



Universidad Nacional Autónoma
de México

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

" LENGUA "

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ISABEL SILVA GARCIA

MEXICO, D. F.

1975



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.



Universidad Nacional Autónoma
de México

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA

" LENGUA "

TESIS PROFESIONAL

ISABEL SIENA GARCIA

MEXICO D. F.

1975

CON AGRADECIMIENTO A QUIENES DEBO TODO
A MIS PADRES
A MIS MAESTROS
Y A MI ESQUELA

CON TODO RESPETO
AL SR. DR. VICTOR DIAZ PLIEGO.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

Embriología de la Lengua
Histología de la Lengua
Anatomía de la Lengua
Fisiología

CAPITULO II

MALFORMACIONES DEL DESARROLLO DE LA LENGUA

Aglosia
Anquiloglosia
Anquilosis Glosopalatina
Microglosia
Macroglosia
Lengua Hendida o Bifida
Lengua Supernumeraria
Glositis Romboidea Media
Glositis Migratoria Benigna o Lengua Geográfica
Persistencia de la Glándula Tiroidea Lingual
Quiste del Conducto Tirogloso
Quiste Lingual Anterior
Glosoptosis

CAPITULO III

ENFERMEDADES DE LA LENGUA

Lengua Seca
Lengua Saburral
Lengua Pilosa o Velloso
Lengua Craneada
Varicosidades de los Vasos de la Lengua

Lengua Escarlatinosa
Lengua Tifoídica
Lengua Gripal Aguda
Lengua Gripal Crónica
Lengua Queloides

CAPITULO IV

GLOSITIS

I.- Glositis Agudas

- A) Glositis Agudas Superficiales
 - a) Glositis epidémica del Senegal
 - b) Chancro sifilítico
 - c) Otras glositis

- B) Glositis Agudas Profundas

- Absceso Caliente de la Lengua
 - Absceso Superficial de la lengua
 - Absceso Profundo de la base, intra o infralingual.

- Glositis Flegmonosa

- Absceso de la Amígdala Lingual

- Hemiglotis

II.- Glositis Crónicas

- A) Glositis Crónicas Superficiales

- Glositis Distrófica

- Glositis Exfoliativa Marginada

- Lengua Plicaturada

- Glositis Triangular Posterior de Chevallier

- Glositis de Fontcoynont y Jourdan

- Glositis de Jamín

- Glositis de Moeller

- Glositis de Hunter

- Glositis Papulosa Aguda de Michelson o Glosi-

tis Papuloulcerosa
Glositis Intersticial Crónica
Glositis Sifilitica

Glositis Crónicas de causa general
Gomas profundos o superficiales del parénqui
ma lingual.

Glositis Crónicas profundas de causa local
Glositis Dentarias

CAPITULO V

MANIFESTACIONES EN LENGUA DE DIVERSAS ENFERMEDADES GENERALES

Liquen Plano
Morillasis
Acromegalia
Amiloidosis
Paraamiloidosis
Paquioniquia Congénita
Disqueratosis Intraepitelial Hereditaria Benigna
Acantosis Nigricans
Síndrome de Melkerson Rosenthal
Necrosis Lingual Isquémica
Nevo Esponjoso Blanco
Granuloma Facial
Hitoplasmosis
Pénfigo
Eritema Multiforme
Periadenitis Mucosa Necrótica Recidivante
Estomatitis Aftosa Recidivante
Herpes Simple (Gingivoestomatitis Herpética Aguda)
Herpes Zoster
Ulceras Aftosas Recurrentes
Leucoedema

Leucoplasia
Agranulocitosis
Leucemia
Leucemia Aguda
Leucemia Crónica
Púrpura Trombocitopénica
Policitemia Vera
Macroglobulinemia
Anemias
Anemia Ferropénica
Síndrome de Plummer-Vinson
Anemia Perniciosa
Enfermedad de Addison
Enfermedad de Recklinghausen
Enfermedad de Parkinson
Linfogranuloma Venéreo
Acroдинia
Mixedema
Tuberculosis
Esclerodermia
Diabetes Mellitus
Sífilis
Lepra
Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria

CAPITULO VI

MANIFESTACIONES LINGUALES EN PROCESOS CARENCIALES.

Vitamina "A"
Arriboflavinosi (B₂)
Tiamina (B₁)
Piridoxina (B₆)
Biotina
Acido Nicotínico o Niacina
Acido Pantoténico
Acido Fólico
Cianocobalamina (B₁₂)

ENFERMEDADES NERVIOSAS DE LA LENGUA

Glosopirosis o Glosodinia
Neuralgia del Glosofaríngeo

CAPITULO VII

NEOPLASIAS

Papiloma
Fibroma
Fibrosarcoma
Neuroma
Neurofibroma
Neurilemoma (Schwannoma, Neurinoma)
Lipoma
Hemangioma
Linfangioma
Leiomioma
Leiomiomasarcoma
Mioma
Mioblastoma
Rabdomiosarcoma
Teratoma

Cáncer de la lengua
Carcinoma Verrugoso
Epitelioma de la lengua

CAPITULO VIII

LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA

I.- Físicas

Ulceras Traumáticas
Enfermedad de Riga-Fede
Ulceras por Irritación
Rayos X
Quemaduras

Quemaduras eléctricas

II.- Químicas

Intoxicaciones por:

Plata y Oro

Mercurio

Amonio

Vinil-Benceno

Antibióticos

a) Penicilina

b) Estreptomina

c) Cloramfenicol

Analgésicos, Sedantes, Tranquilizantes

a) Fenofaleína

b) Meprobenato

REACCIONES ALÉRGICAS VESÍCULO FLICTENULARES

Edema Angioneurótico

Estomatitis Venenata

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Siempre me ha llamado la atención el estudio de las innumerables enfermedades que se presentan en el organismo humano, y sobre todo, la forma de poderlas tratar para aliviar el dolor y evitar la muerte.

La lengua aunque se crea un órgano sin importancia, puede proporcionar datos muy importantes para el estudio general del paciente, ya que en ocasiones es el sitio primario de una enfermedad general no manifestada, o presentar una enfermedad mortal (el cáncer lingual), que tantas veces ni el paciente se da cuenta precisa y provocar, ya sea por metástasis, falta de funcionamiento, por el dolor o su total inmovilización y cesación de sus funciones que el paciente muera irremediablemente.

El estudio de la lengua que en esta tesis expongo, en una forma concisa, tratando de recopilar todas las enfermedades posibles, tanto de manifestación en la lengua, como de malformaciones congénitas, glositis y neoplasias, me ha proporcionado una serie de conocimientos que espero seguir estudiando y ampliando en beneficio de la Sociedad.

Agradezco al Honorable Jurado la atención que se sirvan prestar a este trabajo y hago un llamado a su indulgencia para juzgar las fallas de inexperiencia que presente.

CAPITULO I
EMBRIOLOGIA

Las áreas primordiales que intervienen en la formación de la envoltura mucosa de la lengua aparecen al comienzo del segundo mes del desarrollo embrionario.

En embriones de 5 semanas, se observan engrosamientos laterales, apareados en la cara interna del arco mandibular. Dichos engrosamientos, que comprenden tanto al mesénquima, que prolifera rápidamente, como el epitelio que lo recubre, reciben el nombre de protuberancias linguales laterales. Entre ellas se encuentra una pequeña elevación media, conocida con el nombre de tubérculo impar. Detrás del tubérculo impar hay otra elevación media llamada propiamente cópula porque une el segundo y el tercer arco en una prominencia medioventral. La cópula se extiende en sentido céfalocaudal desde el tubérculo impar hasta la protuberancia primordial que señala el comienzo de la epiglotis. A ambos lados de la cópula hay manifestaciones del rápido crecimiento en el tejido adyacente al segundo, tercer y cuarto arco visceral.

Estas áreas, relativamente distintas en los embriones jóvenes, se unen tan pronto y tan íntimamente, que es imposible afirmar cuál es exactamente la parte de la superficie de la lengua adulta que procede de cada una de ellas.

Agujero Ciego.- Embriológicamente el agujero ciego es un resto de la invaginación del piso de la faringe que da origen a la glándula tiroides, esta invaginación se forma en el segmento céfalocaudal, donde se

unen el primero y el segundo arco visceral. Cuando la lengua comienza a esbozarse, encontramos esta fosa entre el tubérculo impar y la cúpula.

El agujero ciego en la lengua adulta es una pequeña fosa media del dorso de la lengua, situada en el vértice del surco en forma de V (surco terminal) inmediatamente detrás de la fila de papilas caliciformes.

En la anatomía adulta, al surco terminal, con esta misma fosa en su vértice se le considera el límite entre el "cuerpo y la raíz" de la lengua.

Utilizando el agujero ciego como referencia, se considera que la mucosa que cubre el cuerpo de la lengua tiene su origen en el tejido del primer arco. Lo que explica su inervación sensorial por la rama mandibular del V par (táctil) y por la cuerda del tímpano, rama del VII par (gustativo) en razón de las vinculaciones primitivas de estos nervios con el arco mandibular.

La superficie mucosa del cuerpo de la lengua que procede del tubérculo impar pronto se ve cubierta por las protuberancias linguales laterales, que crecen mucho más rápidamente, y como máximo, el tubérculo impar forma solamente una pequeña región media, distal respecto al agujero ciego.

La mayor parte de la lengua está revestida por el endodermo que anteriormente cubría las áreas medioventrales del segundo, tercero y en menor grado, cuarto arco visceral. El hecho de que el noveno par (glosofaríngeo) sea el principal nervio sensorial de la base de la lengua es exactamente lo que se podía esperar, en vista de la posición original de esta parte del revestimiento lingual y de las relaciones primarias del IX par con los arcos viscerales implicados. Igualmente natu--

ral es la inervación de una pequeña zona de la parte posterior de la lengua por el décimo par (vago), porque esta pequeña región cercana a la epiglotis se origina del tejido del cuarto arco.

Los músculos linguales derivan de masas mesodérmicas bilaterales, originadas en segmentos caudales con respecto al punto primitivo del revestimiento de la lengua.

En los embriones humanos, aunque es difícil determinar la migración hacia adelante de los músculos linguales, las relaciones con el XII par muestra a medida que la masa muscular presiona hacia adelante por debajo de la mucosa de la lengua, el nervio se desplaza con ella de manera que la trayectoria del nervio en los embriones de mayor edad y en el adulto indica claramente la trayectoria seguida por los músculos linguales en su migración hacia adelante durante el desarrollo.

Quirúrgicamente se puede hacer una incisión media de la lengua con muy poca pérdida de sangre, lo que indica la forma en que las masas musculares y los vasos sanguíneos asociados a las mismas han quedado apartados de la línea media, a ambos lados de la cual emergieron como esbozos pares.

HISTOLOGIA

La lengua está formada principalmente de músculo estriado, con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en 3 planos.

En un corte longitudinal de la lengua, perpendicular a su superficie dorsal (corte sagital) se observan fibras musculares tanto longitudinales como verticales cortadas longitudinalmente, y fibras horizontales - en corte transversal. La disposición de las fibras estriadas es única en el cuerpo y permite identificarla fácilmente.

Dentro de los haces cada fibra muscular está rodeada de endomisio, que tiende a ser más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados. El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico situado entre los haces musculares puede considerarse como perimisio. Contiene los vasos mayores y los nervios, y, en diversos puntos, tejido adiposo: en algunas partes de la lengua tiene glándulas incluidas.

MUCOSAS.- El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso. La lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares. Aquí no hay verdadera submucosa.

La submucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua tiene especial interés ya que proporciona al médico información de 2 tipos: en primer lugar, si está muy saburral indica que el estado general de salud y quizá en particular del sistema digestivo, no es normal.

En segundo lugar, algunas enfermedades como la escarlatina y la anemia perniciosa pueden causar alteraciones específicas a nivel de la superficie de la lengua.

La mucosa que reviste la superficie dorsal de la lengua está dividida en 2 partes:

- 1.- La que cubre los 2 tercios anteriores o parte dorsal de la lengua (cuerpo de la lengua)
- 2.- La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua)

El límite entre estas 2 partes lo señala una línea en forma de V, el surco terminal dispuesta transversalmente en la lengua.

La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua es diferente de la mucosa que reviste la porción faríngea. Está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas papilas, que en el hombre son de tres tipos: filiformes, fungiformes y caliciformes.

Papilas Filiformes.- De *filum* = hilo, son estructuras relativamente altas, estrechas, de forma cónica, constituida por lámina propia y epitelio. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia, a partir de la cual se extienden hacia la superficie papilas secundarias. La papila primaria está recubierta de epitelio que se hiende para formar revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas secundarias se dividen a su vez en hilos como su nombre lo indica. El epitelio que recubre las papilas secundarias se vuelve queratinizado, pero todavía no sabemos si en el hombre las células superficiales se transforman en verdadera queratina.

En los animales las papilas filiformes son las que le dan la consistencia rasposa de la lengua.

Las papilas filiformes son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que atraviesan la lengua. Cerca de la raíz estas hileras siguen la línea en forma de V que separa el cuerpo de la raíz de la lengua.

Papilas fungiformes.- Tienen este nombre porque se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal de la lengua como pequeñas setas u hongos, más delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada. No son tantas como las papilas filiformes entre las cuales se hallan distribuidas: se hallan en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano. Cada una tiene un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria; de ella se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento. La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias de la lámina propia, como hace con las papilas filiformes: por lo tanto las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Como el epitelio de revestimiento no es queratinizado, resulta bastante transparente; ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y, en consecuencia durante la vida las papilas fungiformes tienen color rojo.

Existen de 7 a 12 papilas caliciformes distribuidas a lo largo de la línea en forma de V que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que recubre la raíz.

El término caliciforme recuerda el cáliz, y el nombre circunvalada que a veces se le da recuerda que cada una de ellas, a semejanza de una ciudad antigua, -

está rodeada de un baluarte. (Vallum = baluarte). Realmente cada una parece la torre de un castillo rodeada de un foso o trinchera. El foso está constantemente lleno de líquido segregado por glándulas situadas más profundamente que las papilas, que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de residuos.

Cada papila caliciforme tiene una papila primaria central de lámina propia, hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde ésta hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubren toda la papila.

Las papilas caliciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre: por lo tanto, tienen forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

Funciones de las Papilas.

Los animales que tienen las papilas filiformes muy desarrolladas pueden lamer sustancias sólidas y se misélicas con acción que recuerda la del papel de lija. Aunque las papilas filiformes no están muy desarrolladas en el hombre, permiten que los niños laman a placer un helado o un caramelo. Las papilas filiformes tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto.

La mayor parte de las papilas fungiformes y todas las papilas caliciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que, al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos lo que origina la sensación gustativa.

Amígdala Lingual.

La mucosa que recubre la raíz de la lengua no -

contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias que se observan en esta parte de la lengua dependen de acúmulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina pro pi a por debajo del epitelio. Una disposición de este tipo, es decir, con acúmulo de nódulos linfáticos en es tre cha relación con epitelio plano estratificado suele recibir el nombre de tejido amigdalár. El que se halla en el techo de la lengua constituye la amígdala lingual. Muchos de los nódulos linfáticos de la amígdala lingual poseen centros germinativos. Los espacios que quedan entre ellos están ocupados por tejido linfático difuso. El epitelio plano estratificado no queratinizado que re cu bre el tejido linfático se extiende hacia el interior del órgano a diversos niveles, para formar cavidades o pequeños fosos. Reciben el nombre de cri pt as (k r y p t o s es co nd id o).

Los linfocitos emigran a través de las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta alcanzar la luz de éstas. Las células epiteliales superficiales del revestimiento de las criptas se descaman en la luz de éstas: el resultado es que la luz de las criptas puede contener acúmulos de restos formados por linfocitos y células epiteliales descamadas.

Los conductos de las glándulas mucosas subyacentes se abren en el fondo de muchas criptas. Esta disposición permite que la luz de las criptas provistas de tales glándulas se limpie y quede libre de restos. Por este motivo las criptas infectadas no son tan comunes en la amígdala lingual como en el tejido amigdalár de otras localizaciones desprovisto de glándulas subyacentes que se abran en las criptas.

Corpúsculos del Gusto.

Los impulsos nerviosos correspondientes al sentido del gusto se originan en corpúsculos que se tiñen débilmente, en forma de yemas o pequeñas barricas, dispuestos perpendicularmente a la superficie en el epitelio de la mucosa de la boca y garganta. Los hay en gran número sobre todo en la superficie superior de la lengua, especialmente a los lados de los surcos que rodean las papilas caliciformes, también se hallan en las papilas fungiformes e incluso en el epitelio interpapilar. Puede haber unas pocas en otras partes de la boca y en el revestimiento de la garganta, en el epitelio de la superficie laríngea de la epiglottis e incluso en la larínge.

Un corpúsculo gustativo, a semejanza de una cebolla, presenta una constricción en cada extremo. Además, observado en cortes presenta una estructura laminar muy parecida a la de la cebolla, la disposición de sus células, son de 2 tipos: células de sostén y células neuroepiteliales del gusto.

Las células de sostén tienen forma de tajada de melón, delgadas en los extremos, de estructura fusiforme. En la superficie están dispuestas de manera que rodean una pequeña depresión central o poro, que comunica con la superficie por una delgada abertura denominada el poro gustativo interno: ésta atraviesa el epitelio que reviste el extremo del corpúsculo gustativo. Los poros son de tan pequeño calibre que es muy raro observarlos en los cortes.

Las células neuroepiteliales del gusto están entrelazadas con células de sostén en la parte central del corpúsculo. Se trata de células largas y estrechas.

El borde libre de cada una se extiende hasta la fosa - del extremo del corpúsculo donde da origen a una pesta- ña corta que se extiende dentro del mismo.

La sensación gustativa procedente de los 2 ter- cios anteriores de la lengua se transmite por la cuerda del tímpano, rama del facial: las que provienen del ter- cio posterior, por el nervio glosofaríngeo. Las fibras terminales penetran en el extremo profundo de los cor- púsculos gustativos y acaban en íntimo contacto con las células neuroepiteliales.

Toda substancia que ha de despertar sabor, sea - cual sea, indefectiblemente tiene que disolverse en la saliva y penetrar por el poro hasta el extremo superfi- cial de un corpúsculo gustativo. Aquí modifica las pes- tañas de las células neuroepiteliales en forma no cono- cida y origina un impulso nervioso en las fibras corres- pondientes. Como ocurre en el caso del olfato, sólo - hay algunos sabores básicos: dulce, ácido, salado y - amargo, quizá alcalino y metálico: indudablemente ha de haber receptores especializados para cada uno de ellos. Tales receptores no están uniformemente distribuidos, - de manera que algunos sabores son percibidos más fácil- mente en determinadas partes de la lengua que en otras. Resulta casi increíble la enorme variedad de gustos que podemos percibir gracias a combinaciones diversas de es- tos pocos sabores fundamentales. En realidad resulta - fácil confundir hasta cierto punto sabor y olor: muchos de los sabores más exóticos probablemente dependan más del olfato que del gusto.

ANATOMIA

La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal, aplanado de arriba abajo en su extremidad anterior. En él radica el sentido del gusto y se le consideran 2 caras, 2 bordes, una base y un vértice o punta.

Cara Superior.-

Es convexa transversalmente y más o menos plana de adelante atrás. Presenta en su tercio posterior la V lingual; así llamada por la disposición que adoptan las papilas caliciformes o circunvaladas. Hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formados por las glándulas foliculares, y todavía más atrás se encuentran 3 repliegues, uno mediano y 2 laterales, que van a terminar a la epiglottis y se denominan "repliegues glosopiglóticos mediano y laterales". Por delante de la V lingual se observa un surco medio, y a los lados, las papilas, dispuestas en líneas paralelas a las ramas de la V lingual.

Cara Inferior.-

Descansa sobre el piso de la boca. Posee en la línea media un repliegue mucoso o frenillo de la lengua, y a los lados de éste y en su parte más posterior, 2 túberculos, donde desembocan los orificios del canal de Wharton.

Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa las venas raninas. La mucosa que cubre la cara inferior, es lisa y ligeramente rosada.

Bordes.-

Los bordes de la lengua son convexos y más gruesos.

tos por detrás que por delante corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden generar en cáncer lingual.

Base.-

Es la porción más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglottis, a la cual está unida por los repliegues glosopigloticos; en su parte anterior corresponde a los músculos geniohioides y al milohioides.

