su etiología es desconocida aunque es muy similar en aspecto clínico a la queilitis glandular por lo que es muy común confundirlas.

En la queilitis granulomatosa hay hinchazón difusa de los labios, en especial del labio inferior la hinchazón es leve y no hay fosetas bajo presión, la piel y la mucosa adyacentes pueden estar eritematosas, por lo regular no hay dolor.

Se presenta tanto en niños como en adultos y una vez que se presenta puede persistir por muchos años. Puede tener relación esta anomalía con la parálisis facial y la lengua escrotal aunque no hay evidencia de esto.

Existen muchos tratamientos pero ninguno es del todo satisfactorio.

Síndrome de poliposis intestinal hereditaria. (Síndrome de Peutz-Jeghers)

Existen manchas en cara, cavidad bucal y algunas veces sobre manos y pies. Por lo regular la pigmentación melaninica de los labios y de la mucosa bucal está presente des-

de el nacimiento y aparecen como pequeñas máculas de color pardo que miden de 1 a 5 mm de diámetro. Intrabucalmente, la más afectada es la mucosa después la encía y el paladar duro.

En la cara encontramos estas manchas alrededor de los ojos, de las ventanas de la nariz y de los labios. Casi siempre está afectada la superficie mucosa de los labios en particular el labio inferior, la pigmentación facial tiende a desaparecer aunque la de la mucosa persiste.

Los polipos intestinales se manifiestan clínicamente en el intestino delgado, por lo que muchos pacientes reportan frecuentemente dolores abdominales y signos de obstrucción menor.

La poliposis intestinal generalizada con pigmentación bucal se hereda como característica mendeliana dominante simple, no está ligada al sexo ya que afecta de manera similar tanto a hombres como mujeres.

Solo 50% de los pacientes tienen antecedentes familiares del síndrome, el resto son casos aislados que resultan de mutaciones esporádicas.

Labio y paladar hendido.

Las malformaciones más frecuentes de la cara son las hendiduras, se presentan en muchos planos de la cara como resultado de fallas o defectos en el desarrollo o maduración de los procesos embriológicos. Se pueden reconocer las anom-

lias como hendiduras faciales oblicuas o transversas, las cuales se pueden extender desde el labio superior o de la ventana nasal hasta el ojo y del ángulo de la boca al oído.

La hendidura facial más importante es el labio hendido mandibular o maxilar.

Labio hendido mandibular.- Parece originarla una falta de desarrollo de la cópula impar, que crece entre los procesos mandibulares pares primarios para formar el arco mandibular. La profundidad y extensión de la hendidura es variable, siendo algunas tan leves que solamente interesan el labio inferior y no penetran el hueso, en varios casos ha habido también anquiloglosia.

Es común ver un hundimiento completo de la mandíbula, lengua y estructuras del centro del cuello hasta el hueso hioides, pero algunas veces queda libre la lengua.

No parece existir una base genética en esta anomalía. Su frecuencia es de aproximadamente en el 1X600 casos de labio leporino.

Labio hendido maxilar.- Es la más común e importante de las hendiduras faciales. Se origina en una falta de unión de los procesos y una falla de penetración mesodérmica así como a la obliteración de las ranuras ectodérmicas separando estas masas mesodérmicas que de hecho constituyen los procesos faciales. La ausencia o deficiencia de dichas masas o su falla al penetrar las ranuras ectodérmicas origina rompimiento del ectodermo, formando la hendidura.

Como la penetración se presenta entre cualquiera - de las masas pares mesodérmicas laterales y la masa mesodérmica individual central, es obvio que la hendidura puede ser un defecto unilateral o bilateral, pero no de la línea media.

Paladar hendido.- representa una alteración en la fusión normal de las hojas palatinas: es una falla en la unión debido a la fuerza, a la interferencia de la lengua o a la -- disparidad en el tamaño de la parte afectada. El paladar blando y la úvula no se forman como resultado de la fusión de las partes, sino más bien como una extensión posterior del proceso palatino, por lo que una hendidura de estas estructuras es básicamente una extensión de la hendidura del paladar duro.

Fogh-Andersen establecen la etiología de esta malformación en dos entidades distintas y separadas:

- 1) labio hendido con o sin asociación de paladar hendido.
- 2) paladar hendido aislado.

La herencia es uno de los factores más importantes a considerar en la etiología de estas malformaciones.

