



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LESIONES REACTIVAS HIPERPLÁSICAS DE LA
LENGUA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

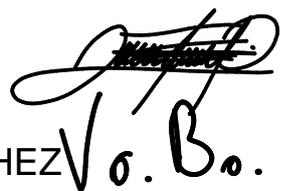
T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ALEJANDRA SOLANO MORA

TUTOR: Esp. JESSICA TAMARA PÁRAMO SÁNCHEZ  Vo. Bo.

ASESOR: Esp. PATRICIA CARDOSO JIMÉNEZ  Vo. Bo.

MÉXICO, Cd. Mx.

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios. A la Facultad de Odontología y a cada uno de mis profesores quienes me guiaron y compartieron sus conocimientos en las diferentes áreas, siempre con respeto y la mejor disposición de enseñar.

Agradezco a cada uno de los pacientes de quienes pude formar parte de su tratamiento, quienes me brindaron la confianza para poder llevar a cabo sus tratamientos, de la mano de los especialistas que siempre estaban a nuestro lado.

Gracias a la Clínica Periférica de Azcapotzalco, donde pude cursar mi último año como estudiante, a cada uno de los especialistas y encargados de la clínica, formadores de cirujanos dentistas de excelencia.

Finalmente, agradezco a todas las personas que me acompañaron durante este largo camino, a mi familia por motivarme para continuar, a los doctores que me brindaron la oportunidad de trabajar con ellos y poder seguir estudiando, a mis compañeros de clínica y amigos.

Gracias por ser parte de este logro y por estar presentes.

DEDICATORIA

Con amor a mis padres,
quienes han estado presentes en cada etapa de mi vida,
a mis hermanos, que me han apoyado siempre que lo necesito,
al pequeño Alex,
quien me da fuerza para mejorar cada día.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES	3
CAPÍTULO 1: ANATOMÍA DE LA LENGUA	4
1.1. MÚSCULOS DE LA LENGUA.....	8
1.2 VASCULARIZACIÓN DE LA LENGUA.....	11
1.3 GLÁNDULAS SALIVALES	15
1.4 HISTOLOGÍA DE LA LENGUA	15
CAPÍTULO 2: LESIONES REACTIVAS DE LA LENGUA	21
2.1 FIBROMA TRAUMÁTICO.....	23
2.2 GRANULOMA PIÓGENO.....	25
2.3 NEUROMA TRAUMÁTICO.....	27
2.4 MUCOCELE DE BLANDIN NUHN.....	28
CAPÍTULO 3: EPIDEMIOLOGÍA	30
CAPÍTULO 4: MANEJO ODONTOLÓGICO	32
4.1 BIOPSIA	33
CONCLUSIONES	35
CASO CLÍNICO	36
REFERENCIAS	40

INTRODUCCIÓN

Dentro de la cavidad oral están presentes muchos órganos y tejidos, por lo que las lesiones dentro de ella tienen una amplia variedad de apariencias, por lo que pueden ser difíciles de distinguir clínicamente. Al estar la mucosa oral constantemente sometida a estímulos externos e internos manifiesta un espectro de enfermedades que van desde el desarrollo, reactivo e inflamatorio hasta neoplásico que pueden presentarse como lesiones localizadas o generalizadas. Las lesiones reactivas aunque son benignas deben separarse clínica e histológicamente de las lesiones precancerosas y neoplásicas. Las lesiones reactivas se desarrollan en respuesta a una lesión crónica que simula una respuesta exuberante de reparación tisular y representan algunas de las lesiones orales más comunes.

El amplio espectro de lesiones reactivas con características clínicas similares dificulta su diagnóstico al imitar varios grupos de procesos patológicos, por lo que éstas deben ser analizadas a través de un estudio histopatológico para alcanzar su diagnóstico de certeza y poner en práctica el plan de tratamiento. El diagnóstico clínico-histopatológico preciso es obligatorio para asegurar la terapia adecuada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio es informar acerca de las diferentes lesiones de naturaleza reactiva que afectan la lengua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las características clínicas de las diferentes lesiones reactivas que afectan la lengua.

Reconocer, diagnosticar y brindar el tratamiento correcto a cada una de ellas, basándonos en la investigación de diferentes artículos y autores.

ANTECEDENTES

Las lesiones reactivas son proliferaciones no neoplásicas que se originan como consecuencia de una reacción del tejido a un roce o traumatismo constante. En la cavidad oral, es común observar la mucosa lesionada por mordisqueo, principalmente en la zona correspondiente a la oclusión, bordes de la lengua, y labio inferior. La agresión que se produce en la mucosa oral por prótesis mal ajustadas, mordisqueo, cepillado agresivo, diastemas o hábitos, puede desembocar en la aparición de diferentes lesiones. Estas lesiones se han mencionado en la literatura y su estudio clínico e histopatológico a través de los años, ha servido para poder tratar de la manera correcta a cada una de ellas. Son muchos los estudios realizados acerca de las lesiones reactivas, su prevalencia, diagnóstico y tratamiento, dada la alta frecuencia con la que se presentan. Estas lesiones se han mencionado en la literatura y su estudio clínico e histopatológico a través de los años, ha servido para poder tratar de la manera correcta a cada una de ellas. Un ejemplo de ello es el mucocele de Blandin Nuhn, del cuál se habló por primera vez en 1970, Heimansohn reportó el primer caso de mucocele de glándulas de Blandin Nuhn en una mujer de 14 años.^{1,2} En la actualidad su manejo es más específico y la redacción de casos clínicos y revisiones literarias, son una herramienta para los clínicos, quienes pueden actuar de manera efectiva y asertiva gracias a las herramientas que los diferentes autores y especialistas nos brindan.³

CAPÍTULO 1: ANATOMÍA DE LA LENGUA

La lengua es un órgano muscular móvil cubierto por mucosa que puede adoptar diferentes formas y posiciones. Sus principales funciones son la fonación y la deglución, de igual manera, participa en la masticación, el gusto y la limpieza bucal.⁴

La lengua consta de dos partes, su parte anterior, que es móvil, y su parte posterior, que es más fija. Posee una raíz, un cuerpo y un vértice. La raíz de la lengua es la porción posterior fijada que se extiende entre la mandíbula, el hueso hioides y la cara posterior de la lengua. El cuerpo está constituido aproximadamente por sus dos tercios anteriores, entre la raíz y el vértice. El vértice o punta de la lengua es el extremo anterior de su cuerpo, que se apoya sobre los dientes incisivos. El cuerpo y el vértice de la lengua son extremadamente móviles.^{5,6}

La lengua está constituida por dos caras, siendo la cara superior la más extensa, conocida como “dorso de la lengua”, y una cara inferior, que descansa sobre el piso de boca. El borde de la lengua es aquel que separa las dos caras.

En el dorso de la lengua se localiza un surco en V denominado surco terminal, cuyo vértice está dirigido posteriormente hacia el foramen ciego, el cual es el resto afuncional de la parte proximal del conducto tirogloso embrionario, a partir del cual se desarrolla la glándula tiroidea. El surco terminal, divide transversalmente el dorso de la lengua en una parte anterior al surco, que está en la cavidad oral propiamente dicha, y una parte posterior al surco, en la orofaringe. Un surco medio divide a la parte anterior de la lengua en dos; derecha e izquierda.⁵

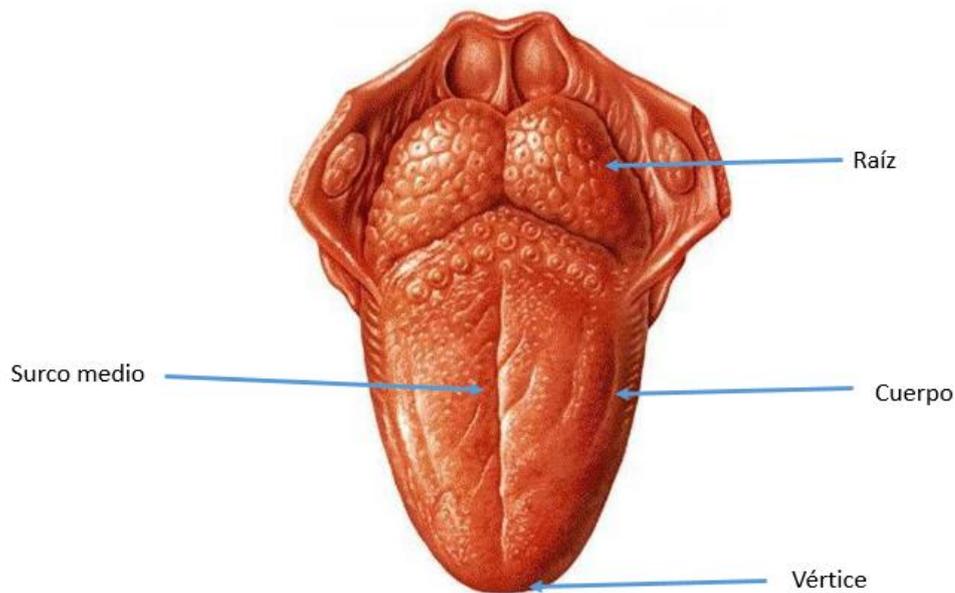


Figura (1). Anatomía de la lengua.