Vértice o punta.-

Es aplanado en sentido vertical y presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Constitución anatómica.-

Se distinguen en la lengua las siguientes partes:

- a) Un esqueleto osteofibroso
- b) Los músculos de la lengua
- c) La mucosa lingual

Esqueleto de la Lengua.

Las partes blandas de la lengua se apoyan en el hueso hioides, en la membrana hioglosa y en el septum lingual.

Membrana hioglosa.-Es una lámina fibrosa, transversalmente, que se inserta por debajo del, en el borde superior del hueso hioides, entre las 2 astas menores. Se dirige hacia adelante y hacia arriba, unos 15 milímetros perdiéndose en el espesor de la lengua.

Septum Lingual.- O septum medio, lámina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior de la membrana híglosa y por debajo en la cara anterior del hueso hioides. Tiene la forma de una hoz que termina en las fibras musculares de la punta de la lengua y cuyas caras laterales sirven de implantación a muchos músculos de la lengua. El borde superior convexo se aproxima a la mucosa de la lengua y su borde inferior, cóncavo, corresponde al geniogloso.

Músculos de la Lengua.

Los encontramos en número de ocho pares y uno es impar. Tres se insertan en los huesos cercanos: geniogloso, hígloso y estilogloso.

Tres se originan en los órganos cercanos: palatogloso, faringogloso y amigdalogloso.

Dos proceden de los huesos y órganos próximos, y son: lingual superior y lingual inferior.

Uno es intrínseco: el transverso de la lengua.

Geniogloso: Es el más voluminoso de los músculos de la lengua, nacen en la apófisis geni superiores y se extiende en abanico, al pasar hacia atrás y hacia arriba a ambos lados del rafe medio, para terminar en la membrana mucosa de la punta de la lengua hasta la base de la epiglotis. Sus fibras superiores corren verticalmente y se insertan en la porción central.

Acción.- Levanta y dirige la lengua hacia adelante, dirige la punta hacia abajo y atrás, reduce la longitud de la lengua y la aplica contra el piso de la boca.

Amigdalogloso: Es delgado va de la cápsula amigdalina a la lengua. Se inserta en la eponeurosis faríngea que cubre la amígdala y desciende hasta la base de la lengua donde se hace transversal y se entrecruza con el del lado opuesto.

Acción.- Eleva la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

Lingual Superior: Músculo impar situado en el dorso de la lengua, por debajo de la mucosa, consta de 3 haces posteriores que se originan en el hueso hioides y la epiglotis, se dirigen hacia adelante y convergen de tal forma que en la parte media de la lengua quedan unidos para terminar en la punta.

Acción.- Acorta la longitud de la lengua y la abate. Dirige hacia arriba y atrás la lengua.

Lingual Inferior: Situado en la cara inferior de la lengua. Se inserta en los cuernos menores del hueso hioides, recibe haces del estilogloso y del faringogloso, se dirige hacia adelante y termina en la mucosa que reviste la cara inferior de la punta de la lengua.

Acción.- Acorta la longitud de la lengua, la dirige hacia abajo y atrás a la punta y abate la lengua.

Transverso Lingual: Tiene la misma extensión que el septum lingual, donde se inserta, se dirige hacia fuera hasta la capa profunda de la mucosa del borde lingual.

Acción.- Reduce, al contraerse, el diámetro de la lengua formando un canal cóncavo hacia arriba.

MORFOLOGIA DE LA LENGUA

Dorso de la Lengua.— La lengua presenta una consistencia firme de acuerdo al espesor de la mucosa, — siendo mayor el grosor en los 2 tercios anteriores y — en los bordes y delgada y lisa en la cara inferior.

La mucosa del dorso se encuentra fija a los músculos por la cara profunda del corion lo que hace que — los movimientos de deslizamiento de la mucosa de la lengua sean limitados, aunque es más móvil en los bordes.

La lengua es de color rosado, principalmente en sus partes laterales, coloración dada por las papilas — fungiformes así como un color blanquecino en la base y en la porción posterior de la línea media que se origina de la descamación del epitelio y las transformaciones que sufren los linfocitos en él.

Surco medio.— Es una canaladura que se encuentra en los 2 tercios anteriores, parte media y en sentido — antero posterior. No es visible cuando la lengua está en reposo.

Surco terminal.— Divide el dorso de la lengua en 2 porciones: la anterior o palatina y la posterior o faríngea. Se encuentra en la unión de los 2 tercios anteriores con el tercio posterior.

Agujero ciego.— Es una depresión profunda que se encuentra en el extremo posterior del surco limitante.— Se le considera como un resto embrionario del conducto tirolingual.

Por delante de la V lingual, formada por las papilas circunvaladas, en el adulto se encuentran pliegues que siguen la misma dirección de la V, llamados —

pliegues papilares.

En las porciones laterales y posteriores existen repliegues salientes formados por rudimentos de papilas foliadas.

Por detrás de la lengua, se observan eminencias formadas por las glándulas foliculosas y los orificios de ellas, que le dan a la lengua el aspecto rosado e irregular. En la parte más posterior encontramos los repliegues glosopiglóticos medios y laterales.

En un 10 ó 15% se observan surcos congénitos en los bordes laterales, o en la parte media de la lengua, que pueden ser transversales, anastomosados, en el viejo se reúnen entre sí dando a la lengua un aspecto estrellado.

Cara inferior de la Lengua

La mucosa de la cara inferior es transparente - permitiendo observar un repliegue simple o doble, medio y saliente que es el FRENILO LINGUAL, que puede alcanzar la punta de la lengua. A los lados se observan los vasos raninos.

ASPECTO MICROSCOPICO

En la mucosa de la lengua encontramos: en el dorso, a las glándulas foliculares y a las papilas de la lengua; y en la cara inferior a los repliegues de ella y a los orificios de desembocadura de las glándulas salivales.

Por delante del surco terminal encontramos unas salientes que son producidas por el corion, a las que -

se les nombró papilas que se clasifican en 5 variedades según Testut; fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes y calciformes, siendo estas últimas denominadas también como circunvaladas. Estas papilas se encuentran distribuidas irregularmente en el dorso de la lengua, - pero son más numerosas en los bordes, en el vértice y - por delante de la V lingual.

Papilas fungiformes.- Presentan un tallo corto o largo y su cabeza puede ser hemisférica u ovoide de color rosado donde presenta corpúsculos del gusto.

Papilas foliadas.- Se encuentran representadas - por pliegues laterales, son escasas en el hombre, situadas por detrás y a los lados de la V lingual, cerca del borde de la lengua. Son de 3 a 15 repliegues en forma de salientes longitudinales en donde se describen numerosos corpúsculos gustativos (Sicher y Tandler).

Papilas filiformes.- También llamadas coroliformes, son las más numerosas (20 000) se encuentran distribuidas en surcos paralelos a la V lingual en los 2/3 anteriores de la lengua. La porción basal o papilas - primaria se une al corion de la mucosa por su cuerpo cilíndrico: en general son de color más claro que las fungiformes.

Papilas circunvaladas.- En forma de V delante del surco limitante, dispuestas de 6 a 10. Están formadas por un mamelón central convexo que recuerda a los fungiformes. Esta porción está rodeada por un surco profundo que separa de un rodete que guarda el mismo nivel - del mamelón, al rodete se le han asignado varios nombres: cáliz, anillo, etc., por lo que se le denominan - calciformes, anulares o circunvaladas; este último nombre debido a la apariencia de estar rodeadas de una muralla anular. En el foso se abren glándulas mucosas.

En ocasiones presentan surcos incompletos más o menos profundos en el mamelón, lo que permite dividir— las en simples y segmentadas.

Las papilas se unen frecuentemente 2 o más por — lo cual podemos también señalar que pueden ser únicas, — dobles o múltiples.

Las glándulas foliculosas situadas atrás de la V lingual son salientes convexas cubiertas por la mucosa, con aspecto de segmento de esfera irregular. En ocasiones son ovoideas o romboidales con uno o 2 orificios — (criptas) y en conjunto forman la AMIGDALA LINGUAL, por la gran cantidad de folículos en su mucosa.

Glándulas mucosas.— Se hallan esparcidas desde — el 1/3 posterior de la lengua, por la cara dorsal y los bordes hasta la punta, formando conglomerados (4) uno — posterior: detrás de la V lingual, otro lateral, en los bordes de la lengua y otro anteroinferior colocado en — la cara inferior de la lengua y a los lados de la línea media donde recibe el nombre de glándula de Blandin o — de Nuhn.

Formaciones linfoideas. En la amígdala lingual — se encuentran folículos linfoides que forman parte del círculo linfático de Waldeyer.

IRRIGACION SANGUINEA DE LA LENGUA

La lengua está irrigada por la arteria lingual, — principalmente, que es una rama de la carótida externa, nace encima de la arteria tiroidea superior, a nivel — del hueso hioides. Corre hacia delante por encima del asta mayor del hioides, pasa por el lado de la lengua — detrás del hiogloso y sigue hacia adelante hacia la pun

ta donde se anastomosa con la del lado opuesto. De esta arteria, el ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, en tanto que la ranina y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua. Recibe también la masa muscular ramas arteriales de la palatina inferior y de la faríngea inferior.

La circulación venosa va a desembocar a las venas linguales que son 2 a cada lado y corren junto a la arteria lingual y a las venas dorsales de la lengua y a las venas raninas que caminan al lado del frenillo de la lengua cubiertas solo por mucosa estas últimas, entre éstas, las venas tiroideas y linguales se unen para formar un solo tronco venoso que desemboca aisladamente en la yugular interna, o bien termina en un tronco común con la tiroidea y con la facial.

SISTEMA LINFÁTICO DE LA LENGUA

Los linfáticos se originan en las papilas de la lengua por una fina red intrapapilar que se vierte en una más amplia red subpapilar, la cual forma conductos que se dirigen hacia la V lingual, originando troncos colectores de mayor calibre que descienden por la base de la lengua.

En el dorso de la lengua la circulación linfática de un lado tiene amplias anastomosis con la del lado opuesto: los troncos colectores que se forman se dividen en 3 grupos: posteriores, medios y anteriores.

Los linfáticos posteriores recogen linfa de la base de la lengua y van a los ganglios yugulares al igual que los linfáticos medios, y los linfáticos anteriores o linfáticos apicales de Poirier recogen linfa -

de la punta de la lengua, descienden por el frenillo y desembocan en los ganglios suprahioides. El drenaje linfático se efectúa en los ganglios submentonianos, submaxilares y cervicales profundos -incluyendo el yugulo-digástrico y el yuguloomohioideo.

INERVIACION DE LA LENGUA

La mucosa lingual está inervada en sus 2/3 anteriores por fibras del nervio lingual (procedente del maxilar inferior) parte de las cuales proceden del facial por intermedio de la cuerda del tímpano que se anastomosa con el lingual para proporcionar sensibilidad gustativa.

El 1/3 posterior de la mucosa lingual está inervado por el nervio glosofaríngeo (IX par craneal).

El lingual termina por ramificaciones libres intradérmicas y emite ramos que van a los corpúsculos de Pacini, de Meissner y a los de Ruffini, que son los corpúsculos táctiles de la lengua.

El glosofaríngeo suministra ramos terminales a los corpúsculos del gusto, donde penetran con terminaciones del lingual en la base de las papilas, formando un plexo subepitelial del cual se desprenden fibras intercorpúsculares, fibras pericorpúsculares y fibras intracorpúsculares: estas últimas se ponen en contacto con las células gustativas.

Por último una parte de la lengua recibe sus fibras del nervio vago.

El nervio motor de la lengua es el hipogloso mayor (XII par).

FISIOLÓGIA

La lengua, como cualquier otro órgano, ayuda al buen funcionamiento del organismo y realiza diversas funciones: es sobre todo el principal órgano del gusto, interviene en la succión, es un órgano con sensibilidad táctil, colabora en forma importante durante la masticación y la deglución y contribuye en la fonación o sea en la emisión de la voz y en la articulación verbal.

Succión.— La lengua junto con los labios producen este reflejo, los labios toman el pezón de la mama y la lengua se adosa a los labios y al pezón para poder succionar.

EL GUSTO

El gusto es una sensación compleja provocada no solo por la excitación de los receptores específicos del gusto, sino también de los receptores del sentido químico general, táctiles y térmicos de la boca y sobre todo de los receptores del olfato. El gusto regula la ingestión de alimentos distinguiendo las substancias nocivas pudiendo seleccionar, la dieta que es más apropiada.

Los receptores del gusto están distribuidos en el dorso de la lengua, las caras anterior y posterior de la epiglottis, la pared posterior de la faringe, en todo el velo del paladar y su pilar anterior, salvo en la úvula. Los órganos del gusto aparecen en el tercer mes de la vida intrauterina. En el niño son menos numerosos que en el feto y disminuyen también en el adulto, desaparecen primero del dorso de la lengua y luego de la punta. Se encuentran en las papilas fungiformes, foliadas y calliciformes pero no en las filiformes. Las glándulas salivales serosas vierten su secreción en los surcos de

las papilas, solubilizar y permiten la acción de las - sustancias sápidas y luego hacen la limpieza del receptor, dejándolo en condiciones para recibir otro estímulo. Los corpúsculos gustativos están formados por células epiteliales de sostén y por células gustativas, finas, alargadas, con cilias o pelos gustativos que se proyectan dentro de la cavidad del corpúsculo. Alrededor de estas células terminan los nervios sensitivos - del gusto.

Clasificación de los gustos: salado, ácido, dulce y amargo.

Distribución de los receptores.-Un corpúsculo - gustativo es excitado al parecer exclusivamente por las sustancias de uno de los 4 grupos: pero en una papila pueden encontrarse corpúsculos correspondientes a 2 ó más gustos. En el hombre los receptores del gusto salado se hallan en mayor número en la punta y la parte anterior de los bordes de la lengua: los del ácido en los bordes laterales, los del dulce en la punta y los del amargo en la base, en la región de las grandes papilas ciliciformes. Una misma sustancia puede excitar a 2 tipos de receptores; el sulfato de magnesio puesto en la punta de la lengua tiene gusto salado y es amargo cuando se coloca en la base de la lengua.

Sensibilidad gustativa.- La capacidad gustativa es muy variable en cada persona, hay unas que carecen de toda capacidad gustativa (agueusia o ceguera gustativa) o bien no pueden percibir el gusto de una sustancia.

En las mujeres el umbral es algo más bajo que en los hombres.

Los umbrales gustativos varían con la temperatu-

ra de la solución para estimular, el óptimo se halla entre 20° y 30°C: por arriba y por debajo de estas temperaturas el umbral se eleva. Los cambios en la concentración en la sangre (por lo tanto la concentración en los órganos del gusto) de una sal, modifican el umbral gustativo para la misma, así en la insuficiencia suprarrenal hay una disminución en la concentración de sodio en la sangre y aumenta el apetito específico para el cloruro de sodio.

Fatiga.- La persistencia del estímulo disminuye la percepción del gusto estimulado. La sensibilidad de otros receptores gustativos puede estar aumentada simultáneamente.

Inervación de los receptores:

Las fibras que inervan los receptores gustativos son: el nervio lingual que inerva los 2/3 anteriores de la lengua, las fibras gustativas de este nervio se originan en el ganglio geniculado del nervio facial, y en la mayoría de los individuos se unen al nervio lingual por medio de la cuerda del tímpano. En otros siguen un camino diferente: salen del ganglio geniculado en el nervio petroso superficial mayor y pasan por el ganglio ótico a la cuerda del tímpano y al nervio lingual. El glosofaríngeo inerva la parte posterior de la lengua; las fibras se originan en el ganglio petroso. El neumo gástrico envía algunas fibras a los órganos del gusto de la epiglotis y de la faringe; estas fibras se originan en el ganglio yugular del vago.

Centros del gusto.- Las fibras que conducen los impulsos originados en los órganos del gusto entran a la protuberancia y al bulbo con los nervios facial, glosofaríngeo y neumo gástrico. En el neuroeje forman par-

te del fascículo solitario y terminan en el núcleo de este fascículo. Las fibras gustativas del facial y del glossofaríngeo terminan en la parte superior de este núcleo y las del neumogástrico en la parte inferior o caudal. Las lesiones en el tractus solitarius, provocan la degeneración en la parte dorsal del lemnisco mediano, en situación interna con relación al haz trigéminotalámico ventral. Estas fibras terminan en el núcleo posterior mediano del tálamo (núcleo arcuatus).

La estación talámica de la vía gustativa está situada en la extremidad dorsomediana del núcleo arcuato, cuyas lesiones producen trastornos permanentes en el gusto.

Representación cortical.- Las vías centrales y la representación talámica y cortical del gusto no se hallan cerca de las del olfato sino asociadas a las sensaciones somáticas de la lengua, cuyos impulsos conduce el trigémino.

No se ha localizado con exactitud la zona de representación cortical del gusto pero se cree se halla no en la superficie exterior de la corteza, sino en la profundidad de la cisura de Silvio, en la corteza de la insula o de la región parainsular.

MASTICACION

La masticación es la fase inicial del proceso digestivo. Es, esencialmente un proceso mecánico de corte y trituración del alimento para formar un bolo blando fácil de pasar, a ello contribuye la acción combinada de la mandíbula y de los dientes, de los músculos masticadores, de las mejillas y de los músculos de la lengua, cuya función es como una tolva en los molinos,-

es decir, pone los alimentos sobre la arcada dentaria, además reúne el material ya dividido en un bolo apto para la deglución.

DEGLUCION

El acto de la deglución suele dividirse en 3 fases. La primera es voluntaria y consiste en vaciar la cavidad bucal. Generalmente se realiza con los labios cerrados por el orbicular, los dientes en contacto oclusal y los labios y carrillos comprimidos contra los dientes por el buccinador.

Los alimentos ya masticados y mezclados con la saliva, o bien líquidos ingeridos, se coleccionan primero en el espacio entre la punta de la lengua y la cara lingual de los incisivos. De allí pasan al espacio formado por el hueso del dorso de la lengua y el paladar. La punta de la lengua se eleva entonces aplicándose contra el paladar y la arcada dentaria superior y la base de la lengua se deprime. Luego su parte anterior se eleva en masa contra la bóveda palatina haciendo que el bolo se deslice hacia atrás como en un plano inclinado y por último, la parte posterior de la lengua se dirige bruscamente hacia arriba y atrás empujando al bolo hacia la faringe. La contracción del músculo milohioideo es el factor más importante en esta fase, aunque también intervienen el estilogloso y el palatogloso.

El paso del bolo por las fauces y la faringe constituye la breve etapa segunda, que es un reflejo involuntario. Una vez que el bolo ha entrado en la faringe, el paladar blando se eleva por la acción de los periestafilinos externo e interno y de los músculos de la úvula. La acción combinada de éstos músculos y los faringostafilinos separa la cavidad bucal de la nasofar-

ringe. Al contraerse los músculos faríngeos de arriba hacia abajo, la laringe en esta posición, su entrada queda protegida por la parte posterior de la lengua, que empuja la epiglotis hacia atrás. Pero el cierre de la glotis es esencial para obstruir las vías respiratorias. Hay una breve cesación de la respiración, simultáneamente con este cierre. Cuando las cuerdas vocales se aproximan por la acción de los músculos aritenoides posterior y cricoaritenoides lateral, y se ponen en tensión por la acción del cricotiroides, se obstruyen las vías respiratorias. La contracción progresiva de los constrictores de la faringe por encima del bolo y su relajamiento por debajo de él empujan al bolo hacia abajo. Este acto está coordinado con la contracción de las fibras verticales que acortan la pared faríngea, empujándola sobre el bolo y elevando aún más la laringe. Esta acción constituye una rápida peristalsis, que realizan reflejamente los músculos del esqueleto. La segunda fase se termina con el paso del bolo a la parte superior del esófago que está relajado.

El paso del bolo por el esófago constituye la tercera fase, que como la segunda también es un reflejo involuntario.

F O N A C I O N

La formación de la voz se realiza mediante: 1o. una fuerza que actúa como fuelle, representada por los pulmones, bronquios y la tráquea; 2o. una parte vibrante, que es la laringe, con las cuerdas vocales que estrechan la salida del aire y lo obligan a vibrar y 3o. un resonador, son todas las cavidades supraglóticas (la ringe, faringe y boca y en esta, los dientes, los músculos del paladar blando, la LENGUA, los músculos de las paredes laterales y posterior de la nasofaringe ayudan

a la exteriorización de la voz.