La mayoría de los investigadores indican que el -- patrón hereditario en el labio hendido con o sin paladar hendido es diferente al del paladar hendido aislado. Se ha señalado que la posible transmisión sea a través de un solo gen mutante, que produce un gran defecto o por varios genes (herencia poligenica) produciendo cada uno un defecto pequeño - que juntos crean esta alteración.

Otros factores sugeridos como posibles causas de la aparición del paladar hendido incluyen:

- 1) Suplemento vascular defectuoso hacia el área afectada.
- 2) El tamaño de la lengua puede impedir la unión de las partes.
- 3) Substancias circulantes, como el alcohol y ciertas drogas.
- 4) Infecciones.
- 5) Falta de fuerza de desarrollo inherente.

El labio leporino con paladar hendido o sin el aparece aproximadamente en 1 X 1000 nacidos de raza caucásiana, la frecuencia es más elevada en las razas orientales aproximadamente 1.7 X 1000 nacimientos y más baja en la raza negra 1 X 2500 nacimientos.

Aspectos clínicos.- El labio leporino maxilar puede ser uni o bilateral. Este último ha dado lugar al término "labio leporino"; el cual ahora se aplica con frecuencia para designar a todos los labios leporinos. La hendidura completa se extiende en una distancia variable hacia la ventana de la nariz y a veces también afecta al paladar, la hendidura completa se localiza dentro de la ventana nasal y con más frecuencia afecta al paladar.

El labio y paladar hendidos se presentan con mayor frecuencia en los varones, siendo tres veces más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho. En contraste el paladar aislado es más común en los niños.

El paladar hendido puede presentar diversos grados

de gravedad dependiendo de la cantidad de tejido lesionado, - una hendidura puede afectar tanto al paladar duro como al -- blando o en algunos casos, solo puede estar afectado el paladar blando.

El paciente típico con paladar y reborde hendido - muestra un gran defecto en el techo del paladar con una abertura directa dentro de la cavidad nasal. El defecto de la línea media continua hasta la premaxila de donde se desvía -- hacia la izquierda o derecha. Con frecuencia hay alteración - en las estructuras dentales de esta región de manera que los dientes pueden faltar, estar deformes, desplazados o divididos.

Según Ingalls el paladar hendido aislado se asocia con otras anomalías del desarrollo casi en 50% de los casos entre estas enfermedades se encuentra la enfermedad cardíaca congénita, polidactilia y sindactilia, hidrocefalia, microcefalia, pie zumbo, oído supernumerario y deficiencia mental.

Tratamiento.- casi todos los casos de labio hendido pueden ser objeto de reparación quirúrgica con excelentes resultados estéticos y funcionales. Es costumbre operar al -- bebé antes de que cumpla un mes de edad o cuando ha recuperado su peso original. La cirugía puede corregir el paladar - hendido en la mayoría de los pacientes. La operación correctora por lo regular no se realiza hasta que el paciente tiene 18 meses de edad ya que los hábitos definitivos del habla no se han establecido y ya hay suficiente maduración para --

reducir al mínimo el peligro de interferir con centros de --
crecimiento importantes.

MUCOSA BUCAL.

Granulos de Fordyce.

Es una anomalía del desarrollo caracterizada por --
colecciones heterotópicas de glándulas sebáceas en diversos
sitios de la cavidad bucal.

Los gránulos de Fordyce se presentan como pequeñas
manchas amarillas que están discretamente separadas o forman-
do placas relativamente grandes, que con frecuencia se proyec-
tan ligeramente por arriba de la superficie del tejido.

Se encuentran con más frecuencia en un patrón si-
métrico bilateral sobre la mucosa de los carrillos opuesta
a los molares, pero también se presenta en las superficies --
internas de los labios, en la región retromolar lateral al --
pilar faucial anterior y en ocasiones en lengua, encía frenilo
y paladar.

Milles indica que la afección se presenta aproxima-
damente en 80% de la población sin que al parecer existan --
diferencias importantes en cuanto a sexo o raza.

Los gránulos de Fordyce son menos frecuentes en los
niños quizá porque las glándulas sebáceas y el sistema de --

pelo no alcanzan su desarrollo máximo sino hasta la pubertad. Estas glándulas son inocuas no tienen importancia clínica o funcional y no requieren tratamiento.

LENGUA.

Aglosia.