La mucosa de la parte anterior de la lengua es relativamente delgada y se halla muy unida al músculo subyacente. Su textura es rugosa debido a las numerosas papilas linguales de pequeño tamaño:

- ❖ Las papilas circunvaladas son grandes y de cúspide aplanada; se localizan directamente anteriores al surco terminal y se disponen en una fila en forma de V. Están rodeadas por surcos profundos cuyas paredes están recubiertas por botones gustativos. Los conductos de las glándulas serosas se abren en estos surcos.
- ❖ Las papilas foliadas son pequeños pliegues laterales de la mucosa lingual y están poco desarrolladas en la especie humana.
- ❖ Las papilas filiformes son largas, numerosas y contienen terminaciones nerviosas aferentes sensibles al tacto. Estas proyecciones cónicas son de un color gris rosado y se hallan dispuestas en filas en forma de V, paralelamente al surco terminal excepto en el vértice, donde suelen disponerse de manera transversal.

- ❖ Las papilas fungiformes tienen forma de seta y aparecen como puntos rosas o rojos; están esparcidas entre las papilas filiformes, pero son más numerosas en el vértice y los bordes de la lengua.

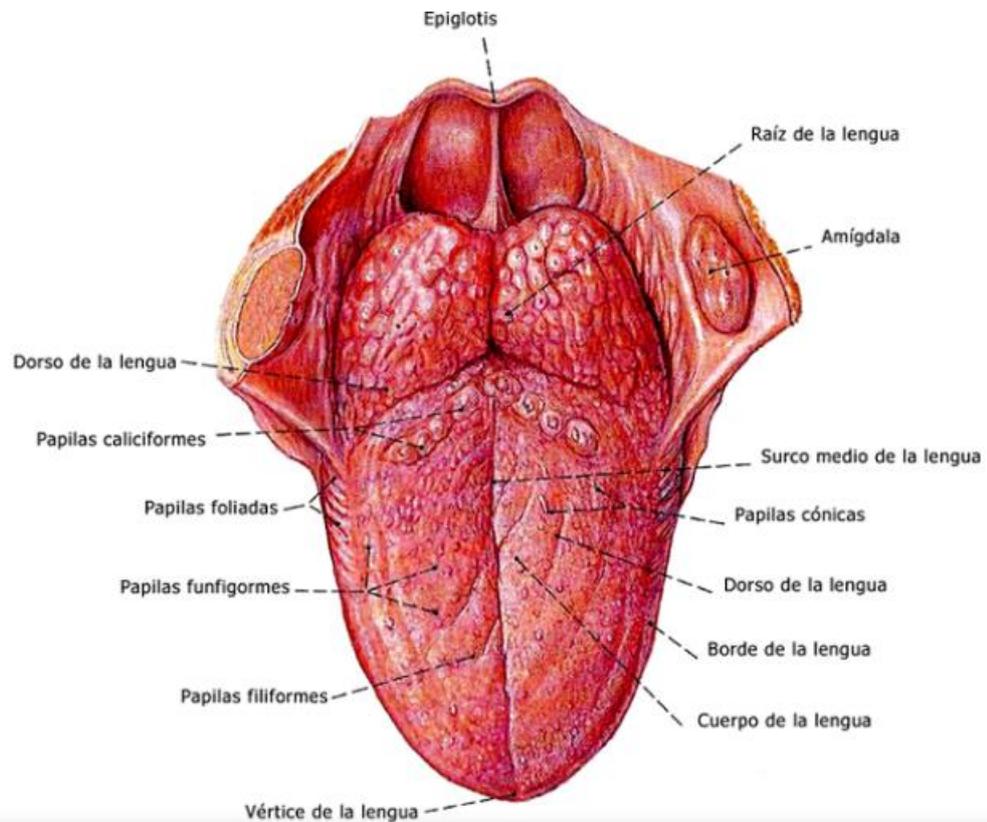


Figura (2). Representación de la ubicación de las papilas linguales.

Las papilas circunvaladas, foliadas y la mayoría de las fungiformes contienen receptores gustativos.^{4,5}

La mucosa de la parte posterior de la lengua es más gruesa y móvil. Carece de papilas linguales, pero los nódulos linfoides subyacentes a los que se les conoce como tonsila o amígdala lingual, confieren un aspecto adoquinado e irregular a esa parte de la lengua. Los nódulos linfáticos de la amígdala tienen centros germinativos y vasos linfáticos en la periferia. El epitelio plano estratificado no queratinizado recubre el tejido linfático y se invagina hacia el interior del órgano a diferentes niveles para formar cavidades denominadas criptas.

La parte faríngea de la lengua constituye la pared anterior de la orofaringe y solo puede inspeccionarse con un espejo o al ejercer presión hacia abajo.^{5,7}

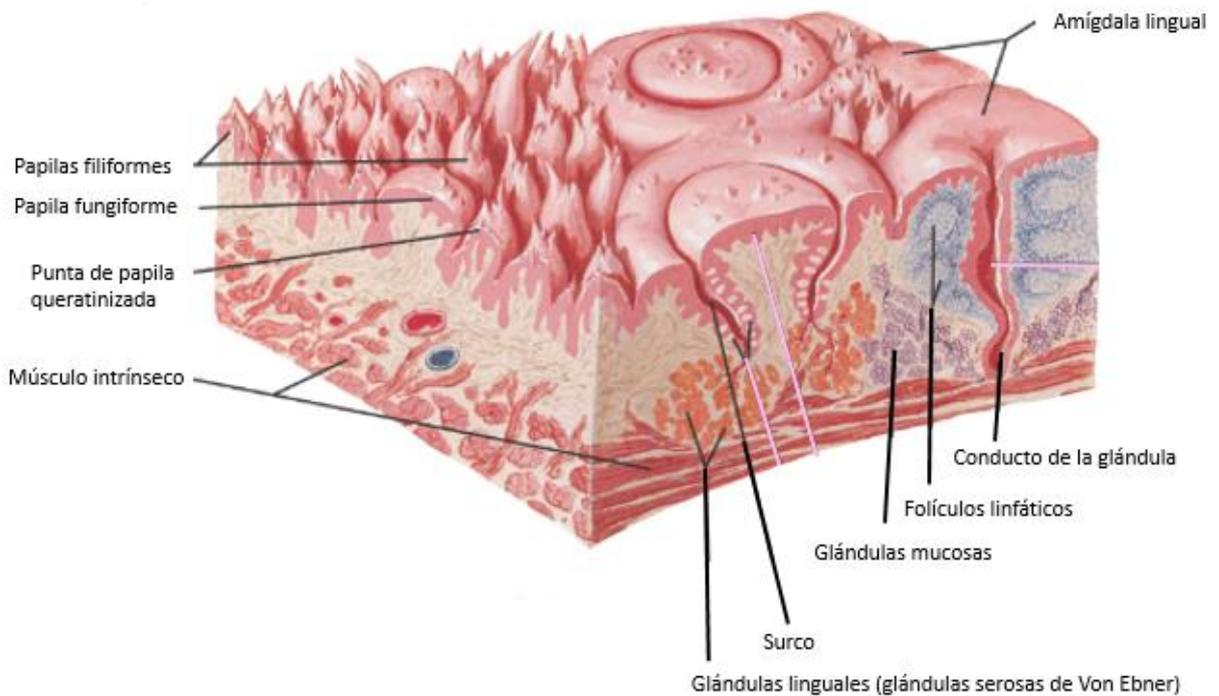


Figura (3). Ilustración de las papilas linguales observadas al microscopio.