Papel de la lengua en la formación de los sonidos:

Uno de los métodos usados es el de sacar radiografías luego de impregnar la boca con substancias opacas a los rayos X o pintando la lengua con un colorante y observando las partes que se tñieron para ver la posición de la lengua en la pronunciación de las vocales y consonantes.

Se considera que hay 3 vocales típicas: la A, I y la U, las otras se derivan de éstas:

Al pronunciar la "A" la lengua se retrae hacia abajo. En la "I" la lengua se acerca al paladar y en la "U" la punta de la lengua se hace hacia abajo y sube atrás.

Las consonantes para poder pronunciarlas es necesario que encuentre un obstáculo el aire; este obstáculo puede ser el velo del paladar, la lengua, los labios, o la faringe, por ello las consonantes se dividen en:

Linguodentales, c suave, d y t cuyo obstáculo son los dientes y la lengua.

Linguopaladales, ch, l, ll, n, ñ, r, rr y s.

Para la pronunciación de la r y la rr, la lengua obstruye débilmente la salida del aire.

Labiales y guturales.

Los centros sensoriales del lenguaje están situados en el lado izquierdo de la corteza cerebral. El centro del habla se encuentra en las áreas 44 y 45 en el lóbuló frontal izquierdo.

CAPITULO I I

MALFORMACION DEL DESARROLLO DE LA LENGUA

AGLOSIA

Es la ausencia total de la lengua. Es una anomalía congénita rara.

La aglosia total suele asociarse a otras anomalías del desarrollo, especialmente las que afectan a las extremidades (síndrome aglosia-adactilia). También ciertos defectos bucales como la micrognacia, el paladar hendido, el labio inferior hendido, hipertrofia de las glándulas sublinguales y submaxilares.

Tratamiento.- Sin tratamiento alguno.

ANQUILOGLOSIA

Indica la fusión completa de la lengua con el piso de la boca. La anquiloglosia parcial es la afección más frecuente debida a un frenillo lingual corto o a un frenillo insertado a la punta de la lengua, limitando los movimientos y el habla.

Tratamiento.- Cirugía del frenillo.

ANQUILOSIS GLOSOPALATINA.

Es la fijación de la punta de la lengua al paladar duro, asociada a anquiloglosia superior, sindactilia del pulgar, ausencia de uñas, de los huesos tarsianos.

La lengua está fija al paladar duro o cresta alveolar, algunas veces se encuentra paladar hendido con hipoplasia de la porción central del labio superior y - subdesarrollo de la mandíbula, con hipodondia.

Tratamiento.- Quirúrgico.

MICROGLOSIA.

Anomalia congénita rara manifestada por la presencia de una lengua pequeña o rudimentaria. Se presenta en forma de pequeña protuberancia localizada posteriormente dentro de la boca y que consta de la parte - que se ha desarrollado normalmente a partir de la cúpula. La facies es generalmente aguda y estrecha con aspecto de pajarito.

Tratamiento.- No existe.

MACROGLOSIA

Lengua de gran tamaño, se observa con mayor frecuencia que la aglosia y microglosia. Puede ser de tipo primario o secundario.

La macroglosia primaria o congénita es debida al desarrollo excesivo de los músculos de la lengua, relacionado con hipertrofia muscular generalizada.

La macroglosia secundaria o adquirida es debida a la relajación de la musculatura lingual ya sea debida a trastornos endócrinos: como el hiperpituitarismo y la acromegalia, con aumento de la mandíbula, la extracción de los dientes del maxilar inferior o de todos los dientes también permite la relajación muscular.

La macroglosia puede acompañar a los tumores de

la lengua o el aumento de tamaño puede ser debido a la amiloidosis, hipotiroidismo congénito (cretinismo), mixe
dema infantil y mongolismo y disposición dentellada o festoneada de los bordes de la lengua.

Tratamiento.- Eliminación de la causa primaria y recorte quirúrgico.

LENQUA HENDIDA O BIFIDA

Es producto de la falta de fusión de las 2 mitades laterales de la lengua durante el desarrollo embrionario.

Es una anomalía rara que suele afectar solo al tercio anterior de la lengua.

La lengua hendida es de tamaño normal, su función está perturbada y asociada al síndrome orofaciodigital.

Lengua parcialmente hendida.- Es más frecuente y se presenta como un surco profundo en la cara dorsal de la lengua, que representa también la falta de fusión completa de los esbozos laterales del órgano. No es rara la inflamación en la base del surco debido a la acumulación de residuos.

La lengua lobulada, tiene adherido a ella un lóbulo de tamaño mucho menor.

Tratamiento.- Quirúrgico.

LENGUA SUPERNUMERARIA

Es necesario distinguir la lengua supernumeraria de la lengua bifida.

Se describe como una estructura parecida a la lengua, que se proyecta desde el pilar tonsilar en lugar de una amígdala. (Thoma).

LENGUA FISURADA O ESCROTAL. (Acanalada, arrugada, plegada).

Está caracterizada por una fisura mediana con surcos que salen en sentido lateral y en otras ocasiones la lengua se encuentra recorrida y entrecortada en toda la cara dorsal e incluso los bordes por surcos profundos; la disposición de los surcos son: en uno hay un surco longitudinal mediano y surcos secundarios dispuestos oblicuamente con relación al primero (lengua foliácea) en otro tipo, los surcos se disponen desordenadamente, dirigidos en todos sentidos semejando circunvoluciones cerebrales (lengua cerebriforme).

Es una anomalía frecuente y parece que aumenta con la edad. La acumulación de alimento en los surcos favorece la aparición de glositis y de molestias urentes frente a alimentos ácidos. Cuando los surcos son muy profundos se parecen a estigmas degenerativos, como en la idiocia mongoloide.

Tratamiento.-- Carece de tratamiento, las erosiones o ulceritas dolorosas de los surcos se tratan con coglirios astringentes analgésicos.

También se usan peróxido de hidrógeno al 3 por 100 para limpiar las fisuras de los restos de alimento. En las zonas inflamadas un antibacteriano leve (A núm. 3

ó 2), como calmante un enjuague tibio de (R n.º 6) o una aplicación de leche de magnesia sobre la lengua de cuando en cuando. (Burket).

GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

Es una anomalía del desarrollo de la lengua que consiste en una área rojiza algo romboidea situada en la línea media del dorso de la lengua inmediatamente por delante de las papilas circunvaladas o caliciformes, su eje largo está situado en el rafe medio y mide aproximadamente 1.5 cm. por 2.5 cm. El color rosado se debe a la ausencia de papilas filiformes. Su incidencia es inferior al 1% sin diferenciación de sexo o raza.

Etiología.- Es debida a una persistencia del tubérculo impar, estructura que se forma entre el primer y segundo arcos braquiales que normalmente está cubierta por los tubérculos linguales laterales.

La zona es lisa, generalmente un poco elevada, a veces con lóbulos.

Diagnóstico diferencial.- Esta afección debe distinguirse del mioblastoma de la lengua, del quiste del conducto tirogloso y de la glándula tiroidea a lo que puede parecerse.

Tratamiento.- No requiere tratamiento, salvo en caso de inflamación leve en las fisuras, tomándose las medidas que para la lengua fisurada.

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA o LENGUA GEOGRAFICA

O Eritema Emigrante de la lengua o Eritema Migrans o Psoriasis lingual. La lesión suele aparecer en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplana-

nadas de color rojo brillante en el dorso de la lengua. Las superficies lisas están desprovistas de papilas filiformes; los bordes de las lesiones son bien manifiestos y con una queratosis que las rodea, ligeramente elevada y de color blanco amarillento. Las papilas fungiformes de las áreas rojas en forma de placas persisten en forma de pequeñas elevaciones brillantes. Al crecer o cambiar de situación las placas, pueden hacerse confluentes o adquirir una forma irregular con forma parecida a la de mapa por lo que recibe el nombre de lengua geográfica.

Las lesiones pueden persistir días o semanas, para retroceder en una área y extenderse a otra, presentando cuadros diferentes de un día a otro. Suele ser asintomática pero algunas veces puede producir ardor, prurito o dolor cuando existe inflamación, molestia que aumenta al ingerir alimentos condimentados, ensaladas, bebidas y al fumar.

Etiología.- Se han emitido numerosas teorías, - factores psicógenos, irritación local, deficiencias vitamínicas, pero se considera como anomalía benigna.

Tratamiento.- No requiere, tratamiento específico. Cede espontáneamente y al ir creciendo o envejeciendo el sujeto la enfermedad se hace menor, desapareciendo muchas veces por completo.

GLANDULA TIROIDEA LINGUAL. (Persistencia).

Se presenta como una masa sobre el dorso posterior de la lengua, de color púrpúreo y es almenada, algunas veces origina hemorragias. El nódulo tiroideo en ocasiones puede ser asiento de un adenoma o carcinoma, el nódulo mide de 2 a 3 cm.

Tratamiento.- Su extirpación puede provocar un mixedema.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroidea aparece en la base de la lengua al terminar la 3a. semana intrauterina, durante su descenso sigue unido al agujero ciego mediante el conducto tirogloso, la falta de obliteración del conducto produce el quiste o fistula.

Clinicamente el quiste se manifiesta como una masa cervical blanda, movable, sensible a la presión situada en la línea media, se levanta al deglutir o sacar la lengua. Si el quiste está localizado dentro de la lengua puede producir disfagia, accesos de asfixia, ronquera, dificultades de la fonación.

El contenido del quiste es acuoso o seroso a no ser que esté infectado.

Microscópicamente, el conducto o fistula tiroglosa está tapizado por epitelio escamoso estratificado, - cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. Los quistes están conectados al agujero ciego.

Tratamiento.- Quirúrgico, llevar la incisión hasta el revestimiento epitelial de la lengua.

QUISTE LINGUAL ANTERIOR

Son quistes epidermoides de inclusión.

El epitelio de revestimiento es cilíndrico ciliado pseudoestratificado.

El quiste se encuentra atrapado entre las 2 mitades de la lengua durante el desarrollo embrionario.

Tratamiento.- Quirúrgico.

GLOSOPTOSIS.

Se presenta en el síndrome paladar hendido, micrognasia y glosoptosis (síndrome de Robin). Se presenta por detención del desarrollo durante la décima a la duodécima semana intrauterina, ya que solo crece el maxilar superior, la presión del esternón sobre el mentón impide el crecimiento del maxilar inferior, siendo impedida la fusión palatina por la elevación de la lengua.

La micrognasia impide un apoyo adecuado para la musculatura lingual, permitiendo así que la lengua se caiga abajo y atrás (glosoptosis) lo que obstruye la epiglotis y permite la salida de aire pero no la inhalación.

CAPITULO III

ENFERMEDADES DE LA LENGUA

LENQUA SECA

La lengua seca se considera justificadamente como un signo grave.

La secreción salival cursa paralelamente el volumen plasmático: la humedad de la lengua da la medida del grado de deshidratación. Se observa por muchos motivos: respiración bucal, estados sépticos graves, por ejemplo fiebre tifoidea, pielitis, peritonitis, etc., - con trastorno grave del metabolismo hidromineral, uremia, síndrome de Sjögren, etc.

La sequedad de la mucosa suele comenzar por una zona en medio del dorso de la lengua, formando la llamada lengua urbanizada, porque la zona central seca semeja el arroyo o calzada y los lados las aceras de una calle; en su grado máximo, aparece como tostada y fisurada con los dientes oscurecidos.

Tratamiento.- Eliminar el agente causal, tomar mucha agua o dieta líquida.

LENQUA SABURRAL

La saburra lingual es una alteración frecuente, - carece de importancia la de la parte posterior ya que es normal, en cambio su presentación en la parte anterior de la lengua es patológica. Resulta de la acumulación, entre las papilas filiformes, de restos de células epiteliales, leucocitos, restos alimenticios y hongos. Se puede desprender en forma de colgajos o arras-

trar en forma análoga al barro con una espátula roma.

Se presenta en las gastritis agudas y crónicas - debido a la anorexia que conduce a dietas líquidas. En enfermedades febriles.

La condición para que exista saburra es la presencia de papilas filiformes, por eso falta en la glositis de Móller-Hunter.

El color de la capa puede variar dependiendo de las materias colorantes absorbidas, pudiendo ser, blanca, amarillenta, gris o parda.

Tratamiento.- Dieta no líquida para que raspe la lengua y practicar la higiene o cepillado del dorso de la lengua.

LENGUA PILOSA O VELLOSA.

La lengua pilosa negra se presenta como una mancha oscura, de límites difusos, como cubierta de pelos negros, debido al alargamiento de las papilas filiformes y desarrollo de un hongo que produce un pigmento negro. (Burket)

Las papilas sufren una transformación córnea, - pueden alcanzar hasta 1 cm. de largo y presentan 2 particularidades: que se encuentran inclinadas "como un campo de trigo abatido por el viento" y que pueden "peinarse".

El comienzo es brusco, inadvertido a veces después de un estado saburral: su duración varía de meses a años y cura con la caída de vastas placas de papilas, casi siempre de delante atrás.

La mancha rara vez afecta a la punta o bordes laterales de la lengua. Cuando las papilas filiformes se hipertrofian y alargan, aprisionan elementos extraños - como células descamadas, microorganismos y hematies. El color de la lengua pilosa es variable: desde gris, canela, pardo, amarillo hasta negro dependiendo de los pigmentos o colorantes contenidos en los alimentos, bebidas, tabaco, etc.

Síntomas.- En muchos casos aparte de su aspecto desagradable, no hay síntomas. En otros, el alargamiento excesivo de las papilas produce cosquilleo o náuseas, o a veces las partículas aprisionadas ocasionan quejas de mal olor en la boca. La persistencia de los síntomas - pueden ser el ardor o dolor de la lengua.

Etiología.- El empleo intenso del tabaco, el uso habitual de pastillas o colutorios (especialmente aquellos que contienen peróxido de hidrógeno o perborato sódico), el empleo prolongado local o general de antibióticos como la penicilina y tetraciclina. Se cree que - los medicamentos dificultan la producción de ciertas enzimas necesarias para la descamación de queratina o que provocan el crecimiento exagerado de las papilas.

Tratamiento.- Limpiar cuidadosamente la placa - con cepillo de dientes, raspándola y colutorios al 5% - de éter salicílico. La aplicación de agua oxigenada alterará el color.

Aplicación tópica con resina de podofilino USP - al 20% en partes iguales con acetona y alcohol, después de la descamación administrar oralmente vitamina A para que interfiera el metabolismo del sulfhidrónico e inhiba la recidiva. La aplicación acuosa al 20% de caprila to de sodio como fungicida es eficaz.

LENGUA GRANEADA.

Se observan indentaciones en los bordes de la lengua, donde la lengua toca las caras linguales de los dientes.

Se presenta en enfermedades generales, en hábitos anormales de la lengua, en padecimientos con glositis, macroglosia. Se puede encontrar en deficiencias vitamínicas del complejo B, en diabéticos mal controlados.

Tratamiento.- Eliminación del agente causal y tratamiento de la enfermedad general.

VARICOSIDADES DE LOS VASOS DE LA LENGUA

Es un padecimiento adquirido, donde las venas de la superficie inferior de la lengua aparecen grandes, tortuosas.

La distensión de las venas linguales se debe a mala circulación, o a la lesión de la válvula mitral o enfisema que producen presión venosa. Sin embargo los pacientes no presentan enfermedades cardiorrespiratorias concomitantes. Son asintomáticas, aunque parece haber peligro de una hemorragia intolerable hay que hacerle comprender al paciente que no existe tal peligro.

Tratamiento.- No está indicado ningún tratamiento.

GLOSOPLEJIA.

Se le llama así a la parálisis lingual. Puede ser parcial o total, unilateral o bilateral.

Se presenta por lesión del XII par craneal asociada con parálisis bulbar. Cuando la parálisis es total el paciente no puede sacar la lengua. Cuando es parcial, al sacar la lengua, ésta se va de lado afectado, debido a la lesión del hipogloso asociada con neuralgia del glossofaríngeo.

Tratamiento.- Uso de cortisona y tratamiento paliativo.

LENGUA ESCARLATINOSA.

A partir del segundo o tercer día, la capa saburral que recubre la lengua, el enrojecimiento de la punta y bordes se extiende hacia el centro y base de la misma formando una V roja que limita un triángulo blanco (4o. día).

Al sexto día, la capa saburral ha desaparecido y la lengua aparece escarlata y todas las papilas salientes, de ahí el nombre.

Se repone pronto, al décimo o décimosegundo día está completamente lisa. Toda la lengua saburral que se descama de delante atrás es escarlatinosa.

Tratamiento.- Con higiene, cepillado del dorso de la lengua.

LENGUA TIFOIDICA.

Se caracteriza por una gruesa capa de saburra parduzcofuliginosa, con la punta y los bordes rubicundos. Unos la relacionan por falta de higiene y otros en que constituye un índice del grado de la toxemia y de la deshidratación. En las formas ataxoadinémicas adquiere un aspecto tostado, seco con resquebrajaduras -

(lengua tostada). Sirve para su diferenciación con el cuadro tífosímil de la meningitis tuberculosa en su comienzo.

Tratamiento.- Eliminación del agente causal.

LENGUA GRIPAL AGUDA

Se caracteriza por el color rojo subido de la punta y los bordes de la lengua y por su superficie rugosa, como un rayador de queso, por tener las papilas fungiformes tumefactas y muy rojas.

El valor diagnóstico (casi patognómico) se encuentra algo restringido por ser su presentación inconstante en las epidemias gripales graves.

Tratamiento.- Tratamiento con medicamento antivirales y vitaminas.

LENGUA GRIPAL CRÓNICA.

Muestra numerosas papilas fungiformes tumefactas y rubicundas sobre una mucosa lingual de color normal o roja (en este caso sólo destacan mirándolas con la luz natural) y las papilas filiformes córneas e hinchadas y de color blanco grisáceo (glositis papilar o lengua de Franke).

En algunos casos las papilas pueden ser tan grandes como huevos de rana, con la superficie rugosa y agrietado, es una hiperplasia de la mucosa lingual y no inflamaciones descamativas.

Tratamiento.- Tratamiento del estado general del paciente.

LENGUA QUELOIDE.

Son masas nodulares, queratinizadas múltiples -
que se localizan en el dorso de la lengua.

CAPITULO IV

GLOSITIS

Definición.- La glositis se refiere a lesiones linguales de predominio mucoso, pueden ser; agudas o crónicas, corrientes o específicas, superficiales o profundas.

I.- GLOSITIS AGUDAS

A) GLOSITIS AGUDAS SUPERFICIALES

Coexisten casi siempre con una inflamación general de la cavidad bucal; son los exantemas linguales de las distintas estomatitis, en los países tropicales se encuentran glositis agudas superficiales epidémicas y estacionales.

- a) Glositis epidémica del Senegal.- Se manifiesta por la aparición de placas descamativas dolorosas en el dorso de la lengua y puede acompañarse de parotiditis; es apirética y cura espontáneamente en una ó 2 semanas.
- b) Chancro sifilítico de primoinoculación.- Es raro, de tamaño variable, aspecto erosivo y color de carne, descansa en una induración laminar que rebasa los bordes del chancro. Se acompaña de adenopatía típica.
- c) Otras glositis de este tipo son producidas por quemaduras con alimentos calientes, propagación de procesos sépticos dentales o faríngeos, avitaminosis del complejo B, cáusticos, alergia, intoxicaciones, electrogalvanismo (metales de distinto potencial eléctrico).

co empleados en odontología), abuso de antibióticos de amplio espectro.

Tratamiento.- Colutorios astringentes y analgésicos, quitar el agente etiológico. Evitar alimento o bebidas calientes o frías en exceso e irritantes.

B) GLOSITIS AGUDAS PROFUNDAS

El proceso inflamatorio aparte de abarcar la mucosa llega al parénquima y tejido intersticial de la lengua.

La inflamación puede ser limitada -absceso caliente- o extenderse a la totalidad del órgano -glositis febril-.

Absceso Caliente de la lengua.

Etiología.- La causa más frecuente parece ser la efracción de la mucosa por un agente traumático: como diente cariado, instrumento de odontología, espina de pescado, etc.

Formas principales:

Absceso Superficial de la punta.

Es una tumefacción inflamatoria de tamaño de una avellana o de una cereza que aparece en unos días, situada en la cara dorsal, cerca de la punta o en la parte media. Los abscesos no incididos se abren espontáneamente.

Absceso Profundo de la base, intra o infralingual.