Aunque la lengua aparentemente falta por completo puede estar presente en algunos pacientes en forma de una -- pequeña protuberancia localizada posteriormente dentro de la boca y que consta de la parte que se ha desarrollado normalmente a partir de la cúpula. El lenguaje no está muy trastornado. Los rebordes musculares sublinguales y las glándulas salivales son hipertróficas.

Microglosia.

Es una variante de la aglosia donde la lengua tiene un tamaño más pequeño de lo normal, el paciente presenta -- dificultad para comer y hablar.

Macroglosia.

Se refiere a una lengua grande y es más común que la microglosia, puede ser de tipo congénito o secundario. La -- macroglosia congénita se debe a sobre desarrollo de la muscu-

latura que puede o no estar relacionada con hipertrofia o -
hemihipertrofia muscular.

La macroglosia secundaria es el resultado de algún tumor en la lengua. La macroglosia de cualquier tipo puede -- producir desplazamiento de los dientes y maloclusión, debido a la fuerza que tienen los músculos afectados y a la presión que ejerce la lengua sobre los dientes. No es raro observar - dentaciones o festoneado de los bordes laterales de los espacios interproximales localizados entre los dientes.

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

Lengua fisurada(Lengua escrotal)

Es una malformación manifestada clínicamente por - numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal a menudo radiados hacia afuera desde una ranura central a lo largo - de la línea media de la lengua. Se ha informado que se desarrolla de manera simultánea con, o como secuela de la lengua geográfica o de la glositis migratoria benigna, aunque esta - asociación es bastante rara. Al parecer no hay diferencias -- importantes en cuanto a raza o sexo.

La lengua fisurada no siempre es dolorosa excepto en casos en que los residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación. Dichos residuos se pueden

quitar de la lengua dilatando y aplanando las fisuras y usando un cepillo de dientes o gasa esponja para limpiar la superficie.

Glositis romboides media.

Es una anomalía congénita de la lengua, la cual puede deberse a la falla del tubérculo impar de retraerse o retirarse antes de la fusión de las mitades laterales de la lengua, de manera que entre ellos se interponga una estructura sin papilas.

La glositis romboides media aparece clínicamente como un parche o placa rojiza en forma de rombo de diamante u ovoide localizada en la superficie dorsal de la lengua inmediatamente anterior a las papilas circunvaladas. Es un área plana o ligeramente elevada, algunas veces mamelonadas, resalta del resto de la lengua porque no presenta papilas filiformes, esta enfermedad es tres veces más frecuente en varones que en mujeres. No hay tratamiento específico, en general suelen ser relativamente inocuas.

Lengua supernumeraria.

Menzel la describe como una estructura parecida a la lengua que se proyecta desde el pilar tonsilar en lugar de una amígdala. En asociación con esta anomalía ha habido aplasia parcial del paladar blando, atresia de la oreja.

Estos casos tal vez hayan sido ejemplos del Síndrome del primer y segundo arcos branquiales.

Lengua hendida.

La parte de la lengua anterior a las papilas circunvaladas esta formada a partir de dos tubérculos laterales -- que se fusionan en la línea media entre la cuarta y quinta -- semana embrionarias. La falta de fusión de los tubérculos da lugar a una lengua hendida (bífida, lobulada). La lengua lobulada (es decir, la división de la lengua en dos, tres o cuatro lóbulos) esta asociada con el síndrome orofaciocigital.

La lengua bífida tambien se observa en asociación con una hendidura mediana de la mandíbula. Tambien puede ocurrir como un fenómeno aislado o combinado con paladar hendido.

Anquiloglosia parcial. (Lengua atada)

Se debe a la cortedad congénita del frenillo lingual o una fijación que se extiende desde la mucosa gingival lingual hasta cerca de la punta restringiendo la extensión de la lengua. Parece tener un origen génético, se sugiere que es una herencia dominante autosómica presentandose más frecuentemente en varones.

La anquiloglosia tambien se ha observado asociado

con labio leporino - paladar hendido, también hay casos de - anquiloglosia en el síndrome orofacial y con mandíbula hendida. La frecuencia de esta anomalía es aproximadamente en -- 1 X 400 individuos.

El tratamiento más usado es la frenilectomía tomando en cuenta todos los riesgos que pudiesen existir para el paciente.

Movimientos anormales de la lengua.