La cara inferior de la lengua está cubierta por una mucosa delgada y transparente. Esta cara conecta con el piso de boca mediante un pliegue medio denominado frenillo lingual, a partir del cual puede moverse libremente la porción anterior de la lengua. A cada lado del frenillo es visible una vena lingual profunda. Existe una carúncula o papila sublingual a cada lado de la base del frenillo lingual; en ella se encuentra el orificio del conducto submandibular, procedente de la glándula salival submandibular.⁵

1.1. MÚSCULOS DE LA LENGUA

La lengua es en esencia un conjunto de músculos recubiertos por mucosa, los cuales no actúan de manera aislada y algunos realizan múltiples acciones.

Los músculos de la lengua se dividen en cuatro músculos extrínsecos y cuatro músculos intrínsecos.⁵

Los músculos extrínsecos de la lengua son el geniogloso, hiogloso, estilogloso y palatogloso. Éstos se originan fuera de la lengua y se insertan en ella. Su acción principal es mover la lengua, aunque también pueden modificar su forma.⁵

❖ **Geniogloso**

Forma y posición: Es un músculo en forma de abanico y forma la mayor parte de la lengua.

Inserción proximal: A través de un tendón corto en la parte superior de la espina mentoniana de la mandíbula.

Inserción distal: Todo el dorso de la lengua; las fibras más inferiores y más posteriores se unen al cuerpo del hioides.

Acción principal: Su actividad bilateral deprime la lengua, especialmente la porción central, creando un surco longitudinal, la parte posterior tira de la lengua anteriormente para impulsarla hacia delante, la parte más anterior retrae el vértice de la lengua protruida; la contracción unilateral desvía la lengua hacia el lado contralateral.

❖ **Hiogloso**

Forma y posición: Es un músculo delgado y cuadrilátero.

Inserción proximal: En el cuerpo y cuerno mayor del hioides.

Inserción distal: En las caras inferiores de las partes laterales de la lengua.

Acción principal: Deprime la lengua tirando inferiormente de sus lados ; ayuda a retraer la lengua.

❖ Estilogoso

Forma y posición: Es un músculo triangular, corto y pequeño.

Inserción proximal: En el borde anterior de la parte distal del proceso estiloides; ligamento estilohioideo.

Inserción distal: A los lados de la lengua posteriormente, formando interdigitaciones con el hiogloso.

Acción: Retrae la lengua y eleva sus lados; actúa con el geniogloso para formar un canal central durante la deglución.

❖ Palatogloso

Forma y posición: Es un músculo palatino estrecho en forma de semiluna; forma el arco palatogloso posterior del istmo de las fauces.

Inserción proximal: En la aponeurosis palatina del paladar blando.

Inserción distal: Entra en la parte posterolateral de la lengua transversalmente y se mezcla con los músculos intrínsecos transversos de la lengua.

Acción: Es capaz de elevar la parte posterior de la lengua o deprimir el paladar blando; actúa fundamentalmente como constrictor del istmo de las fauces.

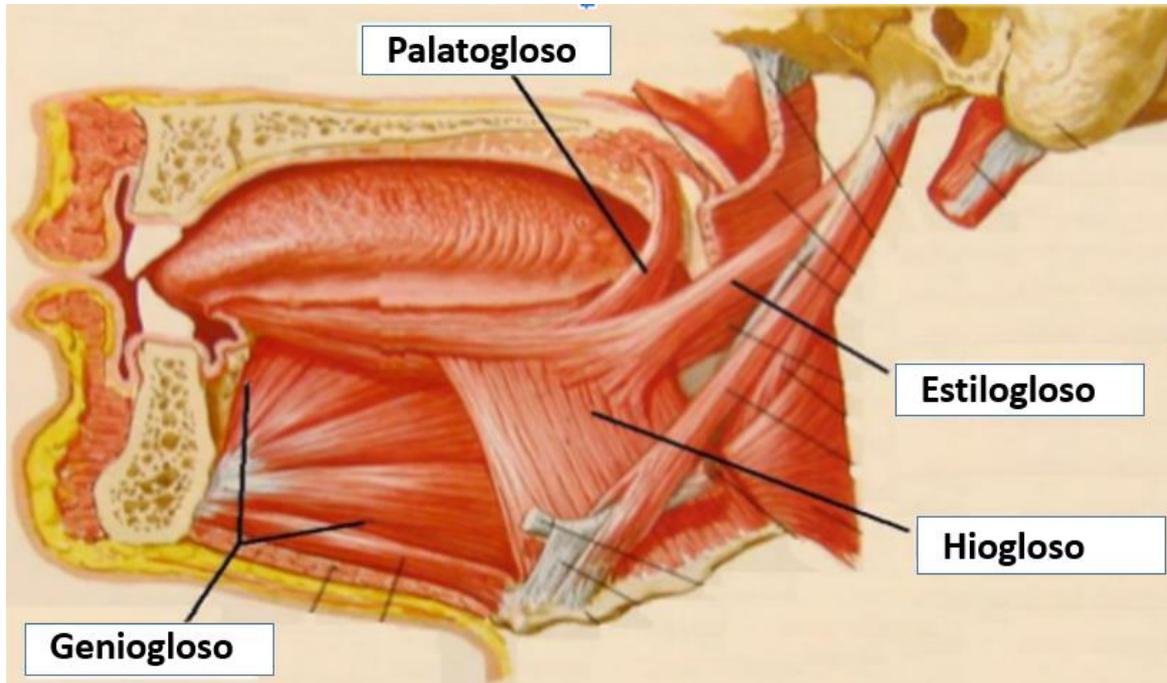


Figura (4). Ilustración que muestra la ubicación anatómica de los músculos extrínsecos de la lengua.

Los músculos intrínsecos de la lengua son el longitudinal superior, longitudinal inferior, transverso y vertical. Sus inserciones se realizan totalmente en el interior de la lengua y no se insertan en el hueso. Los músculos longitudinales superior e inferior actúan conjuntamente para acortar y engrosar la lengua y retraerla cuando está protruida. Los músculos transverso y vertical actúan simultáneamente para alargar y estrechar la lengua, en esta acción la lengua puede presionar contra los dientes incisivos o salir cuando existe una apertura de la boca.⁵

❖ **Músculo longitudinal superior**

Forma y posición: es una lámina delgada profunda a la mucosa del dorso de la lengua.

Inserción proximal: En la capa fibrosa submucosa y tabique fibroso medio.

Inserción distal: Bordes de la lengua y mucosa.

Acción principal: Enrosca la lengua longitudinalmente hacia arriba, elevando el vértice y los lados de la lengua; retrae la lengua.

❖ **Músculo longitudinal inferior**

Forma y posición: Banda estrecha junto a la cara inferior.

Inserción proximal: Raíz de la lengua y cuerpo del hioides

Inserción distal: Vértice de la lengua

Acción principal: Enrosca la lengua longitudinalmente hacia abajo deprimiendo el vértice; retrae la lengua.

❖ **Músculo transverso**

Forma y posición: Es profundo al músculo longitudinal superior.

Inserción proximal: Tabique fibroso medio.

Inserción distal: Tejido fibroso en los bordes laterales de la lengua.

Acción principal: Estrecha y protruye la lengua.

❖ Músculo Vertical

Forma y posición: Fibras que forman intersección con el músculo transverso.

Inserción proximal: Capa fibrosa submucosa del dorso de la lengua.

Inserción distal: Cara inferior de los bordes de la lengua.

Acción principal: Aplana y ensancha la lengua.