Etiología.- Inoculación en la mucosa a través de una herida, por un cuerpo extraño o por propagación de

una infección contigua, o complicación de una infección general.

Los agentes infecciosos, estreptococos principal^{mente}, penetran por el tejido celular intersticial, que se hiperemia y se infiltra de serosidad y pus; el que se acumula en forma de absceso.

Primero una parte de la lengua se hace colorosa y tumefacta, tumefacción limitada, circunscrita y dura; acompañada de trastornos funcionales de la masticación, la fonación y la deglución, no quedando los movimientos linguales totalmente abolidos.

El absceso evoluciona en pocos días, se acerca a la superficie y se abre espontáneamente.

Signo peculiar.- La consistencia dura, que puede confundirse con un tumor sólido hasta el final de la evolución a cause de la difícil percepción de la fluctuación en los tumores líquidos de la lengua.

Existen 3 formas clínicas:

- 1.- Absceso lateral profundo o flemón subamigdalino.
- 2.- Absceso lateral superficial.
- 3.- Absceso centrolingual o mediolingual.

Tratamiento.- Antibióticos.

Quirúrgico.- Abertura quirúrgica del absceso una vez coleccionado.

GLOSITIS FLEGMONOSA.

Etiología.- La viruela y la mercurioterapia.

Se ha observado en el curso de la infección puerperal, de la escarlatina, o de la fiebre tifoidea o en

sujetos muy caquectizados (tuberculosis, diabetes, ne-
gritis). El hombre es más afectado que la mujer (7 por
1).

Estudio clínico.- Molestias en los movimientos -
linguales, dolorosos y malestar general con fiebre mode-
rada. Angustia e insomnio.

En poco tiempo la lengua duplica o triplica de -
volumen y en 24 horas se obstruye la boca, faringe y la
lengua entre los dientes, que se incrustan en el parén-
quima.

Dolores intensos, espontáneos o provocados por -
los movimientos de la mandíbula. La saliva sale de la
boca entreabierta y el aliento es fétido.

La masticación y la deglución son imposibles al
igual que la respiración con crisis de sofocación.

La resolución se produce en 5 ó 6 días, pero a ve-
ces la enfermedad evoluciona hacia la supuración. Si -
el estado general es malo, a veces la porción extrabu-
cal de la lengua se gangrena a causa de la presión de -
los dientes.

Tratamiento.- Antibióticos adecuados.

Quirúrgico.- Incisión amplia.

ABSCESO DE LA AMIGDALA LINGUAL.

Es la amigdalitis con o sin periamigdalitis lin-
gual.

HEMIGLOTIS. (Worms y Recher)

La hemiglotis aguda es un edema inflamatorio agu

do que evoluciona hacia la curación espontánea en unos días o que a veces constituye el primer tiempo de un flemon lingual.

GLOSITIS CRONICAS

A) GLOSITIS CRONICAS SUPERFICIALES

Las inflamaciones crónicas de la mucosa lingual se pueden encontrar también en toda la mucosa bucal debido a la hiperqueratinización (esclerosis, leucoplasia), etc.

GLOSITIS DISTRÓFICA.

Turpin y Caratzali agrupan a 2 afecciones bajo este nombre; la lengua plicaturada y la glositis exfoliativa marginada.

Glositis Exfoliativa Marginada. (Pitiriasis lingual de Mayer, Lengua geográfica de Bergeron).

Es una mancha blanquizca o grisácea en el borde de la lengua. En menos de 24 horas se descama el centro y aparece una superficie lisa de color rojo intenso. En unos días empiezan a confluir las placas y dan dibujos totalmente diferentes. Es indolora.

Puede comenzar a los 6 meses, al año y puede cesar en la edad escolar o ser sustituida por una lengua plicaturada. No confundirla con las sífilides papulosas arciformes de la sífilis secundaria.

No existe tratamiento.

LENGUA PLICATURADA

Aparece a los 3 ó 4 años, el surco medio de la lengua se marca más y los pliegues irregulares le dan un

aspecto cerebriforme, foliado o escrotal.

Los bordes de la lengua edematosa conservan la huella de la arcada alveolar.

La mucosa aparece engrosada e hipertrofiadas las papilas.

Otra forma es la que aparece a los 40 ó 50 años. El aspecto es igual y si la lengua se saca de la boca - los surcos se despliegan. En el límite del cuadro puede observarse la aparición de arrugas fisiológicas poco profundas a partir de los 30 años.

GLOSITIS TRIANGULAR POSTERIOR DE CHEVALLIER.

Es una placa mamelonada lisa, roja y brillante, que forma un triángulo de punta anterior y base formada por la parte central de la V lingual. La superficie está recubierta a veces por plaquitas, de bordes netos y poligonales. La lesión es recidivante y se debe a una enfermedad de las vías digestivas y en particular a la gastritis.

GLOSITIS DE FÓNTOYNONT Y JOURDAN

Al igual que la glositis de Hunter, forma parte del síndrome epidémico leve, es frecuente en la cuenca mediterránea.

GLOSITIS DE JAMIN

Es una despapilación del dorso de la lengua que evoluciona clínicamente en 2 ó 3 meses. Su etiología es desconocida.

GLOSITIS DE MOELLER

Se encuentran zonas dolorosas bien delimitadas - que carecen de papilas, lesiones que pueden ser desde rojo brillante hasta rosa pálido, es raro encontrar úlceras y sangrado, acompaña a la anemia perniciosa.

El síntoma más característico es el dolor quemante intenso, la lesión se localiza generalmente en la punta y los bordes de la lengua, el dolor aumenta al ingerir alimentos o líquidos calientes o condimentados. Los pacientes se quejan de pérdida del sentido del gusto.

Al hacer un diagnóstico de glositis de Moeller - deben descartarse el eritema multiforme y las erupciones medicamentosas de tipo fijo.

Los medicamentos locales solo alivian momentáneamente el dolor.

GLOSITIS DE JUNTER

Sintomática de la anemia perniciosa, se caracteriza por la desaparición total de las papilas, adelgazamiento del epitelio y engrosamiento relativo de la capa córnea que deja reducido el cuerpo mucoso a un pequeño número de células. El primer signo es la fiacidez de la lengua que parece ensanchada; más tarde aparece un poco por detrás de la punta una placa mal limitada en la que no se distingue el aspecto aterciopelado normal, que es todavía perceptible al tacto; a los pocos días o semanas la placa adquiere un aspecto liso, a la vista y al tacto y brillante.

La lesión se extiende poco a poco, llega hasta la V, los bordes y la cara inferior, en esa fase, la lengua pálida, roja oscura o violácea parece estar barniza-

da y aunque su volumen no se modifica, da la impresión de estar arrugada y puntiaguda. La sensibilidad está intacta y los trastornos funcionales son nulos, pero en su evolución puede aparecer en los bordes y punta brotes de erosiones ovalares o fisurarias muy dolorosas.

Asociado a la glositis se observa un enrojecimiento generalizado de la mucosa de los carrillos y labios, que está velada de blanco, como si se hubiera arrojado muselina sobre el fondo rojo intenso.

Tratamiento.- Administrar vitamina B₁₂ ácido fólico, extracto hepático.

GLOSITIS PAPULOSA AJUDA DE MICHELSON o GLOSITIS PAPULO- ULCEROSA LEVE.

Es una enfermedad específica, contagiosa, producida por un virus desconocido que afecta a los 30 años.

Se presenta como una pápula blanquizca, saliente, que se forma en 2 ó 3 días sobre una zona eritematosa.- Al 4o. día aparece un punto amarillo, al que sigue una erosión papulosa que desaparece en 8 ó 10 días. El número de pápulas que evolucionan a la vez puede llegar a la decena.

Esta enfermedad cura espontáneamente y no recidiva.

GLOSITIS INTERSTICIAL CRONICA

La lengua aparece engrosada, indurada y lobulada (lengua encordelada).

La mucosa está despapilada, y en ella alternan zonas rojas con otras blanquecinas. Se observa en la sífilis.

GLOSITIS SIFILITICA

Las placas mucosas de la sífilis secundaria pueden localizarse en la lengua. En el dorso (son indoloras) o en los bordes y la punta (dolorosas).

Se trata de placas rojas, ovalares o circulares, secas y no erosivas que parecen círculos segados en una pradera; la mucosa sana forma saliente alrededor de esas placas.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA GENERAL

GOMAS PROFUNDOS O SUPERFICIALES DEL PARENQUIMA LINGUAL.

Son de origen específico; tuberculoso o sifilítico y evolución lenta. Pasan de una fase de crudeza y otra de fluctuación para ulcerarse finalmente.

Se presentan como uno o varios nódulos, encajados a diferentes profundidades.

Pueden incluirse también los gomas actinomicóticos y las esporotricosis.

Si el goma se abre el diagnóstico no admite duda; la abertura se produce en uno ó 2 años en los gomas tuberculosos y sólo en unos meses en los gomas sifilíticos.

Los gomas son el diagnóstico diferencial del cáncer lingual.

Entre las glositis profundas están la glositis esclerosa de la sífilis terciaria que conduce a la formación de una lengua mechada o lobulada muy típica.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS DE CAUSA LOCAL.

Son traumáticas y casi siempre de origen dentario.

GLOSITIS DENTARIAS.

La lesión pasa por 3 etapas:

- 1.- Fase eritematosa
- 2.- Fase nodular
- 3.- Fase ulcerosa

En esta fase, la lesión irregular, anfractuosa, sangrante y de bordes indurados puede simular un epiteloma.

El diagnóstico se basará en la relación existente entre la causa vulnerante y la mejoría rápida que sigue a su supresión.

CAPITULO V

MANIFESTACIONES EN LENGUA DE DIVERSAS ENFERMEDADES GENERALES.

LIQUEN PLANO

Es una enfermedad cutánea frecuente, de etiología desconocida, pudiendo ser los factores emocionales como el miedo, la depresión, o los traumatismos o intoxicaciones con oro, arsénico o Atabrine la causa etiológica.

Las lesiones liquenoides pueden ser: reticulares, papulares, en placas y erosivas o ulcerativas o combinadas que es lo más frecuente.

La forma reticular, forma líneas estrechas, ligeramente elevadas, de color blanco o gris, que se juntan a otras de distintos ángulos formando una red.

A veces, la unión de las líneas da lugar a la formación de anillos circulares (forma anular).

La forma papular consiste en manchas pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler, hemisféricas, prominentes, blancas.

La forma en placa, como su nombre indica es una placa gris o blanquecina, elevada.

Las formas erosiva o ulcerativa, se encuentran más a menudo en la mucosa bucal y en la superficie dorsal y lateral de la lengua. La erosión es plana o ligeramente deprimida, intensamente roja o descarnada; pueden ser formaciones pequeñas parecidas a fisuras o mos-

trar un enrojecimiento pustuloso de forma irregular. Muchas veces las erosiones van precedidas de lesiones vesiculares o bulbosas que después se rompen, dejan zonas descarnadas, denudadas, con exudado serofibrinoso. Las úlceras tienen el aspecto de cráter de las ulceraciones carcinomatosas y por ello debe realizarse una biopsia.

El liquen plano atrófico; se limita al dorso de la lengua.

Clinicamente.- Atrofia generalizada de las papilas del gusto, produciendo una placa lisa, brillante, de color violáceo o gris claro, parecida a la glositis atrófica de la sífilis y si no hay formas liquenoides más demostrativas, es necesario realizar pruebas serológicas. Es frecuente que en los tejidos atróficos presenten lesiones queratósicas grises como estrías, placas o finas reticulaciones. Son frecuentes las ulceraciones debido a que el revestimiento epitelial es delgado y atrófico.

Tratamiento.- Convencer al paciente que es una lesión benigna.

Cuando las lesiones son asintomáticas, no requiere tratamiento.

Cuando son dolorosas como las lesiones erosivas o ulceradas, el complejo B en altas dosis y la adición de suplementos de niacinamida producen mejoría. Cuando el tratamiento local es insuficiente, las aplicaciones tópicas y administración general de corticosteroides es eficaz en erosiones y ulceraciones.

MONILIASIS

Etiología.- Se debe al hongo de tipo levadura Mo

nia (Candida), se caracteriza por una lesión blanca - perlada o blanco-azulosa que afecta la mucosa, tubo digestivo, vías respiratorias, vagina, piel y a veces corriente sanguínea y válvulas del corazón.

Las lesiones primeras aparecen en el tercio anterior dorsal, bordes y superficie ventral de la lengua - pasando después al vestíbulo oral. Estas lesiones en el lactante son parecidas a pequeños coágulos de leche, pueden presentarse en forma de tiras, placas o pseudomembranas difusas que se fragmentan con facilidad, las manchas blancas están formadas por un entretelado denso de Candida albicans junto con detritos celulares, partículas residuales de comida y bacterias; tiene aspecto aterciopelado y la mucosa adyacente aparece de color rojo oscuro y moderadamente tumefacta. La presencia de lesiones ulceradas o necróticas indica una invasión más profunda.

Histológicamente las úlceras superficiales están cubiertas de una capa gruesa de restos celulares, fibrina y exudado inflamatorio con gran número de hongos y micelios.

La lengua se encuentra atrofiada, con fisuras profundas y una membrana de esfacelo blanca adherente.

Tratamiento.- La nistatina y la anfotericina B son antibióticos eficaces contra la Monilia albicans, en suspensiones de 1000 000 a 200 000 U/ml se pueden mantener en la boca varias veces al día, pequeñas cantidades, se requiere aplicación repetida del medicamento, pues estos fungicidas tienen una acción fundamentalmente local.

Los trociscos de nistatina generalmente no se toleran bien por su sabor desagradable y lenta disolución.

Se puede usar también una solución acuosa de caprilato de sodio al 20%, pero el enfermo no aprecia este tratamiento, ya que es de sabor y olor desagradable.

ACROMEGALIA

Se produce por el hiperfuncionamiento hipofisario, debido a la presencia de un adenoma.

Las manifestaciones principales están producidas por la hipersecreción de hormona del crecimiento y aparecen tanto en el esqueleto como en los tejidos blandos; como la enfermedad se presenta después del cierre de las placas de crecimiento de los huesos largos, el aumento de tamaño se hace sobre todo en sentido transversal, por aposición subperióstica de hueso, especialmente en los huesos del cráneo y de las extremidades, muchos cartílagos se osifican. La desproporción en el aumento de tamaño entre los huesos del cráneo y los de la cara, crecimiento del maxilar inferior dando el aspecto de prognata, la lengua crece, las papilas se hipertrofian y los surcos se hacen muy profundos; la lengua aumentada de tamaño no cabe dentro de la boca cerrada, por lo que tiende a aparecer entre los dientes, y éstos empiezan a separarse, son las manifestaciones más comunes.

Tratamiento.- Cirugía del adenoma; observación y tratamiento odontológico.

AMILOIDOSIS.

Se caracteriza por la acumulación de una glucoproteína, la sustancia amiloidea. Puede aparecer secundariamente a una enfermedad inflamatoria crónica como la tuberculosis, o puede existir de manera primaria sin ninguna enfermedad como substrato fundamental o, a menudo, asociada al mieloma múltiple. Se desconoce todavía la naturaleza exacta y el origen de la sustancia amiloidea.

En la boca suelen estar afectadas la lengua, las encías y la mucosa de las mejillas. La lengua es una localización frecuente de las lesiones aisladas de amiloidosis. La acumulación de sustancia amiloidea ocasiona la formación en la lengua o mucosa bucal de nódulos duros aislados o múltiples de tamaño variado. Estos nódulos pueden tener un color normal; a menudo pálido o hasta grises.

El diagnóstico de la amiloidosis se basa en el examen histológico del tejido afectado. Se ha observado que cuando no puede verse ninguna lesión, pero se sospecha la existencia del síndrome, una sencilla biopsia rectal proporciona la prueba de una amiloidosis generalizada. Mediante la tinción con hematoxilina y eosina la sustancia amiloidea aparece como una materia homogénea de color rosado, con distribución intracelular, también puede ponerse de manifiesto con el rojo Congo que la tiñe de color rosado suave.

Las lesiones aisladas pueden escindir-se sin que se produzca recidiva. La amiloidosis secundaria puede ser fácilmente mortal si persiste la enfermedad primaria, aunque se ha sabido de casos de mejoría parcial después de haber eliminado la causa fundamental.

Otras manifestaciones son: debilidad, fatiga, púrpura (en cabeza y cuello) disnea y pérdida de peso, hepatomegalia y macroglosia.

Tratamiento.- No tiene.

PARAAMILOIDOSIS.

La paraamiloidosis tiene la misma distribución que la amiloidosis primaria (tubo gastrointestinal, lengua, miocardio, laringe, piel y articulaciones), la macroglo

sia llama la atención, la lengua puede ocupar por completo la cavidad oral y salir de la boca, dificultando la locución, la deglución y la masticación, la pérdida de peso asociada a una facies seborreica.

Histológicamente.- Se observa que la lengua aumentada de tamaño contiene numerosas arterias de paredes engrosadas y que, diseminadas por las paredes arteriales engrosadas, se hallan masas de un material que da una reacción de tinción de la amiloide positiva. Las fibras musculares contienen también amiloide. Tratamiento.- Ninguno.

PAQUIONIQUIA CONGENITA

Enfermedad heredada en forma dominante autosómica, caracterizada por un engrosamiento de la queratina subungueal en la parte distal de las uñas, placas blancas en la mucosa bucal, lengua y se aprecian dientes neonatales.

Histológicamente.- Se parece al nevo esponjoso blanco, existe una extensa paraqueratosis en ausencia de estrato granuloso, acantosis, edema intracelular y núcleos picnóticos.

DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL HEREDITARIA BENIGNA.

Enfermedad hereditaria de carácter autosómico dominante en las razas: caucásica, india y negra.

El síndrome afecta, mucosa bucal, labial, superficies laterales de la lengua y suelo de la boca con lesiones parecidas a la displasia blanca plegada familiar y las conjuntivas aparecen una placa espumosa, gelatinosa.

Las lesiones bucales aparecen en las primeras

épocas de la vida y crecen de forma progresiva hasta los 14 años; son lesiones de color blancuzco, ligeramente elevadas, difusas o limitadas de consistencia esponjosa, blanda. En caso de afección más intensa, son blancas, de aspecto ligeramente veloso y más gruesas, con superficies algo ásperas y con pliegues. Las células superficiales están maceradas y pueden arrancarse con facilidad.

Diagnóstico diferencial.- Puede confundirse con hiperqueratosis, leucoplasia o displasia blanca plegada familiar.

Características histológicas.- Hay una hiperplasia epitelial con vacuolización en las capas de células espinosas, con numerosas células disqueratóticas que parecen pequeñas perlas epiteliales.

Tratamiento.- No está indicado ninguno, aunque es interesante saber que las lesiones oculares pueden producir ceguera temporal, pero puede haber mejoría con el desprendimiento espontáneo de la pseudomembrana a finales del verano.

ACANTOSIS NIGRICANS

Es una enfermedad característica de la piel y mucosas, en su forma adulta maligna, se asocia con un cáncer interno, por lo general de conducto gastrointestinal o del útero. Poco se sabe acerca de su asociación o forma en que se desarrolla, pero parece que se presenta inmediatamente después que se manifiesta la neoplasia.

Las lesiones orales pueden presentarse en casi todos los tejidos de la boca, pero se afectan más la lengua, labios y encías, son placas verrugosas, ater-

ciopeladas, hiperpigmentadas.

La lengua y los labios se afectan en grado máximo, el dorso de la lengua presenta hipertrofia y elongación de las papilas y produce surcos profundos. Pueden aparecer excrecencias papilomatosas en la lengua, labios, comisuras y onchas.

Tratamiento.- No tiene.

SINDROME DE MELKERSON ROSENTHAL

Se caracteriza por:

- 1.- Lengua escrotal o plicata
- 2.- Tumefacción de los labios (queilitis granulomatosa, epitelioideocelular).
- 3.- Parálisis facial intermitente. Es un proceso en el que la tumefacción periódica de los labios especialmente en primavera y otoño coincide o alterna con la parálisis facial. La lengua escrotal congénita facilita las infecciones y los edemas transitorios del conducto por el que discurre el nervio facial.- La lengua parece pesada o grande a la hora de comer, hablar o deglutir.

Histológicamente.- Se encuentran granulomas tuberculoides, la macroglosia persiste y, a la larga, se produce engrosamiento de la mucosa de donde puede originarse un carcinoma.