Hay una serie de movimientos no usuales de la lengua algunos de los cuales son determinados genéticamente, pero que hasta cierto punto, pueden ser determinados por el medio ambiente. Aproximadamente el 60% de la población caucásica pueden rizar los bordes laterales de la lengua (lengua -- tubular) acto que está basado en la presencia de un gen dominante autosómico, otro movimiento anormal es el doblamiento hacia arriba de la lengua que es la capacidad de sacar la -- lengua más allá de los labios y doblar la punta hacia atrás sobre el cuerpo de la lengua sin ayuda de los dientes, se cree que es de carácter recesivo autosómico.

La lengua trifoliada es otra forma peculiar de la lengua en la cual la parte anterior puede ser deformada a voluntad para tomar una forma de trébol, se sugiere un gen dominante autosómico con una penetrancia reducida.

Lengua geográfica.

Se ha llamado también glositis acroata exfoliativa, erupción emigrante de la lengua. Es un padecimiento de la lengua que tiene un marcado contraste entre su aspecto tan aparatoso y los pocos síntomas que provoca.

Se desconoce su etiología definitiva, pero existen ciertas ideas acerca de su origen neurogeno, algunos opinan que tiene origen hereditario.

A simple vista la lengua geográfica se aprecia en forma de placas blanquecinas consecuencia del engrosamiento de las papilas filiformes y de hipertrofia del epitelio cuya porción superficial no se cornifica (paraqueratosis).

Dichas placas se extienden tanto hacia los bordes como hacia el centro de la lengua para formar un dibujo -- irregular en zig-zag. Aunque la placa dura aproximadamente -- una semana para formarse y desaparecer, el padecimiento se -- caracteriza por exacerbaciones y remisiones.

Así se aprecia una constante variación en la forma de las placas, que se van desplazando generalmente hacia la punta de la lengua dejando zonas de exfoliación. Los bordes de las placas son circulares, escalonados de color amarillento y debido a que los de una placa se unen con los de otros vecinos imparten aspecto geográfico a la lesión.

Los síntomas son muy ligeros y consisten únicamente en prurito poco intenso o sensación de quemadura.

Tiroideo lingual.

Raras veces se presenta tejido tiroideo ectópico - en la zona del agujero ciego como una masa tumoral de tamaño variable. Aunque es de origen congénito, los restos celulares proliferan en algunos enfermos mucho tiempo después y el aspecto clínico de la lesión simula un tumor. La localización - del tejido tiroideo en esa zona se relaciona con el dato embriológico de que desde ese sitio, el esbozo tiroideo inicia su descenso hacia el cuello. A semejanza de lo que ocurre en otras lesiones excrecentes puede ulcerarse a consecuencia de la irritación mecánica.

ENCIA.

Fibromatosis gingival.

Es un sobrecrecimiento fibroso difuso de los tejidos gingivales. En la mayor parte de los casos la enfermedad fue hereditaria, transmitiéndose a través de un gen autosómico - dominante .

Este trastorno se manifiesta como un sobrecrecimiento denso difuso, liso o nodular de los tejidos gingivales de uno o ambos arcos que por lo regular aparece cuando brotan los incisivos permanentes. Generalmente el tejido no está inflamado, pero tiene un color normal - incluso pálido a me-

nudo, es tan firme y denso que puede impedir la erupción --- normal de los dientes. No es doloroso y no muestra tendencia a la hemorragia.

La extensión del sobrecrecimiento puede ser de tal magnitud que las coronas de los dientes pueden estar casi - cubiertas aunque estén totalmente erupcionadas con respecto al hueso alveolar.

Tratamiento, cuando se impide la erupción dentaria está indicada la extirpación quirúrgica del exceso de tejido, a fin de permitir la exposición de los dientes. La apariencia estética también pueden requerir de la excisión quirúrgica.

Papila retrocuspídea.

Es un nódulo pequeño y elevado localizado en la - mucosa lingual de las cúspides mandibulares. Este nódulo mucoso bien circunscrito, es comúnmente bilateral se localiza en la parte lingual de la cúspide mandibular, entre el borde gingival libre y la unión mucogingival.

Es sumamente común en niños y su frecuencia disminuye con la edad. Es más común en el sexo femenino que en el masculino. Por su frecuencia la papila retrocuspídea a menudo se considera como una estructura anatómica "Normal" la cual tiene regresiones con la edad y no requiere tratamiento.

GLANDULAS SALIVALES.

Atresia.

La obstrucción o ausencia congénita de uno o más de los conductos de las glándulas salivales mayores es una alteración muy rara. Cuando se presenta puede originar la -- formación de un quiste por retención o producir una xeros-- tomía relativamente grave.