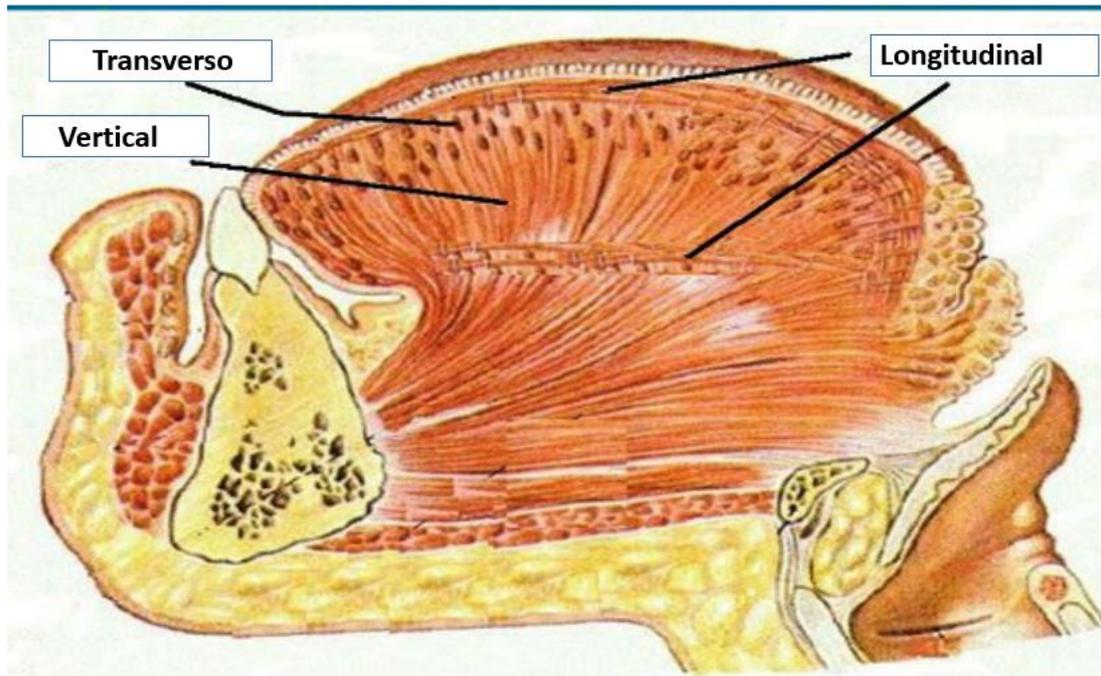


Figura (5). Ilustración que muestra la ubicación anatómica de los músculos intrínsecos de la lengua.

1.2 VASCULARIZACIÓN DE LA LENGUA

En la lengua existen vasos sanguíneos que forman redes capilares en las papilas, y vasos linfáticos que constituyen una red tanto en la mucosa como en la submucosa.⁵

Las arterias de la lengua proceden de la arteria lingual, rama de la arteria carótida externa. Al entrar en la lengua, la arteria lingual discurre profundamente al músculo hiogloso. Las arterias dorsales de la lengua irrigan la raíz, mientras que las arterias profundas de la lengua irrigan el cuerpo.

Las arterias profundas de la lengua se comunican entre sí cerca del vértice de la lengua.⁵

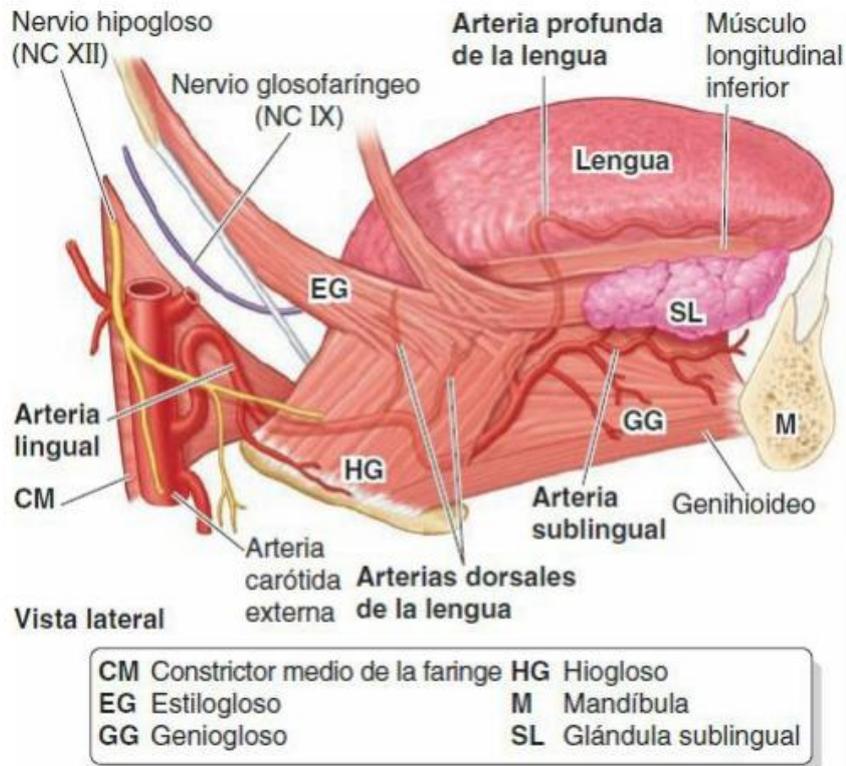


Figura (6). Arterias de la lengua.

Las venas de la lengua son denominadas venas dorsales de la lengua, que acompañan a la arteria lingual; las venas profundas de la lengua, que comienzan en el vértice de la lengua, discurren posteriormente junto al frenillo lingual y desembocan en la vena sublingual. Algunas de estas venas, o todas ellas pueden drenar de forma directa en la vena yugular interna, o indirectamente después de haberse unido para formar una vena lingual, que acompaña a la parte inicial de la arteria lingual.⁵

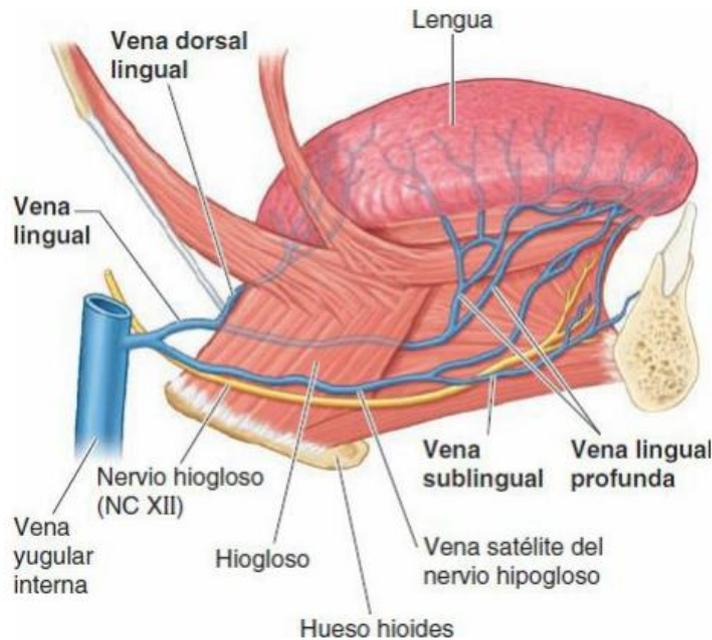


Figura (7). Drenaje venoso de la lengua.

El drenaje linfático de la lengua converge en su mayor parte hacia el drenaje venoso, sin embargo, la linfa procedente del vértice de la lengua, el frenillo y la parte central del labio inferior sigue un curso independiente.

La linfa de la lengua se divide en cuatro rutas:

1. La linfa de la raíz que drena bilateralmente en los nódulos linfáticos cervicales profundos superiores.
2. La linfa de la parte medial del cuerpo drena bilateral y directamente en los nódulos linfáticos cervicales profundos inferiores.
3. La linfa de las partes laterales derecha e izquierda del cuerpo drena en los nódulos linfáticos submandibulares homolaterales.
4. El vértice y el frenillo drenan en los nódulos linfáticos submentonianos; la porción medial, drena en ambos lados.¹