Tratamiento.- La lengua escrotal o fisurada carece de tratamiento; las erosiones o ulceritas dolorosas de los surcos se tratan con colirios astringentes analgésicos; son eficaces los corticoides; en la parálisis facial no retrógrada, será necesaria la descompresión del conducto por el que discurre el VII par.

NECROSIS LINGUAL ISQUEMICA

Es un raro trastorno, que se supone secundario - a una embolia y a una enfermedad aterosclerótica (Thoma) generalizada. Es posible que haya afección lingual en la arteritis a células gigantes, se observa palidez, claudicación intermitente o una franca gangrena de la lengua.

Tratamiento.- Tratamiento de la embolia.

NEVO ESPONJOSO BLANCO

Es una enfermedad heredada en forma autosómica - dominante que puede existir al nacer o aparecer en la - pubertad.

Se caracteriza por placas esponjosas blancas en la mucosa oral, y en la lengua, su localización es principalmente en los bordes laterales.

GRANULOMA FACIAL. (Granuloma traumático, granuloma eosinófilo).

Se caracteriza por nódulos o placas rojas aisladas, en la cara.

Histológicamente.- Existe un denso infiltrado inflamatorio del corion con numerosos eosinófilos mezclados con células plasmáticas, linfocitos, células cebadas, neutrófilos e histiocitos.

El granuloma traumático o eosinófilo de la cara lateral de la superficie inferior de la lengua es ulcerado, dura de varios días a unas pocas semanas e histológicamente se parece al de la cara, se presenta en cualquier edad, sexo y cura espontáneamente.

HISTOPLASMOSIS

Etiología.- Enfermedad causada por un saprofito del suelo del *Histoplasma capsulatum*.

Lesiones orales.- En la lengua, labios, paladar. Al principio aparecen unas pápulas o nódulos que pronto se ulceran, formando a veces, unas lesiones crateriformes, circunscritas y gomosas. En ocasiones se producen destrucciones extensas del paladar, farínge y tabique nasal. Algunas veces las proliferaciones verrugosas, necróticas del suelo de las úlceras simulan un carcinoma. Los ganglios submaxilares y cervicales, duros, de consistencia firme y con aumento de tamaño. Por último puede producirse una diseminación pulmonar, hepatosplenomegalia, anemia progresiva, leucopenia, fiebre y marasmo.

Tratamiento.- Atacar al saprofito con medicamentos resulta favorable en la histoplasmosis pulmonar primitiva y muy grave sin tratamiento en la forma generalizada progresiva.

PENFIGO

El pénfigo es una dermatitis rara.

Las lesiones características consisten en vesículas grandes o bulas que se forman sin manifestaciones dolorosas sobre la piel o las mucosas. El líquido de las bulas es de color amarillo, por contaminación bacteriana. Las vesículas se rompen, apareciendo una costra del mismo color, cuando casi ha desaparecido un grupo de lesiones, surge otro. El paciente sufre intenso prurito y dolor después de la rotura de la vesícula.

Microscópicamente, las vesículas se localizan en las capas espinosas superiores, existe acantosis de las células de la capa granular y de las porciones superiores de la red de Malpighi.

Lesiones bucales.- El paciente puede ignorar su existencia hasta encontrar en la boca un líquido sanguinolento o de sabor salado. Después de romperse la vesícula, la lesión se vuelve dolorosa por infección secundaria, las lesiones se encuentran en labios, mejillas, lengua, paladar, a veces encías alveolares, cuando las lesiones son múltiples bien desarrolladas, la saliva contiene sangre, la saliva tiene efecto irritante sobre las lesiones.

Las variantes de pénfigo son: pénfigo vulgar que es el más grave, el pénfigo vegetante la superficie de la lesión se encuentra eritematosa, hemorrágica, cubierta de epitelio descamado con exudado seroso purulento a diferencia de las lesiones del pénfigo vulgar.

Diagnóstico.- El antecedente de vesículas indoloras y que empiezan a doler una vez perdido el epitelio protector, deben llevar al diagnóstico de pénfigo la impresión clínica se confirma por datos generales como: pérdida de peso, nerviosismo, prurito, caquexia y anemia.

Puede ser útil el signo de Nikolsky, consiste en deslizar con fuerza un abatelenguas sobre la piel o la mucosa del paciente. Cuando el signo es positivo, se forma una vesícula.

Tratamiento.- Dosis alta de cortisona o ACTH. El tratamiento de esta enfermedad corresponde al médico general o dermatólogo con colaboración del cirujano dentista.

Aplicación de antibióticos para combatir infecciones, con cuidado por el peligro de moniliasis por la antibioterapia prolongada.

Los cuidados bucales consisten en mantener una buena higiene y tratar con anestésicos las vesículas rotas. Enjuagues alcalinos (R número 6) y los trociscos (R No. 11) o las soluciones (R No. 12) analgésicos para combatir el dolor.

ERITEMA MULTIFORME

Etiología.- Variable y desconocida: puede ser desde hipersensibilidad a los alimentos y fármacos hasta una alergia secundaria a infecciones (es decir estreptocócicas, víricas, fungosas, parasitarias).

Histológicamente las lesiones muestran inflamación dérmica, perivascular con linfocitos, eosinófilos. Las vesículas son subepiteliales asociadas con un infiltrado inflamatorio dérmico. En los casos leves puede haber hemorragia. Las vesículas bucales pueden romperse y formar ulceraciones superficiales.

Síntomas.- La enfermedad aparece bruscamente con fiebre (38.9-40.5°C), dolor de garganta y dolor articular. Se advierte intoxicación, deshidratación y mal estado general.

En ocasiones el eritema multiforme puede ser anunciado por síntomas respiratorios variables, que se presentan antes de las erupciones típicas.

La lesión inicial consiste en vesículas eritematopapulosas de color rojo brillante o púrpura rojizo. El centro de las lesiones de forma irregular y pálido (erupción típica anular), progresivamente pasa a color

púrpura oscuro y finalmente desaparece sin ocasionar pigmentación.

Lesiones bucales.- Estas pueden ser la primera o única manifestación de la enfermedad, las lesiones se encuentran en labios, mejillas, paladar y lengua. Las lesiones consisten en zonas irregulares rojizas elevadas - de tamaño variable, en la lengua pueden estar afectadas el dorso, con señales de presión de los dientes en sus bordes. Hay mayor producción de saliva.

Las lesiones bucales o dérmicas del eritema forman parte de muchos síndromes.

Diagnóstico.- La presencia de erupciones típicas en la piel o el ataque previo como antecedentes, un interrogatorio cuidadoso permite descartar una erupción medicamentosa o estomatitis medicamentosa.

Tratamiento.- Lavado bucal suave (R Núm. 6) para mejorar la higiene y reducir la flora microbiana. Troscos anestésicos (R núm. 11) o los anestésicos locales (R Núm. 12) alivia momentáneamente el dolor y mejora la alimentación. Aplicar antimicrobianos locales (R Núm. 7) o generales. También el complejo B con vitamina C, a razón de 6 a 9 cpsulas al día.

O tratamiento con ACTH o cortisona, 25 mg de ACTH por vía intramuscular c/6 hs. durante 24 horas y luego 25 mg cada 8 horas.

La cortisona se emplean 100 mg c/12 hs. las primeras 24 hs. y luego 100 mg al día.

PERIADENITIS MUCOSA NECRÓTICA RECIDIVANTE.

Recibe el nombre también de estomatitis necrótica-

ca crónica, "aftas mutilantes". Es una enfermedad de la mucosa oral de causa desconocida y caracterizada por ulceraciones necróticas múltiples de labios, mejillas, lengua, paladar duro y blando, la enfermedad es recidivante con múltiples episodios espaciados varios años, las úlceras dejan cicatriz fibrosa retráctil, en la fase - aguda se presenta dolor y manifestaciones generales.

La enfermedad presenta 3 estadios: el primero se manifiesta por pápulas o nódulos mucosos únicos o múltiples, ligeramente elevados y de color rojizo, de tamaño variable desde la punta de una aguja hasta los 3 ó 4 cm de diámetro, nódulos que luego se ulceran. La segunda fase se presentan úlceras de bordes irregulares e indurados recubiertas por una pseudomembrana grisácea sin hemorragias, dolor a la masticación, hay halitosis y ulceración de la faringe y laringe. El tercer estadio corresponde a las cicatrices que dejan las úlceras, cicatrices que pueden provocar malformaciones como: limitación de la abertura labial, amputación de la punta de la lengua, úvula, pilares, fisuras fibrosas profundas y depilación de la lengua.

Tratamiento.- Tratamiento paliativo, calmar las molestias o quirúrgico.

ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE

Etiología.- El herpes simple ha sido descartado, es posible que los traumas desempeñen un papel importante ya que aftas típicas pueden aparecer en lesiones producidas por (punzadas de aguja) o por aspectos psicosomáticos, hormonales (menstruación).

En el período prodrómico el paciente nota una sensación como de quemadura, la que se vuelve eritematosa y necrótica con formación de úlceras redondas y ova-

ladas, de 2 a 10 mm de diámetro, las úlceras están cubiertas por un exudado fibrinoso blanco grisáceo y rodeada por halo rojo. Persiste de una a dos semanas y cura sin cicatriz, incide en la mucosa labial, bucal y lingual. Microscópicamente aparecen las úlceras recubiertas por una membrana fibrinopurulenta y en el tejido conjuntivo aparece un infiltrado celular inflamatorio, con linfocitos, eosinófilos y fenómenos trombóticos.

HERPES SIMPLE

Produce la GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

La gingivostomatitis herpética aguda es una enfermedad vírica, producida por el herpes simple y muy contagiosa.

Se caracteriza por un período prodrómico de 24 horas, con malestar, cefalea, adenopatía, trastornos digestivos y fiebre, en los niños es frecuente la deshidratación, acidosis y temperatura.

La enfermedad bucal dura de 7 a 10 días en el niño y poco menos en el adulto.

Aparecen vesículas y úlceras en la mucosa el segundo y tercer día, hay dificultad para ingerir alimentos, dolor y molestias, las vesículas se presentan en: los labios, paladar, lengua, mejillas, encías, gingivitis generalizada, no existe necrosis como en la gingivitis ulceronecrotica.

Las lesiones de la lengua son vesículas o úlceras diseminadas de forma redonda u ovalada y circunscritas de 2 a 4 mm de tamaño, recubiertas por una pseudomem

brana amarillenta y rodeada por bordes rojos, no dura - más de 24 horas. Entre el 4o. y 5o. día aparecen muchas úlceras separadas o confluentes en la mucosa labial y - lengua y a los 10 ó 12 días desaparecen sin cicatriz.

Tratamiento.- De sostén: aplicación de anestésicos locales como clorhidrato de diclonina al 0.5% bajo forma de enjuague antes de las comidas, alimentación con vitaminas y minerales principalmente en niños y lactantes. NUNCA USAR antibióticos, los esteroides corticosteroides tampoco ya que pueden causar exacerbación de la infección general.

HERPE ZOSTER

Es una enfermedad que ataca el trayecto de los - nervios craneales, debida al virus de la varicela.

Los síntomas clásicos son: sensación de hormigueo y dolor terebrante, quemante, continuo o intermitente, generalmente unilateral, sobre una zona cutánea segmentaria. El dolor prodrómico dura de 4 a 5 días, a las 72 horas aparecen las vesículas y se forman pústulas que se rompen y terminan desapareciendo, las reacciones cutáneas no duran más de 5 semanas. Las lesiones orales tienen el mismo aspecto que la del herpes simple. Los focos más frecuentes son: la parte anterior de la lengua, paladar blando y mejillas.

El dolor proviene por la irritación de los ganglios sensitivos, por lo que la aplicación local de fármacos es ineficaz.

Quando se afecta el trigémino, puede quedar afectado el ganglio geniculado del facial, apareciendo dolor de oído, vértigos, con o sin parálisis facial, quedando afectadas las fibras del facial que inervan la lengua -

produciendo la pérdida del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua.

Diagnóstico.- Cuando las lesiones se limitan a la cavidad oral, es herpes simple, cuando afecta piel y mucosa es ya herpes zoster.

Tratamiento.- Cortisona, 200 mg el primer día en dosis fraccionadas, 100 mg. diarios durante la siguiente semana y luego 25 mg 2 veces al día durante 4 días. O cinco inyecciones de 20 ml de globulina inmune que suprimen el dolor y la neuralgia. Complementado con grandes cantidades de complejo B y vitamina C.

ULCERAS AFTOSAS REQUERENTES.

Es una enfermedad de causa desconocida caracterizada por la aparición de úlceras dolorosas en la mucosa oral.

El periodo prodrómico dura de 1 a 24 horas (en general de 4 a 12) en el que se siente ardor y hormigueo en la mucosa afectada antes de la aparición de vesículas, son afectados, los labios, la lengua, piso de la boca y encías.

El primer cambio consiste en la aparición de pequeñas máculas eritematosas de 1 a 2 mm., que crecen en algunas horas sin pasar de 1 cm. Aparece una región central pálida, donde no hay vasos, la mucosa de la región isquémica se necrosa en cosa de minutos, hasta formar una úlcera crateriforme superficial con bordes regulares retos, sin socavamiento y fondo fibrinoso amarillo grisáceo. Alrededor de la lesión un halo rojo delimitado. Las lesiones son muy dolorosas con dificultad para comer, hablar. Las úlceras duran de 4 a 20 días y desaparecen lentamente, de los bordes hacia el centro -

sin dejar cicatriz. En ocasiones se observan lesiones de 2 a 3 cm. de diámetro y 3 ó 4 mm de profundidad, que persisten varios meses, cerrando lentamente dejando cicatriz, pueden seguir o no úlceras y entonces se le llama periadenitis mucosa necrótica recurrente.

Tratamiento.- La aplicación de nitrato de plata a úlceras aisladas acelera la curación pero produce cicatrices. Se recomienda también vacunas contra la viruela, poliomiélitis, globulina gamma, autovacunas.

Los esteroides corticosuprarrenales aplicados localmente a la mucosa, o por vía general, disminuyen la frecuencia y duración de las úlceras.

Las tabletas de 2.5 mg de hemisuccinato de hidrocortisona, disueltas 4 veces al día en la boca durante las exacerbaciones, y 2 veces al día durante las remisiones.

El clorhidrato de diclonina al 0.5% con 0.5% de clorhidrato de difenhidramina en solución salina disminuye el dolor y la hipersensibilidad.

Se usa también cápsulas de 250 mg de clortetraciclina disueltas en 50 ml de agua, para lavados bucales 4 veces al día durante 2 semanas (teniendo cuidado para que no se produzca el eritema multiforme).

LEUCOEDEMA

Es un trastorno raro se considera una variante de la mucosa bucal normal. Se cree sea un defecto de maduración del epitelio escamoso pudiendo ser una forma leve de displasia blanca familiar.

La mucosa aparece de color gris claro, lisa, aterciopelada, que hace pensar en una hiperqueratosis,-

a veces la "lesión" contiene pliegues o arrugas. En muchos casos se observa una línea estrecha, ligeramente elevada, blanquizca en la mucosa bucal en el plano de oclusión (línea alba) o en los bordes laterales de la lengua, que se deben a una protrusión o acentuación del leucoedema, en ocasiones el paciente se queja de endurecimiento de los tejidos de la lengua o la mucosa bucal, siendo sólo células leucoedematosas.

Histológicamente, la lesión es un edema intracelular de las células espinosas.

Tratamiento.- Ninguna, ya que el leucoedema no tiene importancia patológica.

LEUCOPLASIA

Etiología.- La etiología ha sido atribuida a muchos factores, locales y generales, como: tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, déficit de vitaminas, alteraciones hormonales, galvanismo, malnutrición. La irritación mecánica por prótesis mal adaptadas o por piezas dentarias mal puestas, la mordedura sistemática habitual de las mejillas o la lengua también puede originar una hiperqueratosis.

La leucoplasia se presenta desde una pequeña placa de hiperqueratosis con ausencia de dolor, se caracteriza por ser placas blancas que no se desprenden lisas, planas o ligeramente elevadas, de color blanco translúcido o gruesas fisuradas, papilomatosas y duras a la palpación, su falta de flexibilidad es característico, en particular cuando está afectada la lengua que hace que el paciente hable con dificultad.

En ocasiones los únicos sitios afectados son la superficie inferior de la lengua y los espacios sublin-

guales, en particular entre jóvenes o fumadores, hay - que desconfiar de la leucoplasia de la superficie lin-
gual inferior, piso de la boca y borde alveolar del ma-
xilar inferior ya que es más frecuente los cambios ma-
lignos.

La leucoplasia relativamente pequeña, con "cos--
tras" puede ser en realidad un carcinoma de células es-
camosas. El clínico debe sospechar de cualquier placa_
blanca y tomar biopsia y hacer la citología exfoliativa.

Diagnóstico diferencial.- Diferenciar del líquen
plano, esta lesión es mas de color azul, son lesiones -
difusas, menos rígida. Al secar los tejidos con papel_
y aplicar solución de Lugol la hiperqueratosis acompaña
da de leucoplasia no muestra el color marrón intenso ca
racterístico de la mucosa sana.

Tratamiento.- El dentista debe eliminar todas -
las causas de irritación, traumáticas o microbianas -
(buena higiene oral). Que el paciente deje de fumar ta
baco, las bebidas alcohólicas y alimentos muy sazonados.

Terapéutica a base de vitamina C y complejo B si
la biopsia no muestra trastornos disqueratósicos (cán-
cer).

Prescribir trosciscos que contienen vitamina A -
(A Núm. 10) 2 ó 3 veces al día. Si hay disqueratosis,-
debe llevarse a cabo la escisión quirúrgica de lesiones
pequeñas, o "derudación de la zona afectada en lesiones
de mayor tamaño. Si se observa degeneración maligna de
be ser atendido con el médico especializado.

AGRANULOCITOSIS.

Se caracteriza por leucopenia, el recuento de -

En la aguda se encuentran células inmaduras de tipo de los "blastos" llamándose así mieloblástica, linfoblástica y monoblástica.

Etiología.- Se desconoce, se le considera a la enfermedad como una neoplasia maligna del tejido hematopoyético.

Leucemias Agudas

La leucemia monocítica y mielógena aguda presentan fiebre, dolor de garganta, malestar, agotamiento, cefalea, fatiga, palidez, pérdida de peso, hemorragias.

Lesiones orales.- Hipertrofia de las encías (que llega casi a cubrir los dientes) con o sin zonas necróticas, abscesos de la pulpa en dientes clínicamente sanos con intenso dolor sin causa clínica aparente o a veces úlceras en mejillas, amígdalas, faringe. El dato más frecuente es la notable palidez y puede ser difícil discernir las papilas fungiformes de la lengua, hemorragias gingivales, persistentes sobre todo después de una extracción dentaria, e infiltraciones localizadas de células leucémicas en la lengua. Sequedad de boca, lengua saburral, teñida de sangre y tiene un olor fétido, en las fases terminales se producen aftas. Aumentos de volumen de los ganglios cervicales de las glándulas parótida y submaxilares.

Tratamiento.- Aliviar el dolor, mejorar la higiene oral, con enjuagues alcalinos. Contraindicadas las biopsias y raspados profundos. El tratamiento general es de sostén con transfusiones, buena nutrición y antibióticos.

Leucemia Crónica

Linfocítica.- Se presenta adenopatía inesperada,

debilidad progresiva, disnea y anemia, con hipertrofia de las encías, petequias y equimosis en la mucosa oral, mejillas y lengua.

Tratamiento.- Similar al de las leucemias agudas, el pronóstico es mejor en cuanto a la duración de la vida, no se conoce curación verdadera.

PURPURA TROMBOCITOPENICA

Es un trastorno hemorrágico caracterizado por petequias y equimosis, hemorragias de las mucosas con disminución del número de plaquetas.

Etiología.- La púrpura trombocitopénica puede ser "idiopática" (PTI) y púrpura asociadas a infecciones, tras la ingestión de fármacos (quinidina, salicilatos y barbitúricos) asociada al lupus eritematoso.

El comienzo de la enfermedad es brusco con epistaxis y petequias distribuidas en el tórax, abdomen, brazos y piernas.

Las lesiones orales: hemorragias exageradas después de extracciones, petequias y equimosis en labios, paladar, hemorragias petequiales después de un trauma, hemorragias gingivales, múltiples áreas púrpuras en la lengua que no se decoloran a la presión.