Aberración.

Por amplia distribución de las glándulas salivales accesorias normales en la cavidad bucal, es difícil definir - la aberrancia. Debido a que dichas glándulas se pueden encontrar en los labios, paladar, mucosa bucal, piso de boca, lengua y área retromolar, la aberrancia puede interpretarse simplemente como una situación en la cual estas glándulas se encuentran a mayor distancia de la normal en su localización usual, no es de importancia clínica, solo es la posibilidad - de ser el sitio de desarrollo de un quiste de retención o - un neoplasma.

Depresión del desarrollo de la glándula salivar mandibular lingual.

Una forma poco usual de tejido glandular salival ligeramente aberrante es la inclusión de tejido glandular durante el desarrollo, ya sea dentro o con más frecuencia adya-

cente a la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula en una depresión profunda bien circunscrita. La mayor parte de las autoridades están de acuerdo en que esta entidad es un defecto congénito, aunque raras veces se han observado en niños y su naturaleza anatómica precisa aun es incierta. Es más frecuente en hombres que en mujeres.

La lesión que habitualmente es asintomática y se descubre durante el examen radiográfico de rutina, aparece como una radiolucidez ovoidea, por lo general, situada entre el canal mandibular y el borde inferior de la mandíbula, -- con frecuencia en el área del segundo o tercer molar o justo abajo del ángulo. En ocasiones es bilateral, el defecto -- radiolúcido puede presentar un enclavamiento de tejido de la glándula salival dentro de la mandíbula durante el desarrollo embrionario o con más frecuencia, una indentación en la superficie lingual de la mandíbula con una porción de la glándula submaxilar dentro del defecto.

Esta lesión puede considerarse como un defecto -- del desarrollo más que una lesión patológica; una vez diagnosticado no requiere tratamiento. Se puede y debe diferenciarse del quiste óseo traumático o hemorrágico debido a -- que el primero, casi siempre se localiza arriba del canal -- mandibular en la radiografía dentoalveolar, mientras que la depresión glandular salival está por abajo del conducto.

A veces no es posible hacer el diagnóstico dife--

rencial definitivo sin antes efectuar la exploración quirúrgica.

Depresión lingual anterior.

Se ha reconocido que en el segmento anterior de la mandíbula puede presentarse una radiolucidez similar, -- asintomática, ovoide o redonda, que generalmente aparece como una lesión mal circunscrita en alguna parte entre el área -- del incisivo central y la del primer molar.

Esta radiolucidez anterior también representa una cavidad o depresión en la superficie lingual de la mandíbula.

Langlais y colaboradores examinaron 12 mandíbulas secas con estas depresiones anteriores y concluyeron que -- pueden representar variantes anatómicas relacionadas con la fosa digástrica o sublingual o anomalías del desarrollo -- causadas por la glándula sublingual.

Una complicación es el desarrollo de un neoplasma verdadero central de la glándula salival a partir del -- tejido incluso de la glándula salival pero esto es raro.

CONCLUSIONES.

Es importante para el cirujano dentista tener conocimientos, de patología general, para un buen diagnóstico de enfermedades ya que en muchas ocasiones es él quien las descubre por primera vez.

La elaboración de una buena historia clínica así como un examen clínico minucioso, es vital para descubrir a tiempo alguna enfermedad grave.

No solo se debe atender al paciente con malformación desde el punto de vista odontológico, sino también psicológicamente, se le debe dar atención para poder integrarlo a la sociedad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Apuntes de histología y embriología.
JUAN TAPIA.
Facultad de Odontología 1970.
- 2) Histología y embriología bucales.
ORBAN.
La Prensa Medica reimpresión 1981.
- 3) Histología humana.
AREY B. LESLIE.
Toray 1960.
- 4) Histología y embriología.
Facultad de Odontología 1980.
- 5) Embriología médica.
LANGMAN JAN.
Interamericana 3a. edición 1970.
- 6) Anatomía para estudiantes de Odontología.
HENDERSON.
Interamericana 1986.

7) Anatomía, patología dental y bucal.

VELAZQUEZ, TOMAS.

La Prensa Medica 1981

8) Tratado de patología bucal.

SHAFFER, WILLIAMS.

Interamericana 1985.

9) Patología oral.

R.J. GORLIN H.M.GOLDMAN.

Salvat 1981.

10) Fisiopatología bucal.

TIECKE, STUTEVILLE, CALANDRA.

Interamericana 1960.