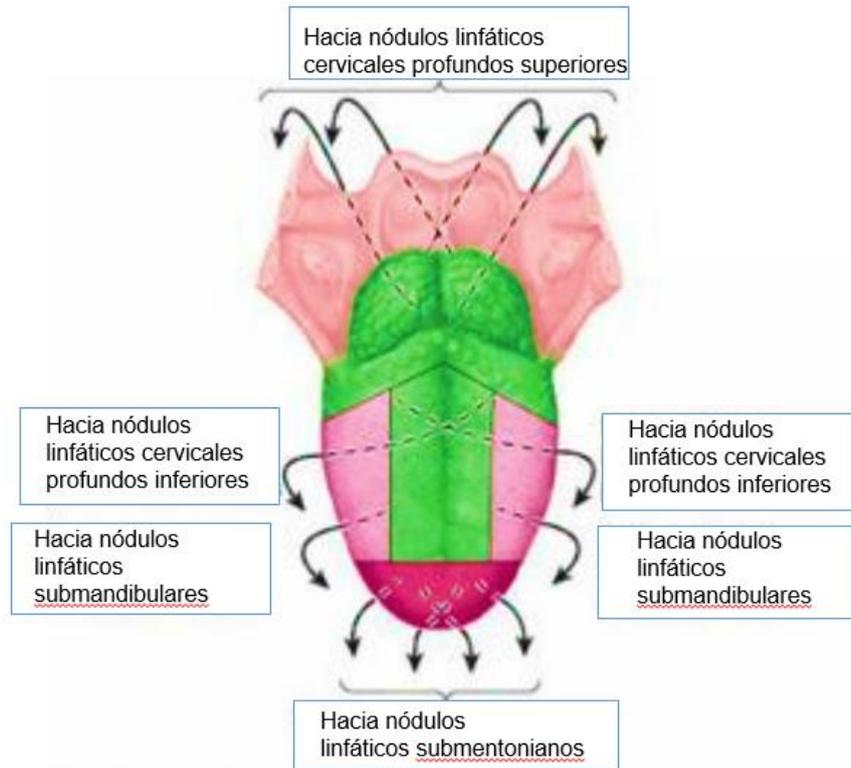


Figura (8). Drenaje linfático de la lengua.

La lengua está inervada en los dos tercios anteriores por nervios sensitivos como el lingual y la cuerda del tímpano, y en el tercio posterior, por el glossofaríngeo.^{5,7}

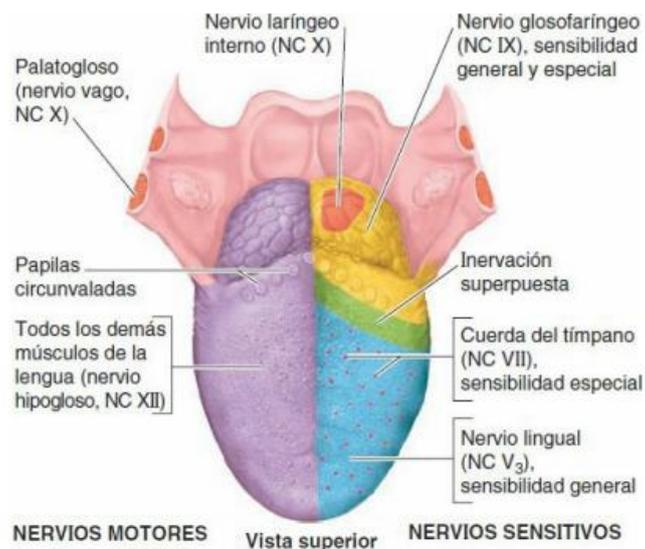


Figura (9). Inervación de la lengua.

1.3 GLÁNDULAS SALIVALES LINGUALES

En la lengua existen glándulas salivales menores, agrupadas en racimos y dispuestas en forma de herradura por detrás del surco terminal y en la cara inferior de los bordes de la lengua y del vértice. La submucosa de la lengua está constituida por tejido conectivo denso, en el que se encuentran las glándulas salivales menores que reciben diferentes nombres de acuerdo a su localización en la lengua.^{5,6}

De acuerdo a su secreción se clasifican en glándulas mucosas, serosas y mixtas. Las glándulas de Blandin y Nuhn se sitúan cerca de la punta de la lengua, mientras que las glándulas de Weber se encuentran en posición lateral y posterior a las papilas calciformes en relación con la amígdala lingual.^{5,6}

1.4 HISTOLOGÍA DE LA LENGUA

Histológicamente, la lengua está constituida por mucosa, submucosa, y tejido muscular estriado. En su cara o superficie ventral, se observa un epitelio de revestimiento plano estratificado no queratinizado, delgado y liso. La lámina propia es delgada, formada por tejido conjuntivo laxo con numerosas papilas cortas. Al ser una lámina elástica permite que la lengua durante el movimiento tenga cambios rápidos en forma y diámetro. Presenta numerosos cúmulos de células adiposas, vasos sanguíneos, linfáticos y glándulas salivales menores. No existe submucosa. Al perimio de los haces musculares se encuentra adherido el corion. Las células de la lengua se encuentran dispuestas de manera estructural poliestratificada y se encuentran asentadas sobre un estrato córneo, estrato granuloso, estrato espinoso y estrato basal. El núcleo que poseen estas células cambia de tamaño de acuerdo con su madurez y especialización.^{5,7}

En la cara dorsal la mucosa se encuentra dividida por una línea en forma de V en dos partes; una que cubre los dos tercios anteriores o cuerpo y otra que cubre el tercio posterior o raíz.^{5,7}

El epitelio que constituye el cuerpo de la lengua es de tipo plano estratificado parcialmente queratinizado; la lámina propia está formada por tejido conectivo

laxo con células adiposas. La separación que existe entre la mucosa y la submucosa está formada por tejido conectivo firme y denso, principalmente en la punta de la lengua, donde forma la fascia lingual.⁵

En la superficie, esta porción de la lengua evidencia un aspecto aterciopelado debido a la presencia de las pequeñas papilas linguales.⁵

- ❖ Las papilas filiformes conforman el grupo más numeroso. Su forma es cónica y son proyecciones epiteliales que se descaman con regularidad. A diferencia de otras papilas, carecen de botones gustativos y papilas conectivas secundarias.

Su distribución es en hileras paralelas a la V lingual, atravesando la superficie dorsal de la lengua otorgándole su aspecto aterciopelado. Están sujetas a cambios nutricionales debido a la escasez de corion.³

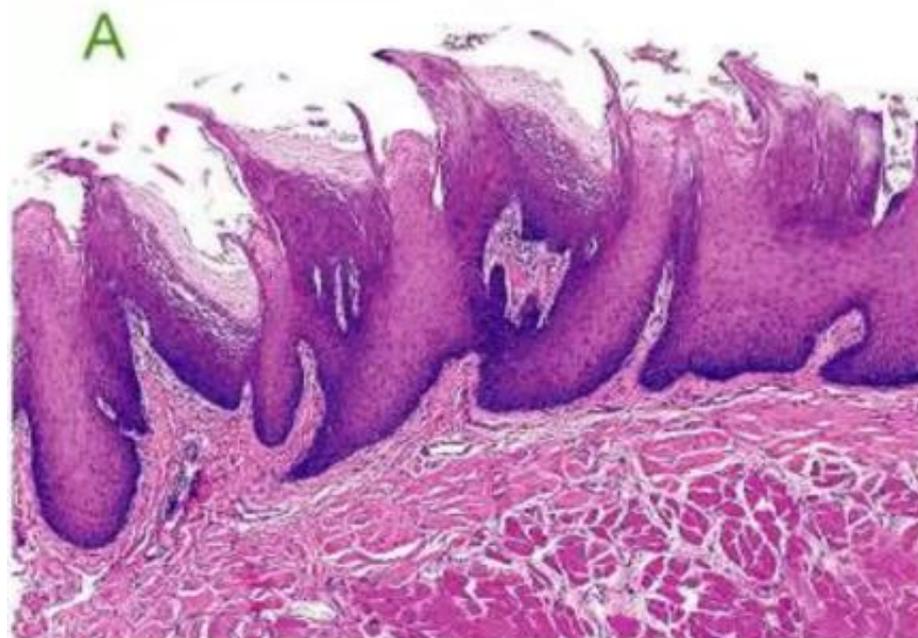


Figura (10). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas filiformes.

- ❖ Las papilas fungiformes se proyectan como pequeños hongos, siendo más delgadas en la base y más dilatadas en su extremo proximal. Su cantidad es menor que las filiformes y se encuentran en mayor proporción en los bordes laterales y la punta de la lengua. Presentan un núcleo central de lámina propia con fibras colágenas que constituyen la papila primaria, surgiendo de ellas papilas secundarias que penetran en el

epitelio de revestimiento. Estas papilas se visualizan como pequeños puntos de color rojizo. En la superficie libre de cada papila hay de 3 a 5 corpúsculos gustativos.