Tratamiento.- Detener las hemorragias gingivales con hemostáticos locales, tratamiento general con esteroides corticosteroides, esplenectomía y transfusiones de plaquetas.

POLICITEMIA VERA

Es el aumento anormal de la concentración de hemoglobina. Existe aumento neoplásico de la masa circu-

lante de glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas y viscosidad de la sangre, favoreciendo los accidentes trombóticos.

Signos clínicos.- Un color rojo púrpura notable, en cabeza, cuello, pies y manos dando un aspecto muy enojado, las venas superficiales oscuras y tensas, existe nerviosidad, cefalea, zumbido de oídos y neuralgia, la punta de los dedos aparece cianótica.

Manifestaciones orales.- Color rojo púrpura en la mucosa, encías y lengua.

La lengua puede dar la impresión de haber sido pintada con cristal violeta las encías muy hinchadas, sangrantes, sin ulceraciones, Petequias de la mucosa con grandes hemorragias después de extracciones.

Tratamiento.- Sangría o flebotomía, los rayos X no porque disminuye la producción de glóbulos blancos, el fósforo radiactivo es recomendable.

MACROGLOBULINEMIA

Se considera una neoplasia del sistema reticulo-endotelial caracterizada por proliferación de células "linfoides" anormales que producen globulinas anormales de elevado peso molecular.

Etiología.- Anomalías cromosómicas.

Se presentan hemorragias gingivales, el paciente se despierta con la boca llena de sangre, úlceras excavadas hasta de 1 cm. de diámetro con tendencia a la hemorragia en la lengua, mucosa bucal y paladar.

Se encuentra en las anemias normocítica y normo-

crómica, el bazo, hígado y ganglios linfáticos aumentados de volumen.

ANEMIAS

Es un estado en el que existe una disminución de la producción de eritrocitos o por destrucción de los mismos. La disminución de la formación puede deberse a falta de materiales necesarios para su producción como: hierro, vitamina B, y ácido fólico o por inhibición de la actividad de la médula ósea.

ANEMIA FERROPENICA.

Etiología.- Dieta baja o nula en hierro.

La carencia de hierro produce un estado de anemia a falta de hemoglobina. En personas con aclorhidria existe una absorción inadecuada de hierro. Puede existir pérdidas excesivas de hierro en la menstruación, embarazo en úlceras sangrantes.

La enfermedad se presenta a cualquier edad, más en mujeres y con el síndrome de Plummer Vinson.

Manifestaciones clínicas.- Palidez, fatiga, debilidad, disnea de esfuerzo, palpitaciones, dolor epigástrico, escleróticas, color perla, cabellos secos y delgados y uñas en forma de tuchara. Las lesiones orales son: palidez de la mucosa, queilosis angular y lesiones de la lengua.

La lengua está pálida, con atrofia de las papilas, con aspecto liso y lustros, especialmente la punta y bordes. Quemazón de la lengua al ingerir cosas calientes.

Microscópicamente, las papilas atrofiadas tienen forma aplanada.

El epitelio aparece adelgazado, con gránulos de queratohialina.

Las lesiones de la lengua pueden confundirse con: anemia macrocítica, carencias vitamínicas, glositis migrans. Es frecuente la atrofia de la mucosa lingual en el síndrome de Sjögren pero la artritis permitirá diferenciarlo de la anemia ferropénica.

Tratamiento.- Dieta rica en hierro, quitar la aclorhidria si existe. Y una buena alimentación.

SINDROME DE PLUMMER-VINSON.

Se caracteriza por disfagia y anemia hipocrómica microcítica.

Es común encontrar la lengua muy lisa, dolorosa, boca seca, uñas en palillo de tambor y estomatitis angular. La atrofia de la mucosa lingual no es tan marcada como en la anemia perniciosa, la mucosa de la faringe, esófago son secos, sin elasticidad y lustrosos, con síntomas de "boca dolorosa" y como que la "comida queda atorada en la garganta". Los síntomas generales son agitación, palidez, edema de los tobillos, disnea, las pacientes son delgadas, con facies pálidas y demacradas, boca delgada, de color rojo cinabrio, labios inelásticos, casi siempre no tienen dientes y toleran mal las dentaduras postizas.

Tratamiento.- Terapéutica a base de hierro y complejo vitamínico B.

ANEMIA PERNICIOSA

Anemia de Addison o Anemia de Biermer.

Es una enfermedad crónica por deficiencia de factor intrínseco necesario para la absorción en el ileon de vitamina B12.

Manifestaciones bucales.- La lengua constituye - la principal entidad clínica. Aparece atrófica, despapilada, edematosa, brillante, lisa, se mantiene inmóvil "descansa en la boca como plomo", dolor de lengua, dificultad al deglutir, aparece en forma de punta y color rojo intenso en la punta y bordes y se vuelve rígida.

Tratamiento.- Grandes dosis de vitamina B₁₂ por vía parenteral, una inyección mensual durante toda la vida del paciente. Si hay déficit de hemoglobina, administrar también ácido fólico, con precaución, nunca se debe dar si no es anemia perniciosa y si no hay baja de hemoglobina.

ENFERMEDAD DE ADDISON

Se debe a la hipofunción de la corteza suprarrenal.

Etiología.- Variada, puede producirse la tuberculosis, una terapéutica prolongada con esteroides corticosuprarrenales exógenos.

Se caracteriza por debilidad progresiva, pérdida de peso, hipotensión, anorexia, vómitos, diarrea, pigmentación parduzca de la piel y mucosas, pecas pardas - en la cara o negras que podrían hacer pensar en quemadura solar.

Manifestaciones bucales.- Pigmentación negro azulosa o gris parduzca de la mucosa de la mejilla, encías, paladar y lengua.

Tratamiento.- Antibioterapia profiláctica y hospitalización.

ENFERMEDAD DE RECKLINGHAUSEN

Es una enfermedad neurofibromatosa familiar múltiple caracterizada por la presencia de nevos, tumores subcutáneos como neurofibromas, neurilemomas, lipomas y hemangiomas. Es hereditaria y se trasmite con carácter dominante.

En la mucosa bucal aparecen pigmentaciones y formaciones neurofibromatosas de consistencia elástica y la presencia de macroglosia neurofibromatosa. (Ver neurofibroma).

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Recibe el nombre también de Parálisis Agitante, puede ser consecuencia de una encefalitis letárgica, pero en muchos casos no existe ninguna lesión previa del SNC.

Es una enfermedad de los ganglios basales del sistema nervioso central caracterizada por temblores musculares rítmicos y grados variables de rigidez. Temblor típico de los músculos masticadores y muy pronunciado en la lengua, el habla es monótona y uno de los síntomas notables es la salivación.

Tratamiento.- Neurocirugía o la aplicación de la L-dopa.

LINFOGRANULOMA VENEREO.

Etiología.- La produce el virus del género Miyagawanella.

La enfermedad se transmite por contacto sexual.

La afección intraoral se manifiesta por lesiones

Únicas, discretas, pasajeras en la punta de la lengua o amígdalas, con linfadenitis regional, fotosensibilidad sobre todo alrededor de la cara y cuello junto a una erupción. Se observa también una esclerosis crónica con engrosamiento ulcerativo de la parte anterior de la lengua, donde residía la lesión primaria.

La lengua presenta pequeñas úlceras ligeramente dolorosas con bordes blandos en la punta.

El diagnóstico se establece por antecedentes de lesiones anogenitales y de una prueba de Frei positiva.

El tratamiento debe ser sintomático para vencer la infección secundaria.

ACRODINIA

Es una enfermedad rara, llamada también Enfermedad de Swift o de Pind, que interesa principalmente a los pediatras.

Se debe a la utilización de compuestos mercuriales.

Se caracteriza por enrojecimiento, hinchamiento, prurito y dolor en extremidades, taquicardia, hipertensión, descamación de plantas de los pies.

Signos bucales.- Sangrado de encías, exfoliación de dientes de leche, úlceras en encías, mucosa bucal y lengua, bruxismo.

Tratamiento.- Buena ingestión de alimentos, evitar todo contacto con mercurio.

MIXEDEMA

Se debe a la falta de funcionamiento de la glán-

dula tiroides.

Mixedema juvenil.- Los primeros signos son: falta de actividad física, embotamiento mental, dificultad para concentrarse, los tejidos pseudoedematosos, retraso general del desarrollo óseo. Ganan peso a pesar de la falta de apetito.

Manifestaciones orales.- Salida tardía de los dientes, deformidad de maxilares, sensibilidad a la caries, maloclusiones, macroglosia, lengua gruesa.

Tratamiento.- Administración de sustancias tiroideas sintéticas.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*.

Los síntomas son: pérdida de peso, anorexia, fatigabilidad, aceleración del pulso, tos persistente acompañada de esputo teñido de sangre, hemoptisis, aumento de la temperatura en la tarde.

Manifestaciones orales.- Se producen lesiones en la boca por traumatismos, ya que si el epitelio está sano, no se observan lesiones, la lengua es el foco más frecuente de las lesiones, pero pueden encontrarse también en: mejillas, labios, paladar y glándulas salivales.

Las lesiones linguales son frecuentes y dolorosas, se presentan en los lugares donde los bordes del órgano entran en contacto con dientes rugosos, agudos o rotos, se han encontrado úlceras tuberculosas indoloras en lugares donde el paciente se mordía la lengua. Las úlceras centrales profundas de la lengua tienen aspecto típico y un fondo cubierto de una sustancia mucoides

pesa. Las úlceras dificultan la deglución, habla.

Tratamiento.- Las lesiones bucales se trata de - establecer buena higiene, eliminando los focos de infección con estreptomocina para las lesiones de la lengua. El tratamiento general con ácido paraaminosalicílico, - ácido isonicotínico, estreptomocina, reposo y buena alimentación.

ESCLERODERMIA.

Es una enfermedad de la colágena de etiología - desconocida, que se caracteriza por endurecimiento y rigidez de la piel y los tejidos subcutáneos. La piel se presenta de color blanco marfil, endurecimiento de la - piel de la cara y las comisuras labiales con rigidez de los labios lo que dificulta el examen de la boca.

Son focos comunes las lesiones de la lengua, paladar blando y laringe. La lengua puede estar tan rígida que se dificulten la ingestión de alimentos y el habla. Existe también resorción de hueso alveolar, falsa anquilosis de la articulación temporomandibular.

Tratamiento.- Es difícil tratar la esclerodermia, con extracto de ovario de cerdas cargadas llamado "relaxina" aumenta la elasticidad de la piel y útil para la cicatrización de las ulceraciones. También es útil la ACTH y la cortisona.

DIABETES MELLITUS

Es un trastorno crónico del metabolismo de los - hidratos de carbono producido por una deficiencia relativa o absoluta de insulina.

Los síntomas clínicos clásicos: polidipsia, poli- fagia y poliuria, con pérdida de peso, debilidad, reti-

ropatía, nefropatía, arterioesclerosis, pielonefritis, ataque a la médula espinal, impotencia sexual, aliento cetónico, pudiendo llegar hasta el coma diabético y muerte.

Manifestaciones orales.- Xerostomía, coloración roja oscura de las mucosas, ardor bucal, lingual, encías hipersensibles, nódulos de xantomatosis en la lengua, dolor dental en dientes clínicamente sanos, sangrado e hinchazón gingival, pérdida del hueso alveolar, bolsas periodontales profundas que originan abscesos periodontales, hay poca resistencia a la infección, la lengua aparece agrandada, indentada, sensación de ardor de lengua, sensación de calor en la boca, hipermovilidad dentaria.

Tratamiento.- Comprende insulina, hipoglucemiantes bucales, dieta controlada. Para cirugía bucal se debe hacer cuando la curva de glucosa en sangre es descendente, sedantes preoperatorios, anestesia con poco vasoconstrictor. Todas las intervenciones quirúrgicas deben ser atraumáticas con administración preoperatoria de vitamina C y complejo B.

SIFILIS

Es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum*, que se transmite en forma directa por una persona infectada.

Las lesiones de sífilis se encuentran en la faringe, amígdalas, bordes laterales de la lengua y labios.

Periodo primario.- Después de un periodo de incubación de 3 semanas se forma un infiltrado inflamatorio, erosivo o ulcerado en el lugar de la infección.

(Chancro) se localiza en los labios, punta de la lengua, amígdalas. El chancro es un nódulo redondo u ovalado, indoloro, duro, rojo que se ulcera, en la lengua el chancro se localiza en la punta. Los chancros se encuentran casi siempre infectados de espiroquetas, y cura al cabo de unas semanas.

Periodo secundario.- Después de 8 a 10 semanas del contagio, aparece un exantema generalizado (la erupción maculopapulosa es de escaso relieve). En la lengua se observan placas mucosas y en los ángulos de la boca pápulas parecidas a rágades.

Periodo terciario.- Inciden en los labios y cavidad oral formándose granulomas indoloros que se necrosan por colicación (gomas). Después de la perforación, se forman úlceras delimitadas en sacabocados que cicatrizan en varios meses.

Existe una forma de sífilis terciaria que afecta a la lengua como si se tratara de una glositis intersticial difusa, formada de induraciones irregulares no ulceradas, con surcos asimétricos alternando con leucoplasia y zonas lisas que cubren todo el dorso de la lengua. Al principio la lengua aumenta de tamaño pero más adelante puede sufrir un retraimiento. Se considera como lesión precancerosa ya que se desarrolla después un carcinoma de células escamosas.

Tratamiento.- Administración de antibióticos (penicilina g benzatínica en dosis inicial de 2 millones de unidades, 6 4 millones de penicilina g procaínica) si es sensible a la penicilina (eritromicina de 500 mg c/6 hs. durante 10 a 15 días o tetraciclinas).

LEPRA

Es un granuloma infeccioso producido por el *Mycobacterium leprae*.

Se caracteriza por destrucción tisular lenta ocasionando grandes deformaciones, úlceras y anestesia en la zona afectada.

Manifestaciones bucales.— Masas pequeñas tumorales (lepromas) que se rompen y ulceran por trauma o infección secundaria, las lesiones se localizan en labios, paladar duro y lengua. Los dientes casi desaparecen dentro de los tejidos hipertróficos. Las lesiones sangran con facilidad, la saliva es viscosa. La lengua muestra pliegues profundos y después deformidad cicatrizal. Las lesiones de lepra en lengua se acompañan de leucoplasia.

El bacilo ataca también los nervios periféricos, con zonas de anestesia que duran meses o años antes de las lesiones visibles.

Tratamiento.— Vacuna BCG inmuniza. Los derivados de las sulfonas. Con Promín, Diasona y Promizol se logra curar la mucosa bucal y el estado general del paciente.

TELEANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA

Se transmite como característica mendeliana dominante.

Se caracteriza por angiomas, en particular en la región peribucal, conjuntivas, mejillas, dedos, orificios nasales, lengua y mucosa de la nariz y boca. Las lesiones pueden existir desde la infancia, pero en general aparecen en la pubertad y empeoran con el tiempo. — Dan lugar a hemorragia profusa a consecuencia de trauma

tismos o espontáneamente. La hemorragia espontánea puede seguir a una epistaxis.

En las lesiones bucales la hemorragia es intensa varias veces al día durante varias semanas. En ocasiones sangran con solo tocar las lesiones con algodón. El sangrado no se acompaña de ninguna alteración del tiempo de coagulación, tiempo de sangrado o recuento de plaquetas.

La lesión típica es una mácula plana de color rojo cereza, con aspecto de araña aplanada. Las lesiones pierden color al aplicar presión (con la punta de un lápiz) no muestran pulsación, la pérdida de sangre es abundante y hace pensar que se cortó una arteria por las pulsaciones.

Tratamiento.- El tratamiento inmediato es controlar la hemorragia.

Administración de estrógenos para evitar las crisis hemorrágicas, hierro por vía bucal para corregir la anemia producida por las repetidas hemorragias.

CAPITULO VI

MANIFESTACIONES LINGUALES EN PROCESO CARENCIALESCARENCIA O DEFICIENCIA DE VITAMINA "A".

La mucosa lingual, como la del resto de la boca, se encuentra seca, dura y moteada.

ARRIBOFLAVINOSIS.

Carencia de Vitamina B₂.

Las 2 manifestaciones más importantes son la glositis y la queilitis. Puede existir una ligera glosodinia. Las papilas linguales se agrandan en las primeras fases de la deficiencia dando a la lengua un aspecto granular. Seguido el agrandamiento por la denudación y congestión capilar que produce una coloración rojo púrpura de la lengua. Y queilosis angular.

La cantidad diaria de riboflavina que se recomienda en la dieta es de 1.5 cm³ en mujeres y 1.8 cm³ - el hombre.

DEFICIENCIA DE TIAMINA O VITAMINA B₁

Esta deficiencia ocasiona degeneración del sistema nervioso. Las lesiones de la boca no son constantes. La lengua puede estar edematosa y enrojecida y las encías, inflamadas. Hipertrofia de las papilas fungiformes.

La lengua y la mucosa presentan hipersensibilidad. Lengua indentada.

Síntomas generales.- Irritabilidad, beriberi, -

pérdida de apetito, náuseas y vómito.

Tratamiento.- Dosis de tiamina de 50 mg 3 veces al día, con otros componentes de vitamina B y también - vitamina C.

CARENCIA DE PIRIDOXINA O VITAMINA B₆

Produce dermatitis en los ojos y cejas, convulsiones y retraso mental, conjuntivitis, queilosis, neuritis periférica, glositis.

La glositis va asociada con edema de la lengua, leve glosodinia, atrofia de las papilas, especialmente en la punta y una capa de color púrpura en el dorso de la lengua.

La dosis terapéutica es de 2 a 5 mg por día junto con otros elementos del complejo B y vitamina C.

BIOTINA

La deficiencia de biotina es improbable, por su amplia distribución. Su deficiencia puede producir dermatitis descamativa, palidez de la mucosa. Se observa palidez de la lengua y atrofia papilar parecida a la lengua geográfica.

ACIDO NICOTINICO, O NIACINA.

La prolongada deficiencia de niacina origina la pelagra.

Las alteraciones orales más características se presentan en la lengua. La descamación de las papilas linguales da origen a la "lengua calva". Al principio solo afecta la punta y los bordes, después toda la lengua puede estar enrojecida y tumefacta, a lo largo de los bordes se observan indentaciones producidas por los

dientes debidas a la tumeración. Luego se produce una descamación generalizada del dorso de la lengua, volviéndose seca y aspecto rojo musculoso, las papilas se atrofian y necrosan. En el tejido necrótico puede sobreañadirse una infección moniliásica o de Vincent que conduce a una saburra blanquecina de la lengua, volviéndose ésta muy sensible, con dolor al comer o al beber.

Las encías en la pelagra, están rojas, sangrantes y labios agrietados.

Tratamiento.- Ingestión diaria de 15 a 30 mg de niacina.

ACIDO PANTOTENICO

El ácido pantoténico se encuentra en animales y vegetales, la deficiencia inducida produce: fatiga, náuseas, cefalea, hiperactividad de la corteza suprarrenal y parestesias.

Origina una forma especial de glositis y queilosis.

El requerimiento diario es de 10 mg.

ACIDO FOLICO

También llamada vitamina L o M, su deficiencia origina la anemia macrocítica con lesiones gastrointestinales (diarrea, alteración de la absorción intestinal).

Las manifestaciones orales incluyen estomatitis generalizada, glositis, queilosis y queilitis.

La lengua se vuelve edematosa y roja en la punta y bordes. La atrofia papilar confiere un aspecto rojo encendido y liso al dorso y hay dolor de la lengua. En ocasiones también úlceras y fisuras en la lengua.

Tratamiento.- La dosis terapéutica es de 5 mg - diarios junto con elementos del complejo B y vitamina C.

VITAMINA B₁₂ o CIANOCOBALAMINA

Factor contra anemia perniciosa. Se obtiene en el laboratorio a partir de *Streptomyces griseus*. Es indispensable para el crecimiento, nutrición y hemopoyesis, interviene en la integridad de las células epiteliales y fibras mielínicas.

Si deficiencia produce la anemia perniciosa con médula ósea megaloblástica, se presenta inflamación y atrofia de la lengua, mucosa oral y conducto gastrointestinal. La mayoría de los pacientes presentan úlceras linguales que duran varias semanas, durante la cual la lengua se vuelve dolorosa, enrojecida y toda la boca con sensación urente o sensible a la comida. Con frecuencia aparece atrofia de las papilas linguales, blanqueamiento de las encías como queilosis y queilitis. Se produce también neuralgia del trigémino.