Dada su localización y el alto contenido de corion, son las más afectadas en procesos inflamatorios provocados por irritaciones.⁵

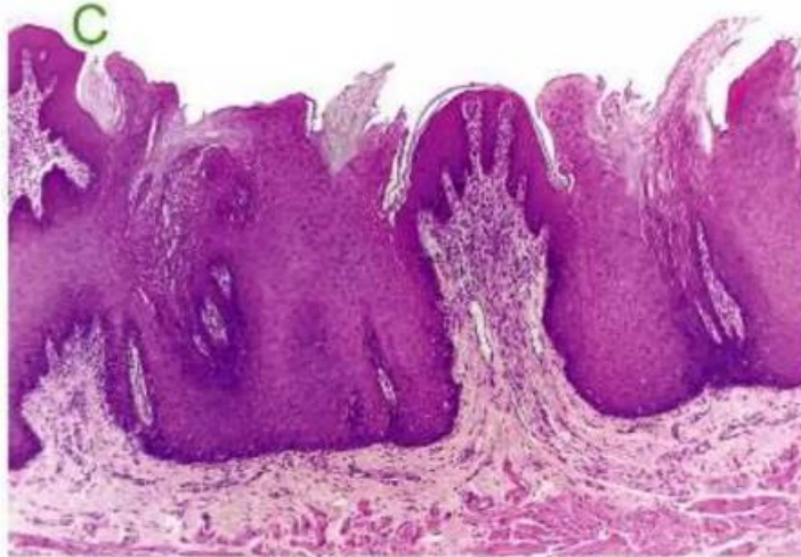


Figura (11). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas fungiformes.

- ❖ Las papilas caliciformes o circunvaladas son las de mayor tamaño presentes en la lengua, se encuentran distribuidas a lo largo de la V lingual en una cantidad de 7 a 12.

Su tamaño va de 1 a 2 mm de altura y cada una se encuentra rodeada por un profundo surco circunvalador. En el fondo de cada surco se vierte una saliva acuosa fabricada por conductos de pequeñas glándulas salivales serosas denominadas glándulas de von Ebner. Las funciones de esta secreción son; disolver los alimentos, facilitando la recepción de gusto y lavar el surco para mejorar la captación de nuevos estímulos. Tanto en sus bordes laterales como en el epitelio del surco se pueden observar numerosos corpúsculos gustativos, que generalmente alcanzan un número próximo a cien.⁵

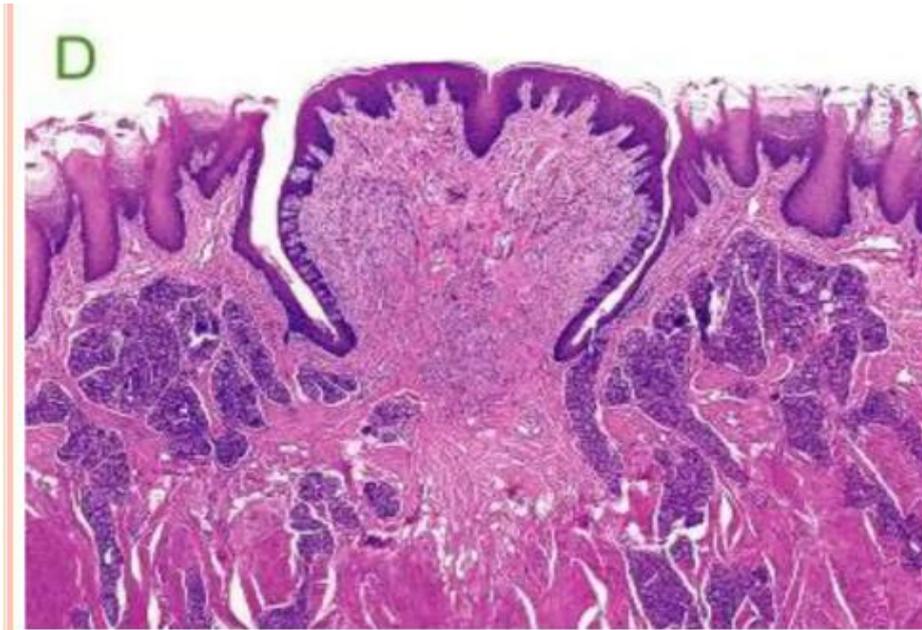


Figura (12). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas calciformes.

- ❖ Las papilas foliadas se encuentran en la región lateral y posterior de ambos lados de la lengua en un número de tres a ocho. Se observan como pliegues perpendiculares al borde de la lengua, poseen lámina propia y corpúsculos gustativos. Un surco interpapilar separa a unas de otras. Son abundantes en los recién nacidos y escasas en los adultos. Generalmente presentan tres papilas secundarias y una primaria.⁵

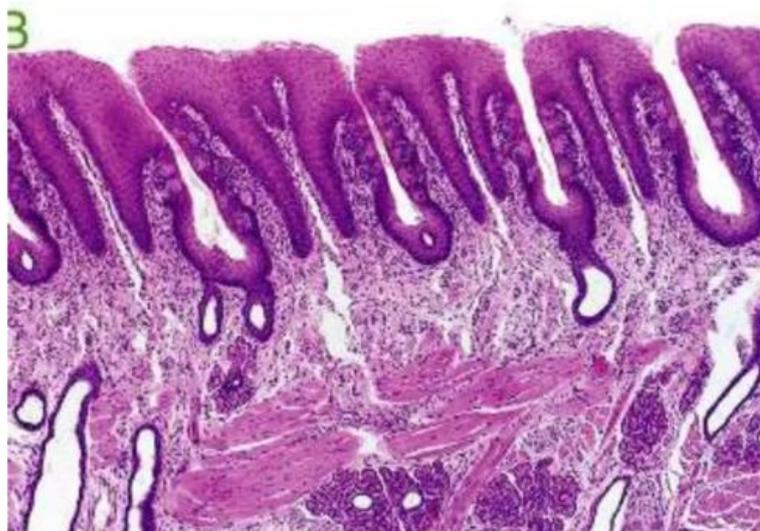


Figura (13). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas foliadas.

- ❖ Los corpúsculos o botones gustativos son los que brindan el sentido del gusto y no las papilas. Estos son más abundantes en las papilas caliciformes aunque también pueden encontrarse en el epitelio del paladar blando y en el de otras áreas de la región bucofaríngea.⁵

Son órganos de forma oval constituidos por células alargadas que se extienden desde la membrana basal hasta la superficie de revestimiento, ocupando así casi todo el espesor del epitelio. Estas células se abren a la superficie por un poro denominado poro gustativo.⁵

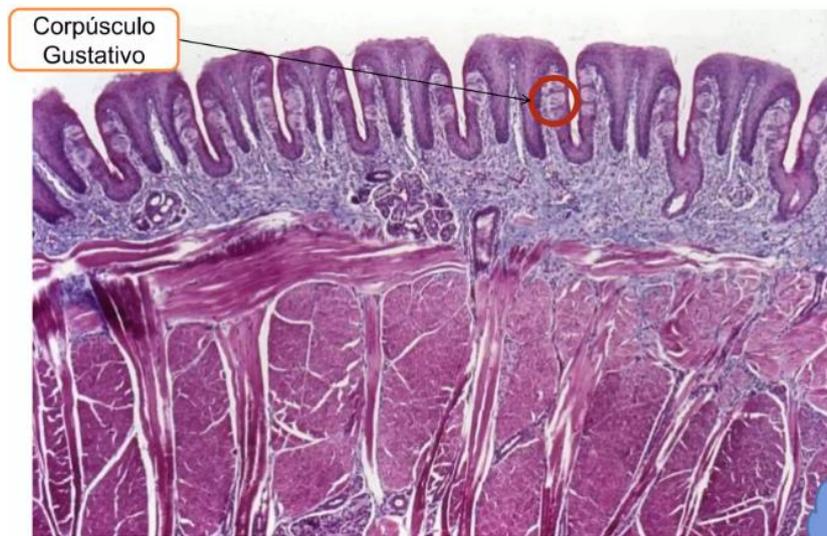


Figura (14). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas foliadas que contienen corpúsculos gustativos.

Mediante microscopía óptica se describen tres tipos celulares en los botones gustativos:

1. Células sustentaculares o de sostén; son de apariencia pálida y alargada. Se disponen en la periferia del corpúsculo y poseen un núcleo redondeado.
2. Células neuroepiteliales o gustativas; se encuentran en la parte central y son más oscuras.
3. Célula basal; se localiza en el fondo del botón gustativo y puede ser la célula precursora de uno de los dos tipos de células anteriores.