El requerimiento diario no se ha establecido aún, pero 1 mg diario será necesario. Para la neuralgia del trigémino se necesita 1000 mg diarios inyectados.

ENFERMEDADES NERVIOSAS

GLOSOPIPOSIS O GLOSODINIA

Es una parestesia lingual caracterizada por una sensación de ardor y dolor de carácter urente.

Se acompaña de xerostomía. Se presenta en pacientes nerviosos y tensos. Los síntomas de lengua ardorosa y dolorosa se acompañan de atrofia papilar de color rojo intenso. Las parestesias linguales son muy frecuentes entre la 4a. y 7a. década de la vida.

Etiología. Causas diversas como:

Anemias; Hipocrómica esencial, monolítica, perniciosa (glositis de Hunter).

Avitaminosis: "A", del complejo B₂ (riboflavina, ácido nicotínico, y B₁₂).

Síndromes de; Sjögren y de Plummer-Vinson.

Estados fisiológicos; menstruación, embarazo, menopausia.

Intoxicaciones con bario.

Psicógenas.

Tratamiento.- Combatir la causa, general o local (prótesis defectuosas). Evitar los alimentos muy calientes. Retener unos minutos en la boca unos sorbos de Coca-cola muy fría, antes de las comidas. Vitamina B. Sedantes y analgésicos generales. Psicoterapia.

NEURALGIA DEL GLOSOFARINGEO.

Se presentan dolores paroxísmicos unilaterales -

referidos a la base de la lengua, región amigdalara, faringe y oído interno; durante la crisis, los pacientes experimentan una sensación de "llaga" o quemadura muy molesta. En algunas crisis el dolor suele aparecer al hablar o deglutir cuando los alimentos pasan frente a las zonas desencadenantes. En ocasiones durante el ataque aparece una tos o pierden el habla.

Tratamiento.- Anestésiar la garganta (amígdalas y faringe) con anestésico local, para que el paciente pueda comer, deglutir o hablar. Administrar grandes dosis de vitamina B, o inyección de alcohol en el nervio o la sección intracraneal del noveno par.

CAPITULO VII

NEOPLASIAS

Los tumores de la lengua se clasifican en benignos y malignos.

Los primeros se agrupan en: quistes (glandulares, hidatídicos y congénitos), vasculares (angiomas, linfangiomas), conjuntivos (fibromas, lipomas), epiteliales - (papiloma, leucoplasia), y de estructura tiroidea (bocio lingual).

Este último es debido a la presencia de tejido tiroideo aberrante a causa de un trastorno de la involución embrioplástica a partir del esbozo tiroideo medio. El lugar predilecto de la aparición es la base de la lengua a nivel del foramen caecum.

Clinicamente, estos tumores comienzan por un simple aumento de volumen de la zona lesionada y permanecen ignorados por ser poco o nada molestos. Aparecen trastornos de la fonación, masticación y deglución. Los situados en la parte posterior de la lengua, sobre todo si son pediculados, pueden obturar parcial y momentáneamente la laringe, determinando con ello crisis angustiosas de sofocación o tos espasmódica persistente.

Los quistes al infectarse secundariamente, originan flemones de la lengua. El epiteloma de la lengua asienta en la parte media o posterior de los bordes laterales. Es más frecuente en varones y fumadores y bebedores. El epiteloma superficial (procede del vértice de las papilas) es más frecuente que el profundo, que comienza en los surcos interpilares.

Las metástasis cervicales ipsolaterales son más

frecuentes que las colaterales, al ulcerarse causa violentas neurelgias glossofaríngeas, conduce a la caquexia lo mismo que el sarcoma de asiento en el dorso y base de la lengua.

Los tumores malignos de la base de la lengua, por detrás de la V lingual motivan sensación de cuerpo extraño y dificultad en la movilidad de la lengua, después aparece dolor con el solo paso de la saliva y dolor espontáneo, por la irritación del nervio glossofaríngeo, dolor hacia el oído. Sialorrea fétida, hemorragias, a veces cataclísmicas y caquexia que desemboca en la muerte del paciente, precedida a veces de complicaciones respiratorias graves.

Tratamientos.

Los tumores benignos deben extirparse para evitar su transformación maligna e infección, sobre todo si dificultan la masticación, fonación o deglución. Los tumores malignos requieren medios quirúrgicos (extirpación total o parcial de la lengua, con ablación de las adenopatías metastásicas) y físicos. Si se opera a tiempo puede obtenerse una larga supervivencia, sobre todo si se localizan en los 2 tercios anteriores.

El diagnóstico precoz de los mismos se obtiene gracias a la extensión bióptica, examen citoquímico y rayos X.

PAPILOMA

Es una neoplasia benigna de epitelio escamoso, de etiología desconocida. Es un tumor o neoformación pedunculada con la superficie arrugada y aspecto de coliflor, su color puede ser gris o blanco grisáceo. Por lo general, el papiloma es una masa única o aislada, -

bien delimitada, sin induración de los tejidos vecinos, a veces se encuentran papilomas múltiples. Se localiza en cualquier lugar, es más frecuente en los labios, mucosa labial y lengua.

Los papilomas del paladar duro, encías, lengua y labios suelen estar recubiertos de queratina o paraqueratina, y presentan cierta dureza.

Historia clínica.- Como en los demás tumores benignos, la historia indica una existencia desde hace mucho tiempo y un crecimiento lento.

Histología.- Está formado principalmente por una hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada, parecida a un árbol, que se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

Tratamiento.- Extirpación total, generalmente con un amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

La papilomatosis múltiple tiende a malignizarse.

FIBROMA.

Es la neoplasia benigna de la boca más frecuente. Se presenta en personas de todas las edades, puede proceder de cualquier tejido blando, aunque se localiza en las encías, mucosa bucal y lengua.

Aspecto clínico.- Tiene todas las características de una neoplasia benigna (masa redondeada, prominente, pedunculada, color rosa pálido y de consistencia dura) es una masa prominente de tamaño variable, de superficie lisa y de forma curva simétrica, redondeada, oval

da o elíptica; su base puede ser sésil pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes por un estrecho pedículo, su color es parecido al de los tejidos normales o algo más pálido. Pueden encontrarse fibromas "blandos", su consistencia se debe a un contenido de tejido fibroso menos compacto.

El fibroma puede desplazarse con facilidad de uno a otro lado sin alterar los tejidos que lo rodean, lo que permite pensar que no es invasor o infiltrable. En la lengua, se presenta como una prominencia, dura, no dolorosa, de fácil movilización debajo de la membrana mucosa.

Histología.- El fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en el interior de los cuales hay fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización varía, desde un pequeño número de capilares, hasta muchos.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica.

FIBROSARCOMA

Tumor maligno de los fibroblastos.

Histológicamente, una neoformación fibroblástica debe considerarse maligna si presenta anaplasia, imágenes mitóticas, invasión vascular, afectación linfática, los núcleos fibroblásticos, fusiformes tienden a adoptar una forma pleomórfica redondeada, con lo que las células ya no pueden asociarse para la formación de colágena o reticulina.

Clinicamente los fibrosarcomas orales aparecen en todas las edades, pueden estar pedunculados o en situación más profunda, sin que originen signos fuera de lo normal, son de avance lento.

El fibrosarcoma oral o paraoral de grado elevado, origina metástasis por vía sanguínea principalmente a los pulmones.

Tratamiento.- Tratamiento precoz del cáncer antes de que produzca metástasis.

NEUROMA

Neuroma traumático o por amputación.

Es la proliferación reparadora no neoplásica de los nervios periféricos en el lugar del traumatismo. - Sus principales componentes son los cilindroejes neuronales y las células del neurilema. Representa un intento por parte de los nervios y las células neurilémicas de restablecer la inervación existente antes del traumatismo.

Clinicamente los neuromas traumáticos se producen en sitios de lesiones previas, irritaciones crónicas o procedimientos quirúrgicos.

Entre las localizaciones orales están, la lengua, labio, mucosa bucal y suelo de la boca. El dolor y una sensibilidad exquisita son síntomas que acompañan, aunque no necesariamente, los neuromas son redondeados y - movilizables y miden menos de 3 cm. de diámetro.

Microscópicamente.- Los neuromas traumáticos contienen fibras nerviosas periféricas, pequeñas, enredadas o arracimadas.

El neuroma es una proliferación localizada o excesiva de la terminación de un nervio lesionado. Puede localizarse después de una extracción o de cualquier técnica quirúrgica de la zona del agujero oval. Se presenta como un nódulo prominente, duro, de color rosa pú

lido, sin bordes definidos, de palpación dolorosa.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica.

NEUROFIBROMA.

Puede ser un tumor solitario, o lo más frecuente, ser una localización de una enfermedad múltiple o diseminada conocida como neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen de la piel.

Quando el tumor oral es solitario, es una neoplasia benigna, la afectación oral más frecuente es la macroglosia e hipertrofia ósea, el color es rojo brillante, con desaparición de las papilas en el sitio del tumor. El neurofibroma puede transformarse en maligno.

Histológicamente, las células neurilémicas y fibroblastos originan diversas combinaciones, es frecuente que los axones atraviesen el tumor.

Tratamiento.- Depende del tamaño, localización, cuando el tumor origina desfiguración, o cuando sea traumatizado, se recomienda la extirpación quirúrgica, la electrocauterización, radioterapia.

NEURILEMOMA. (Schwannoma, Neurinoma).

Tiene su origen en las células neurilémicas, de una neoformación bien definida que se asienta en el tejido conjuntivo.

Clinicamente, el neurilemoma aparece como una masa indolora de crecimiento lento, siendo su localización oral más frecuente la lengua, en donde puede alcanzar un tamaño considerable.

Son las masas más frecuentes de los nervios peri

féricos, craneales o simpáticos. Son tumores encapsulados de consistencia dura y elástica, su color varía desde el blanco al amarillo, con algunos focos necróticos y hemorrágicos. En ocasiones ataca el nervio vago, aparece a nivel del cuello.

Microscópicamente aparecen núcleos en empalizada, es frecuente un tejido degenerativo, más laxo, menos denso y con células escasas. Los núcleos en empalizada dispuestos a ambos extremos de las fibras colágenas, hialinización, cubiertas perivasculares.

Tratamiento.- Quirúrgico.

LIPOMA.

Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo, se observa en toda la mucosa oral, predominando en la lengua, mejillas y suelo de la boca.

Clinicamente, los lipomas orales son unas masas amarillas, blandas y de lento crecimiento. A menudo con una periferia delicada, lisa y encapsulada o pseudoencapsulada. Paros veces son dolorosos, a pesar del gran tamaño.

Se pueden presentar lipomas linguales en la diabetes mellitus.

Microscópicamente.- Las células grasas maduras se caracterizan por lo que no tienen (es decir grasa citoplasmática disuelta durante el proceso histico).

Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas con un núcleo aplanado y en situación periférica, vascularización mínima.

Tratamiento.- Escisión quirúrgica.

HEMANGIOMA.

Es una neoplasia benigna de los pequeños vasos - sanguíneos, formado por células endoteliales como reves timiento y que contienen sangre.

Aunque los hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos son congénitos, estos últimos presentan crecimiento activo durante semanas o meses, luego se es tacionan, regresan e incluso desaparecen.

Basándose en su tamaño y en su aspecto histológico, a estos tumores de los vasos sanguíneos se les denomina de tipo: cavernoso o capilares.

El hemangioma capilar es más frecuente que el ca vernoso. Es una masa de tamaño pequeño o moderado, algo elevada, bien limitada, de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda. A veces, al com primir el tumor, puede vaciarse su contenido sanguíneo, causando la palidez del tumor. Los hemangiomas palidecen a la presión, al retirar la presión puede verse có mo la sangre llena otra vez el tumor. Este único dato - lo distingue rápidamente.

El hemangioma cavernoso es de origen congénito.- Sus localizaciones más frecuentes son la lengua y mucosa bucal. Es de mayor tamaño que el anterior. Es una masa grande redondeada, color púrpura o azul claro, de consistencia blanda o semisólida, sin bordes definidos, confundándose a veces con los tejidos vecinos. A ve ces aparece como una placa plana o poco elevada en la parte dorsal de la lengua.

Los 2 tipos de hemangiomas datan de años y ape nas ligero crecimiento.

Histológicamente.- El hemangioma capilar contiene numerosos capilares pequeños limitados por endotelio, - el cavernoso tiene grandes y dilatados vasos, limitados también por endotelio. Los espacios vasculares están llenos de sangre, pero a veces se observa líquido linfático.

Tratamiento.- Cuando el hemangioma es pequeño, y no presenta problemas estéticos o funcionales no se indica la intervención. Si el tumor produce desfiguración o sea traumatizado, dejando secuelas hemorrágicas, si está justificada la intervención quirúrgica con extirpación de líquidos esclerosantes, electrocauterización. Puede preferirse un tratamiento con radioterapia en niños pequeños.

LINFANGIOMA.

Tumor benigno cuyas células forman espacios ocupados por linfa o líquido seroso y están revestidos por endotelio.

La lengua es el lugar más frecuente de los linfangiomas.

Clinicamente los linfangiomas orales se diferencian de los hemangiomas por ser incoloros o ligeramente azules, de consistencia blanda e indoloros.

Si se afecta la lengua, se presenta macroglosia, no es raro su carácter clínico papilar en la lengua.

El proceso higroma quístico es la afectación linfangiomatosa de las partes blandas, esta afectación es más profunda y extensa y alcanza la musculatura del cuello produciendo tortícolis.

Microscópicamente, aparecen espacios vasculares, de tamaño variable, revestidos de células endoteliales, a veces hay estructuras valvulares. En los espacios — aparecen elementos sanguíneos, y líquido linfático.

LEIOMIOMA

Tumor benigno de células de músculo liso, es una masa aislada e indolora en la superficie lingual o el paladar o labios.

LEIOMIOSARCOMA

Neoformación maligna del tejido conjuntivo que surge en donde existían las células de músculo liso, son tumores indoloros.

Buford describió neoplasias linguales de musculatura lisa.

Microscópicamente, los leiomiomas y los leiomiomasarcomas revelan sus células de origen, con núcleos fusiformes y citoplasma eosinófilo, miomatoso. Una característica es la disposición de las células en grupos grandes como fascículos que se entremezclan. La actividad mitótica identifica la malignidad.

Se encuentran metástasis ganglionares y generalizadas a pesar de la extirpación quirúrgica radical.

Tratamiento.— Quirúrgico, con riesgo de recidiva.

MIOMA

Neoplasia de músculo liso y estriado, son benignos.

Se localizan en lengua, paladar blando en los que sus características clínicas se parecen a las "de libro" del fibroma.

Son masas prominentes, lisas, redondeadas, de consistencia dura, otros son más profundos, limitados y duros, se parecen mucho al fibroma de la lengua y al tumor mixto del paladar blando, lo que obliga a una biopsia y diagnóstico histopatológico antes de su extirpación quirúrgica.

MIOBLASTOMA

Neoplasia benigna de células granulares, de amplia distribución y que puede ser múltiple. La localización preferida es la lengua. Se han encontrado hasta 5 mioblastomas en la lengua.

Las lesiones son de tamaño pequeño (menos de 2 a 3 cm) indoloras, no ulceradas y de color blanco o amarillo.

Histológicamente las células granulosas son grandes y poseen un citoplasma granuloso claramente eosinófilo, las células separadas por tejido conjuntivo fibroso, colágeno irregular.

Tratamiento.- Como en los demás tumores, extirpación quirúrgica.

RABDOMIOMA

Tumor benigno de la musculatura estriada.

La cabeza y el cuello, sobre todo la lengua, la faringe y la laringe han sido lugares preferidos para la localización del tumor.

Clinicamente se presentan como masas indoloras, con años de evolución, encapsulados, circunscriptos, sin recidivas, con células parecidas a las del músculo estriado y células granulosas grandes con estriaciones cruzadas y citoplasma granuloso y eosinófilo.

Estas lesiones difieren del mioblastoma en que - el rhabdomioma se encuentra glucógeno y glucoproteínas y dan positiva la reacción de ácido peryódico de Schiff.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica, sin recidivas.

RABDOMIOSARCOMA.

Neoplasia maligna del músculo estriado o voluntario.

La lengua es el lugar preferido, luego el paladar blando, duro.

Estos tumores tienen un crecimiento rápido, se presentan como masas indoloras tanto en niños como en adultos jóvenes. La edad media de presentación es de 20 años. La duración de los síntomas antes del diagnóstico oscila entre uno y 6 meses.

Microscópicamente, se dividen en 4 tipos: alveolar, pleomorfo, embrionario y botriode, este último da la impresión de un racimo de uvas.

La fasciculación y las estriaciones cruzadas son pruebas del origen muscular, la presencia de células tumorales gigantes, con núcleos gigantes o múltiples, citoplasma miomatoso. Se producen metástasis a ganglios linfáticos, pulmones, huesos, cerebro y otros lugares.

TERATOMA

Es una auténtica neoformación compuesta de múltiples tejidos.

El teratoma lingual es raro, se presenta como una masa de 7 cm. de dimensión que hace protusión desde la boca de un lactante del sexo femenino ya al nacer, - la inmediata extirpación quirúrgica no presentó compli-

caciones y el lactante vivió sin recidivas en 5 años.

Histológicamente, se encontró tejido adiposo, fibroso, hueso, piel, cartilago y tejido glandular.

CANCER DE LA LENGUA.

El carcinoma lingual es un tumor intraoral maligno, común e importante. Altamente mortal. Predomina en el sexo masculino en los últimos años de la edad adulta.

Los síntomas, las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual, varían según su localización. Se localiza principalmente en el borde lateral del tercio medio. Es una masa, a menudo indolora o dolor simulando una faringitis que es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua. También la afectación del nervio glosofaríngeo puede provocar un dolor referido a los oídos, la disfagia o la presencia de un bulto en el cuello puede ser la manifestación inicial.

El carcinoma de los 2 tercios anteriores de la lengua aparece como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia) o como una zona indolora de ulceración o descamación superficial. A medida que la lesión avanza, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

El carcinoma puede evolucionar según 2 patrones: infiltrativo o exfolítico.

Las lesiones infiltrativas pueden progresar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar de que en la superficie la diseminación y ulceración sean relativamente escasa, excepto en fase avanzada.

Los carcinomas exfolíticos adoptan el aspecto de una masa fungosa y ulcerada.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua -

son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrarse. El signo más frecuente es una zona indurada a la palpación profunda, a menudo existe ulceración aunque no se vea solo que se traccione la lengua hacia adelante y se observe la lesión con espejo. En lesiones avanzadas la lengua se fija a los tejidos circundantes.

El carcinoma siempre da metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

CARCINOMA VERRUGOSO.

Etiología.- Por el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé, la lesión va precedida de leucoplasia y evoluciona en forma indolora.

Clinicamente se presenta como una gran masa papilar que se extiende sobre la mucosa, muy blanda, no presenta induración como el carcinoma epidermoide, su color varía desde blanco a rojo, según la queratinización. El tumor está formado por numerosas excrescencias papilares múltiples con fisuras profundas entre las proyecciones papilares. No es frecuente las ulceraciones. Se caracteriza más por la propagación lateral extensa que por la invasión profunda.

Características anatomopatológicas, el tumor se manifiesta como un complejo de múltiples pliegues de epitelio escamoso diferenciado, acantosis con penetración al tejido subyacente. Las proyecciones epiteliales tienden a hincharse en profundidad, como si "empujaran".

Pronóstico.- Los pacientes con carcinoma verrugoso el pronóstico es más favorable que el carcinoma de células escamosas.

CANCER LINGUAL

TUMORES MALIGNOS DE LENGUA

EPITELIOMA DE LA LENGUA

Es la forma más frecuente y se encuentra especialmente en el hombre entre los 60 y 70 años, existen 2 formas:

1.- Epiteliomas de la parte móvil de la lengua.

Se trata de un tumor ulcerado, con bordes elevados, salientes y una base indurada y mal limitada.

Es importante juzgar la extensión del tumor: la palpación lingual permite precisar:

- la extensión en la masa muscular lingual, en la que el septum lingual forma una barrera, sobrepasada bastante tardíamente;
- la extensión en el plano sagital; con la mayor frecuencia se hace principalmente hacia la parte posterior;
- la extensión hacia la cara inferior y el suelo de la boca.

El estudio de los movimientos linguales confirma la extensión de la neoplasia.

La protracción puede estar alterada y la lengua desviada.