Mediante microscopía electrónica, en los corpúsculos gustativos se distinguen hasta cinco diferentes tipos celulares:

1. Las células tipo I, son de color oscuro y representan el 60%, contienen gránulos densos y microvilli a nivel del poro gustativo.

2. Las células tipo II son claras y representan el 30%, presentan microvilli muy cortos y escasos.
3. Las células tipo III representan el 7%, ubicadas en el citoplasma basal, contienen pequeñas vesículas ricas en serotonina. terminan en el poro gustativo formando una protrusión en forma de maza.
4. Las células tipo IV son células madre que se localizan en la base del corpúsculo.
5. Las células tipo V son las células perigemmas situadas en la zona periférica.

El poro gustativo está rodeado por los bordes laterales de las células del epitelio estratificado y está constituido por un espacio cilíndrico en el que se disponen microvellosidades de las células tipo I y II y prolongaciones de las del tipo III que están inmersas en un material denso. La vida media de las células en los botones gustativos es de 10 a 14 días.⁵

Los corpúsculos gustativos son numerosos en la pared interna del surco que rodea a las papilas caliciformes, en los pliegues de las papilas foliadas, en algunas de las papilas fungiformes, paladar blando y en la superficie de la epiglotis.⁵

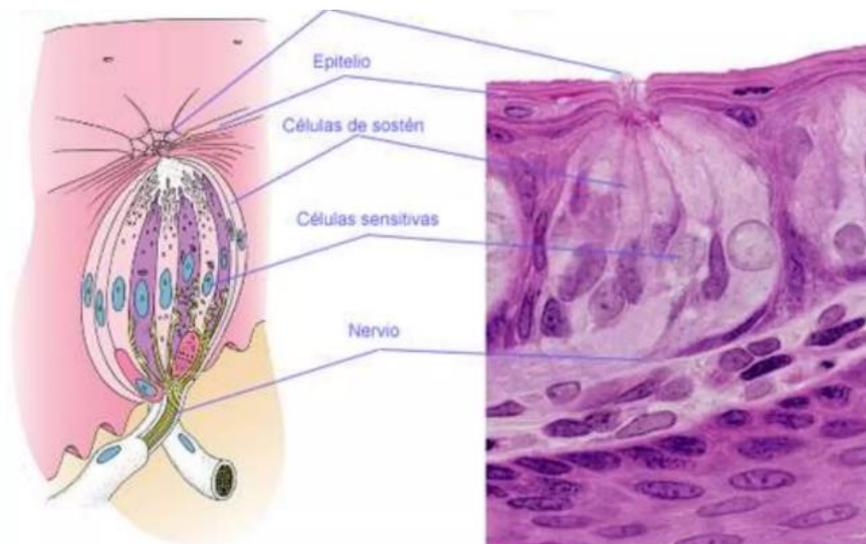


Figura (15). Corte histológico de la lengua en donde se observan los corpúsculos gustativos y algunos grupos celulares.

Se describen cuatro sensaciones gustativas: dulce, amargo, ácido y salado. Ciertas regiones de la lengua reaccionan con mayor intensidad a algunos sabores; la punta de la lengua es más sensible a los sabores dulces, hacia atrás de la punta se percibe el agrio o ácido, en las zonas laterales se percibe el sabor salado y en la zona posterior se perciben los sabores amargos.⁵



Figura (16). Representación de las sensaciones gustativas en las diferentes zonas de la lengua.

CAPÍTULO 2: LESIONES REACTIVAS DE LA LENGUA

La mucosa oral está expuesta a estímulos externos e internos y por lo tanto manifiesta un espectro de enfermedades que van desde del desarrollo, reactivas e inflamatorias hasta neoplásicas, siendo las lesiones hiperplásicas reactivas las de mayor frecuencia en humanos.⁸

La cavidad oral está tapizada por una membrana formada de epitelio plano estratificado que sirve de cubierta para los tejidos blandos orales y funciona como barrera para impedir el paso de factores patógenos externos. Son múltiples los factores locales y sistémicos que pueden afectar y alterar las características clínicas y microscópicas normales del epitelio oral, y como consecuencia se encuentra un amplio número de lesiones reactivas.⁸

Definición: Se define como lesión reactiva a una lesión crónica y recurrente que da paso a una respuesta tisular exuberante. Su desarrollo es en respuesta a la inflamación causada por irritación crónica en la mucosa oral. Son clínicamente benignas, aunque tienden a la recurrencia con escisión incompleta y la presencia de irritantes locales, se presentan comúnmente en la cavidad oral secundaria a una lesión y factores locales que pueden imitar lesiones benignas a raramente malignas, mientras que el examen clínico e histopatológico ayuda a categorizar el tipo de lesiones.^{9,10}

Etiopatogenia: Las lesiones reactivas representan una reacción a algún tipo de irritación o lesión de bajo grado y se manifiestan como una proliferación autolimitada del tejido fibroblástico o una mezcla de tejido fibroso y vascular resultante de irritaciones crónicas como lo son el mordisqueo de los carrillos, prótesis dentales mal ajustadas, traumatismos, lesiones palatinas provocadas por alimentos con bordes agudos, entre otras que estimulan el tejido conjuntivo submucoso, el ligamento periodontal o el periostio.^{9,10}

Manifestaciones clínicas: Estas lesiones suelen ser pequeñas y cicatrizan en alrededor de un día, sin embargo, si el traumatismo y la irritación tisular persisten durante un periodo prolongado, producen un tipo distinto de respuesta en el tejido desencadenando una respuesta inflamatoria y favoreciendo un crecimiento tisular. La eliminación completa de los irritantes locales con seguimiento y mantenimiento de la higiene bucal ayuda a prevenir las recurrencias de tales lesiones. La identificación de cualquier lesión hiperplásica reactiva requiere la formulación de un diagnóstico diferencial para permitir una evaluación y manejo precisos del paciente. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y la eliminación de estas lesiones junto con la eliminación del irritante pueden minimizar en gran medida las posibles complicaciones.^{9,10,11}

Histopatología: Las lesiones reactivas se originan con mayor frecuencia a través de una reacción del tejido a un roce o traumatismo constante por lo que se manifiesta a través de una hiperplasia del endotelio. El amplio espectro de lesiones con características clínicas similares dificulta su diagnóstico por lo que éstas deben ser analizadas a través de un estudio histopatológico para alcanzar su diagnóstico de certeza y establecer el plan de tratamiento adecuado. Histopatológicamente, las lesiones reactivas se destacan por presentar una sobreproducción de colágeno, aparente por la presencia de fibroblastos maduros en una matriz densa de fibras de colágeno. También es frecuente observar células inflamatorias, sobre todo de localización perivascular. Frecuentemente el epitelio que lo recubre es hiperqueratósico debido a la irritación crónica de bajo grado que sufre en su superficie. ^{11,12.}

2.1. FIBROMA TRAUMÁTICO

Etiopatogenia: Los fibromas traumáticos también conocidos como irritativos, no son considerados neoplasias reales, ya que son respuestas reactivas al traumatismo o a la irritación crónica. El traumatismo crónico o recurrente provoca una hiperplasia reactiva generando un crecimiento del tejido conectivo fibroso que se ve similar a los tejidos circundantes. Es una lesión de naturaleza del tejido conjuntivo, caracterizada por proliferación de fibroblastos y depósito de fibras de colágeno en haces cortos y desordenados. ^{13,14}

El fibroma traumático es el resultado de un proceso de reparación crónico que incluye tejido de granulación y formación de cicatrices que dan como resultado una masa submucosa fibrosa. Las recurrencias son raras y pueden ser causadas por traumatismos repetitivos en el mismo sitio. La lesión no tiene riesgo de malignidad. ¹³

Manifestaciones clínicas: Su frecuencia es mayor en adultos con localización principalmente en encías, labios, mucosa bucal y bordes de la lengua. Su crecimiento es la mayoría de las veces nodular y exofítico. Puede ser pedunculado de superficie lisa y consistencia firme, del mismo color o ligeramente más claros que los tejidos circundantes. Las lesiones pueden permanecer de un mismo tamaño durante años y pueden presentar inflamación en la superficie epitelial cuando se traumatizan o si el paciente continúa irritando la tumoración.^{11,13,14}

Diagnóstico y tratamiento: Es necesaria la extirpación quirúrgica del crecimiento, y el profesional dental debe evaluar cualquier hábito crónico que pueda ser el factor causa, ya que la recurrencia es probable si no se elimina la fuente del traumatismo. El reconocimiento de esta lesión es importante ya que a menudo imita el cáncer oral. Los datos clínicos, histopatológicos y de seguimiento son de suma importancia para diagnosticar de manera correcta en aquellos casos difíciles y poco frecuentes, evitando de esta manera un tratamiento erróneo.^{15,16}



Figura (17). Fibroma en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 63 años de edad.