La adenopatía en esta fase es constante y a veces fija y adherente, es la llamada adenopatía "cáncer-inflamatoria", sobre la cual los antibióticos pueden tener buenos efectos.

Evolución.- Los dolores, especialmente otalgias,

aparecen y pronto su intensidad obliga a tomar analgésicos en cantidades. El tumor continúa creciendo, ocasionando una saliente abundante, alterando la deglución e impide un cierre bucal completo; las masas ganglionares confluyen, se fijan a la piel y se ulceran.

La muerte sobreviene por caquexia, frecuentemente acelerada por hemorragias repetidas.

Tratamiento.- La exéresis quirúrgica puede ser realizada con el bisturí ordinario o mediante la diatermocoagulación.

La fisioterapia se basa principalmente en la radiumpuntura.

La elección del tratamiento depende de la edad del enfermo, de su estado general, del grado de infección de las lesiones linguales, del volumen del tumor y de su extensión local.

La radiumpuntura es evidentemente la terapéutica más utilizada. Sin embargo cuando la lesión está verdaderamente en su comienzo, puede ser tratada por biopsia-exéresis quirúrgica o por radioterapia de contacto, si se trata de una lesión de menos de un centímetro en todas sus dimensiones.

Para algunos la biopsia-exéresis es suficiente, para otros es insuficiente, y esta biopsia debe ir seguida de una aplicación de radium en agujas.

En casos de cánceres muy evolucionados, adheridos al maxilar inferior, el radium no puede aconsejarse; el mejor tratamiento parece ser la diatermo-coagulación, precedida o no de ligadura de la carótida externa.

Tratamiento de los Ganglios Cervicales.

Mediante extirpaciones sistemáticas se han encontrado en el 30% de los casos ganglios invadidos, no perceptibles clínicamente. La ablación se hace 3 ó 4 semanas después del tratamiento de las lesiones linguales; debe ser unilateral, submentoniana, submaxilar y carotídea en los cánceres marginales que no hayan pasado la línea media y unilateral en los que la hayan pasado.

La radioterapia es mucho menos activa sobre los ganglios cervicales que sobre la lesión lingual.

2.- Epitelioma de la parte fija de la lengua.

Se forma por detrás de la V lingual y se parece a los tumores de faringe.

Son raros, de difícil tratamiento y pronóstico sombrío.

Síntomas; disfagia, sensación de cuerpos extraños faríngeos y de mucosidades persistentes. Sólo el examen con espéculo permite reconocer una nudosidad, una ulceración o una infiltración de la base de la lengua; la palpación muestra la existencia de una induración difusa.

Fuertes dolores, sobre todo otalgias, y aparece adenopatía bilateral.

Diagnóstico.- El tumor no es visible, sin embargo, la exploración y la simple palpación debe conducir a la biopsia precoz; es raro encontrar otras lesiones como goma micósica o sífilítico o de ulceraciones tuberculosas.

Tratamiento.- La cirugía no dá resultados. La aplicación de agujas de radium es muy difícil.

CAPITULO VIII

LESIONES TRAUMATICAS DE LA LENGUA.

La lengua puede sufrir 2 tipos de traumatismos; físicos y químicos.

I.- Físicos.- La lengua se lesiona con frecuencia por su contacto con los dientes ya sea en accidentes de tráfico, luchas, caídas, lesiones producidas en el consultorio dental por intervenciones quirúrgicas sobre boca al usar pinzas, elevadores, fórceps, las fresas, que pueden resbalar y lesionar la lengua, o por mordeduras accidentales o en ataques epilépticos.

En los ataques epilépticos las laceraciones linguales producen cicatrices importantes. El encontrar cicatrices linguales debe hacer pensar en antecedentes epilépticos, lo que permite a veces evitar situaciones muy desagradables en especial si es preciso administrar anestesia general.

Al fracturarse un diente, o dejar una mala obturación con bordes cortantes la lengua se roza, produciéndose heridas que sanan pronto, merced a la rica vascularización lingual. Las heridas de la lengua siempre deben suturarse, aunque la hemorragia se pueda controlar sin recurrir a la sutura (Burket).

Las heridas por trauma son generalmente de contornos mellados, se acompañan de hemorragia, edema, dolor y después se infectan.

ULCERAS TRAUMATICAS.

Pueden ser debidas a un golpe, caída, se acompa-

ñan de edema, y tumefacción de los tejidos vecinos.

La infección secundaria modifica el aspecto de la úlcera traumática, hace la lesión más grande, irregular y más prominente y recubierta por una capa más gruesa de escara necrótica, a través de la cual puede observarse un exudado purulento.

La úlcera traumática crateriforme de una neoplasia maligna, no solo en su aspecto sino también por su cronicidad y persistencia.

El examen por biopsia en estos casos, es indispensable y un buen interrogatorio. La úlcera crateriforme traumática es debida generalmente a traumatismos constantes durante un largo periodo de tiempo, que impiden la cicatrización y producen una respuesta de tejido granulomatoso vecino.

Historia clínica.- El diagnóstico de úlcera traumática se establece generalmente a base de la presentación clínica de la lesión, sin embargo cuando las lesiones son múltiples o cuando su aspecto habitual ha sido modificado por una infección secundaria o a traumatismos repetidos, la anamnesis es muy importante. También puede proporcionar auxilio diagnóstico el curso de las lesiones, la mayoría de las úlceras traumáticas tienen corta duración y han existido solo durante 2 a 5 días.

Tratamiento.- En general las úlceras traumáticas cicatrizan sin incidentes en 5 ó 10 días sin tratamiento. Si hay infección secundaria o traumatismos repetidos, se recomienda un antibiótico y evitar el agente causal.

En algunos casos el dolor acompaña a la úlcera, se establece un tratamiento paliativo como la aplica-

ción local de protectores (tintura de benjuí compuesta con preparados adhesivos). En infección secundaria (colutorios antisépticos con soluciones diluidas de peróxido de hidrógeno, Cepacol, si la infección es grave, entonces antibióticos generales.

Quando a pesar del tratamiento, la lesión no cede, después de 2 semanas, debe pensarse en un diagnóstico falso.

ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE.

Con este nombre se conoce las lesiones traumáticas sufridas por la lengua de los lactantes con dientes neonatales.

Al succionar, la punta de la lengua se pone en contacto con los bordes incisivos, desarrollándose una ulceración inespecífica que cura sin complicaciones.

ULCERAS POR IRRITACION

Aparecen a cualquier edad de la vida, a nivel del frenillo en los niños pequeños cuando a causa de los tos, rozar el frenillo con los incisivos y en los obesos, que al rocar, proyectan la lengua hacia delante. Son más frecuentes en los bordes linguales y en el rafe palatino.

La úlcera, muy dolorosa, no tiene tendencia a profundizar, con límites precisos y fijos, rodeada de tejido inflamatorio, puede acompañarse de reacción ganglionar.

La úlcera desaparece al desaparecer el agente causal, pero puede sufrir la transformación maligna, lo que favorece la teoría irritativa de Virchow.

RAYOS X

Las mucosas son más sensibles que la piel frente a los rayos X.

Las lesiones se caracterizan por enrojecimiento, seguido de edema. La mucosa de la lengua y del paladar raras veces presentan eritema y edema aunque se recubre de unas placas opalescentes parecidas, a las placas mucosas de la sífilis, que pueden ser lisas y regulares o verrugosas e irregulares, desgarrándose fácilmente. Luego se forma una pseudomembrana amarillenta junto con atrofia de las papilas.

QUEMADURAS

Las quemaduras pueden deberse a bebidas o alimentos excesivamente calientes o a instrumentos odontológicos calientes, cera o materiales para impresión.

Las lesiones de primer grado son eritematosas con sensación de ardor. Otras lesiones se forman vesículas que se rompen dejando salir linfa. La gravedad de las lesiones estriba en su profundidad.

Tratamiento.- Principalmente sintomático, colutorios alcalinos.

QUEMADURAS ELECTRICAS

La mucosa oral, a causa de su humedad, tiene una menor resistencia.

Las lesiones electrogalvánicas en forma de corriente eléctrica establecida entre metales de distinto potencial eléctrico empleado en odontología produce lesiones dolorosas y ardorosas, el tejido necrótico suele desprenderse, o en mordeduras de un cordón eléctrico, también se necrosa el tejido, se desprende a las 2 semanas siguientes. La formación de membranas en los la-

bios se observa como secuela de las cicatrices. Con -
presentación de glositis.

Tratamiento.- En las lesiones electrogalvánicas,
suprimir los bordes rugosos de los metales para evitar
la corriente, emplear un solo material de obturación.

OTRAS.- Podemos encontrar también quemaduras por
hábito de fumar al revés formándose depósito de alqui-
trán en la lengua, paladar y dientes.

II.- QUIMICOS

Intoxicaciones con:

PLATA Y ORO

La exposición a la plata puede ocasionar una co-
loración difusa o moteada gris pizarroso en la piel, mu
cosa de las encías, lengua y mejillas. Con gusto metá-
lico, lengua dolorosa y estomatitis.

MERQUARIO

La intoxicación por mercurio produce la enferme-
dad llamada Acrodinia.

AMONIO

La intoxicación por amonio se caracteriza por -
una glositis ampollar motivada por aspiración defectuo-
sa de una pipeta con amonio por descuido.

VINIL-BENCENO

Este compuesto, empleado en la industria del cau-
cho, puede dar lugar a hemorragias en las encías y len-
gua.

ANTIBIOTICOS

Los antibióticos son agentes terapéuticos de extraordinario valor, pero ejercen efectos colaterales - dando lugar a reacciones alérgicas. Las reacciones menores a la terapéutica con antibióticos comprenden urticaria, edema angioneurótico, estomatitis, dermatitis y trastornos gastrointestinales.

PENICILINA.- Es el menos tóxico de todos los antibióticos (Burket) pero también el que produce más - reacciones alérgicas.

El paciente puede sufrir dolor lingual con exfoliación de las papilas filiformes. Un efecto colateral inquietante, pero que no requiere la suspensión de la - terapéutica, es la aparición de lengua negra vellosa.

Los pacientes que desarrollan lengua negra al emplear cualquier antibiótico suelen mostrar otra vez el - trastorno en caso de nueva administración.

ESTREPTOMICINA.- La administración de estreptomicina puede dar lugar a estomatitis erosiva, edema de - los labios y úlceras superficiales de la mucosa labial y lengua. Estos síntomas pueden aparecer algún tiempo después de suspendida la terapéutica con estreptomicina.

CLORAMFENICOL.- Después de administrar cloramfenicol (cloromicetina) pueden producirse lesiones graves e incluso mortales, como púrpura trombocitopénica, neutropenia maligna, agranulocitopenia y anemia aplástica.

No se debe aplicar localmente penicilina o tetraciclinas para el tratamiento de infecciones bucales, - porque puede aparecer hipersensibilidad.

ANALGESICOS, SEDANTES, TRANQUILIZANTES.

FENOFTALEINA.— Es el ingrediente activo de muchos laxantes del comercio y de preparados para hígado y vesícula. La lengua es el foco más común de erupciones por fenoftaleína y pueden consistir en ampollas, vesículas, erosiones o úlceras profundas. Las lesiones se parecen al eritema multiforme.

MEPROBAMATO.— Produce erupciones intrabucales, grandes vesículas en labios, y lengua acompañadas de intenso prurito y ardor de los tejidos, después de la ingestión de 400 mg de meprobamato.

Tratamiento.— El tratamiento de todas las intoxicaciones es suspender el fármaco responsable de las lesiones, puede darse un antihistamínico y las lesiones dolorosas se tratan con trociscos anestésicos.

Reacciones alérgicas vesículo-flicterulares.

Las erupciones vesículo-flicterulares de la piel como manifestaciones de alergias no constituyen ninguna rareza. Las ampollas, que pueden presentarse en diferentes regiones del cuerpo, son elevadas, lisas, pálidas, llenas de un líquido claro y a menudo rodeadas de un halo eritematoso.

Las erupciones vesículo-flicterulares debidas a la alergia son fundamentalmente las mismas cuando se presentan en la boca y cuando aparecen en la piel. Las erupciones pueden aparecer en todas las regiones de la boca pero más frecuentemente en los carrillos, la LENGUA, y los labios. El período de flictena es de corta duración debido a la existencia constante de irritaciones naturales sobreañadidas (humedad, irritaciones fisi

cas y funcionales).

Por este motivo, aunque pueden existir flictenas, las lesiones que se observan suelen ser ulceraciones consecutivas a la rotura de aquellas. Las ulceraciones pueden ser pequeñas o grandes, según el tamaño original de las flictenas. En algunos casos tienen el tamaño de las aftas, un milímetro o más de diámetro, como en la estomatitis aftosa (ulcerativa) recidivante. Pueden existir en número escaso o elevado, redondeadas, de un halo enrojecido.

Las ulceraciones bucales de la alergia tienen un centímetro o más de diámetro (Segarely) aplanadas o ligeramente deprimidas, con bordes de formas irregulares y rodeadas de extensas zonas de inflamación. El fondo de las úlceras puede ser rojo de aspecto cruento, pero están parcial o totalmente recubiertas de escaras grisáceas. Las úlceras son casi siempre múltiples.

Las molestias más frecuentes con intenso ardor y dolor, especialmente al contacto con alimentos y líquidos irritantes y hay gran dificultad o imposibilidad para masticar, hablar o deglutir.

EDEMA ANGIOEDEMATICO

Es probablemente un complejo sintomático y no una entidad clínica separada.

Acompaña a diversas enfermedades infecciosas, trastornos endócrinos o alteraciones emocionales. Algunas veces se relaciona con hipersensibilidad a los alimentos.

Los enfermos son de temperamento nervioso, los -

ataques pueden coincidir con exposición al frío, tensión emocional o a la menstruación en la mujer o puede ser manifestación de hipersensibilidad medicamentosa.

El síntoma característico es un hinchamiento indoloro de aparición rápida en las partes afectadas, puede instalarse en 5 a 30 minutos y persistir 24 horas o varios días. El foco de la lesión puede presentar prurito, ardor antes del edema. Las zonas más afectadas son la piel alrededor de los ojos, los labios y la lengua.

La cara puede cambiar mucho de aspecto, los ataques pueden ser raros o diarios.

Tratamiento.- Es sintomático mientras no se descubra un alérgeno específico. La adrenalina es útil en las fases agudas (R Núm. 16) y los ataques pueden suprimirse con antihistamínicos. Benadryl, 150 mg por vía intravenosa al día.

ESTOMATITIS VENENATA

La estomatitis venenata se debe al contacto del agente causal con los tejidos, puede ser producida por agentes físicos o irritantes o por sustancias sensibilizantes. La primera variedad es una lesión física o química directa, semejante a una quemadura; la segunda representa una reacción alérgica.

Las causas más frecuentes de estomatitis venenata relacionadas con sensibilización que puede observar el dentista son:

1) Medicamentos utilizados en odontología:

Antibióticos

Canfenol-cloroformo

Preparados a base de yodo, formol-soluciones para es
terilizar en frío.

- 2) Materiales empleados como bases de prótesis y para -
obturaciones:

Bases de prótesis

Acrílico

Metales (aleaciones que contienen cobalto, níquel y
acero)

Vulcanita

Resinas epoxy

Amalgamada plata (a causa del Hg).

- 3) Preparados dentales o cosméticos:

Dentífricos, polvos y pastas

Enjuagues bucales - perborato de sodio

Adherentes para dentaduras o cremas de limpieza.

Lápiz de labios, colorete, goma de mascar, etc.

Pueden aparecer lesiones de mucosa bucal por con
tacto de la mucosa hipersensible con antibióticos. Es-
tas lesiones no deben confundirse con estomatitis medi-
camentosa, que podría deberse a administración parente-
ral del antibiótico.

Si están indicados antibióticos locales, debe em
plearse tirotricina, polimixina, bacitracina o neomicina
o una combinación de ellos.

Los aceites aromáticos como la esencia de clavo_
o de eucalipto, pueden producir un esfacelo o necrosis_
superficial al aplicarse a tejidos sensibilizados. En_
las prótesis de plástico (acrílico) o de metal, las le-
siones típicas por sensibilidad son ardor, edema y enro-
jecimiento en las zonas de contacto, con úlceras en la_
parte de la lengua que está en contacto con la prótesis.
Úlceras que desaparecen al poco tiempo de quitar la pró

tesis de acrílico.

Tratamiento.- Administración de antihistamínico (R Núm. 17) si hay úlceras aplicar un antimicrobiano leve (R Núm. 9) para reducir la infección secundaria, si hay dolor, trociscos anestésicos, contraindicada la cortisona, pues solo reduce la inflamación. Lo más importante es suprimir el agente causal.

CONCLUSIONES

La lengua, proviene de la faringe, se forma a partir de 2 extensiones laterales de los primeros arcos mandibulares.

Es un órgano muy móvil que desempeña funciones importantes, para un buen estudio de la lengua es necesario observar su forma, color, número relativo y distribución de las papilas, probar el tono muscular y observar las lesiones existentes.

Los cambios linguales, en general, no permiten diagnósticos específicos; pero representa un índice biológico muy sensible y fácilmente accesible de la enfermedad metabólica general del paciente.

Las manifestaciones bucales de gran número de erupciones dermatológicas pueden presentarse en la lengua o incluso limitarse a ella.

Los cambios que presenta la lengua son muy importantes para el diagnóstico precoz de las anemias. Las cicatrices locales nos referirán un paciente epiléptico.

Cualquier problema local o general que trastorne la fisiología bucal normal y altere los mecanismos habituales de limpieza puede dar lugar a un aumento anómalo de la capa superficial de la lengua (enfermedades febriles, alimentación blanda o líquida), este aumento puede adquirir diversos colores por alimentos ingeridos, fármacos, tabaco o microorganismos.

Las papilas que se atrofian en diversas enfermedades, son las filiformes y luego las fungiformes, las -

papilas caliciformes y foliadas no participan de estos cambios. Sobre todo en las deficiencias de hierro, ácido nicotínico o de riboflavina.

Debe darse también atención especial a la identificación y corrección de ciertos hábitos linguales que pueden producir irritación. También ciertos irritantes locales, como posición defectuosa de dientes, prótesis. Otras sintomatologías linguales son debidas al exceso - de tabaco, bebidas alcohólicas, comidas condimentadas o alimentos excesivamente calientes.

Para el diagnóstico es muy importante una buena historia clínica, evaluar la alimentación, las causas - de irritación, la persistencia de la lesión si la hay, - la observación del paciente, si es epiléptico, o presenta hipertiroidismo, etc., sus facies, hipocondriaco, para dar un tratamiento adecuado a las enfermedades del - paciente.

BIBLIOGRAFIA

EMBRIOLOGIA HUMANA.

Por Bradley M. Patten.

Traducción del Dr. Félix P. Etchegoyen

Quinta Edición

Editorial Ateneo

TRATADO DE HISTOLOGIA.

Por el Dr. Arthur Worth Ham,

Traducción del Dr. Alberto Folch y Pi.

Editorial Interamericana

ANATOMIA HUMANA

Por el Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Séptima Edición

Editorial Porrúa

ANATOMIA DENTAL

Por el Dr. Moses Diamond

Segunda Edición

Editorial Hispano Americana

FISIOLOGIA HUMANA

Por Bernardo A. Houssay

Tercera Edición

Editorial El Ateneo

ENCICLOPEDIA ESTUDIANTIL

Publicación Semanal

No. 53 Año II

12 de Junio de 1962

Editorial Rublex.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Edward V. Zegarelli

Austin H. Kutscher

George A. Hyman

Editores Salvat S.A.

1972

MEDICINA BUCAL, Diagnóstico y Tratamiento.

Por el Dr. Lester W. Burket.

Sexta Edición

Editorial Interamericana

TRATADO DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS

Por Agustín PEDRO-Pons

Tomo I

Enfermedades del Tubo Digestivo, hígado y vías biliares.

Editorial Salvat

1971

PATOLOGIA ORAL. THOMA.

Por Robert J. Gorlin y Henry M. Goldman

Traducida por el Dr. Joaquín Felipe Ll.

Sexta Edición

Salvat Editores

1973

PRAXIS MEDICA

Tomos IV, VII y XI.

Por Calude Begon, Michael Curtois, Andre Duriez

Diego Gutiérrez y Oliver Merty

PRINCIPIOS DE PATOLOGIA

Por el Dr. Ruy Pérez Tamayo.

La Prensa Médica Mexicana.