2.2 GRANULOMA PIÓGENO

Etiopatogenia: El granuloma piógeno es una lesión relativamente hemorrágica común que aparece como una respuesta hiperplásica inflamatoria a la irritación local, trauma físico, inducida por medicamentos como la ciclosporina o factores hormonales. Aunque se ha informado en todos los grupos de edad, la incidencia máxima se observa en adolescentes y adultos jóvenes con una predilección femenina de dos a uno. En el grupo pediátrico, los varones se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres y existe mayor probabilidad de que ocurra un granuloma piógeno en la primera infancia que durante la adolescencia. Esta lesión también aparece con mayor frecuencia en mujeres embarazadas y se le ha denominado coloquialmente “tumor del embarazo” o “granuloma gravídico”.¹⁷

Manifestaciones clínicas: Clínicamente, se presenta como un nódulo rojo opaco con una superficie lisa o lobulada y consistencia blanda e indolora. Los granulomas piógenos a menudo sangran espontáneamente pero se vuelven progresivamente menos vasculares a medida que maduran. La mayoría de las lesiones varían en tamaño desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros, se han registrado casos de granulomas piógenos de más de 2,5 cm de tamaño. Ocurren más comúnmente dentro de la encía queratinizada, con sitios anteriores afectados con más frecuencia que los posteriores, y el maxilar más comúnmente afectado que la mandíbula. Los granulomas piógenos gingivales representan aproximadamente el 75-85% de todos los granulomas piógenos orales. Otros sitios intraorales, como la mucosa bucal, la lengua y los labios, se ven afectados con menor frecuencia y generalmente tienen una tasa relativamente alta de recurrencia después de una escisión simple.^{17,18}

Diagnóstico y tratamiento: Los granulomas piógenos no se resuelven espontáneamente, por lo que la extirpación quirúrgica está indicada en la mayoría de los casos, aunque también se han tratado con terapias alternativas como los corticoides y tratamiento láser. Si bien la recurrencia después de la escisión simple de los granulomas piógenos gingivales es aproximadamente del 15%, la recurrencia después de la escisión en sitios extragingivales es poco

probable. El diagnóstico diferencial clínico de una masa de partes blandas exofítica de superficie lisa ulcerada incluye tanto entidades reactivas como neoplásicas. Las lesiones reactivas más probables de ocurrir son los fibromas de irritación y los granulomas piógenos. El espectro de lesiones neoplásicas benignas a considerar incluye hemangioma, neurofibroma, schwannoma, miofibroma, leiomioma, rabdomioma y tumor de células granulares. Todas estas lesiones pueden presentarse con características clínicas de ulceración secundaria e inflamación. Las características clínicas como la duración de la lesión, la tasa de crecimiento y los antecedentes de trauma juegan un papel en la racionalización del diferencial. Aunque los granulomas piógenos son lesiones benignas, no neoplásicas, se requiere un manejo médico adecuado para evitar el crecimiento excesivo de la lesión que podría interferir con la masticación normal y la función oral.¹⁷



Figura (18). Fotografía clínica preoperatoria que demuestra una masa lobulillar exofítica, ulcerada de color rojo en el dorso de la lengua.

2.3 NEUROMA TRAUMÁTICO

Etiopatogenia: Se trata de una proliferación reactiva tumoral del tejido nervioso periférico que se produce tras una agresión tisular. Aunque el neuroma traumático puede formarse en cualquier nervio dañado, ocurre más comúnmente en nervios pequeños. Los factores etiológicos incluyen particularmente procedimientos quirúrgicos previos, sin embargo, también se han considerado otros eventos como presión, isquemia, lesiones por aplastamiento, laceraciones, estiramientos, cortes, sangrado en el tejido circundante. Los sitios más comunes en la boca son el labio, la lengua y el área del orificio mentoniano. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en adultos y en las mujeres, y en cualquier localización. Los neuromas traumáticos sintomáticos se desarrollan cuando la regeneración de la fibra neural ocurre en presencia de una proliferación excesiva del tejido fibroso. La contracción posterior de los miofibroblastos de heridas y cicatrices conduce a la compresión de las fibras nerviosas regeneradoras y a una mayor estimulación del crecimiento excesivo de sus células perineurales como respuesta protectora. Este proceso crónico conduce a un agrandamiento lento de la masa proliferante y al cuadro histológico típico de un neuroma traumático, en el que múltiples fascículos entrelazados de fibras nerviosas están encerrados en tejido fibroso condensado.^{19,20,21}

Manifestaciones clínicas: Las características clínicas de un neuroma traumático incluyen la formación de un nódulo solitario de menos de 2 cm de diámetro, dolor neurálgico, sensibilidad, parestesia y aumento del dolor a la palpación sobre la lesión. Aunque el dolor se ha considerado un síntoma distintivo de esta lesión, los estudios indican que sólo una cuarta parte a un tercio de los neuromas traumáticos orales son dolorosos. Este dolor puede ser intermitente o constante y va desde una leve sensibilidad o ardor hasta un dolor intenso que se irradia. Los neuromas del nervio mentoniano frecuentemente son dolorosos, especialmente cuando son palpados o se ven afectados por una prótesis dental.²²

Diagnóstico y tratamiento: Dentro de los métodos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de los neuromas traumáticos sintomáticos se sugieren; la infiltración local de esteroides, bloqueo simpático del ganglio, percusión y terapia ultrasónica. También se utilizan otras técnicas neuroquirúrgicas cuando las medidas locales no logran controlar el dolor. La resección quirúrgica simple de la lesión puede realizarse cuando el neuroma está bien localizado y puede mejorar la sintomatología sin afectar el nervio, por otra parte, existen neuromas traumáticos con límites difusos que impiden su resección quirúrgica, por lo que puede resultar en un daño neurológico severo, como hipoestesia y parálisis nerviosa.^{23,24}

2.4 MUCOCELE DE BLANDIN NUHN

Etiopatogenia: El mucocele es una lesión común de la mucosa oral, que se origina por la ruptura de un conducto salival y la extravasación de la mucina a los tejidos blandos circundantes. Son masas benignas de tejido blando que resultan de la retención o extravasación de moco en los tejidos circundantes de la lámina propia.^{14,25}

Manifestaciones clínicas: Generalmente son lesiones nodulares o vesiculoampollosas, de rápido crecimiento al principio y que posteriormente pueden variar de tamaño. Lo más habitual es que presenten un color azulado de aspecto traslúcido. Suelen encontrarse en personas jóvenes, frecuentemente asociadas a zonas expuestas a traumatismos. El sitio con mayor incidencia es el labio inferior, sin embargo, se puede encontrar en cualquier región donde existan pequeñas glándulas salivales como la lengua, mucosa bucal, labio superior y paladar. Los mucoceles que involucran las glándulas de Blandin-Nuhn, que son glándulas salivales linguales anteriores y que son principalmente glándulas secretoras de mucosidad que están incrustadas dentro de los músculos del

vientre anterior de la lengua, son menos frecuentes y constituyen un pequeño porcentaje de los casos informados.^{26,27}

Diagnóstico y tratamiento: Es de suma importancia observar las características de la lesión, ya que se puede diagnosticar de manera errónea, siendo los diagnósticos erróneos más comunes el liquen plano ampoloso y el penfigoide de las membranas mucosas. En el liquen plano ampoloso, las ampollas suelen ser grandes, flácidas y opacas, en comparación con la vesícula translúcida y tensa del mucocele. La ampolla de un penfigoide de la membrana mucosa se rompe fácilmente y tiende a extenderse en la periferia a diferencia del mucocele. El tratamiento más común de los mucoceles superficiales, es la escisión quirúrgica. Para el manejo de los mucoceles de Blandin Nuhn de moderados a grandes, se sugiere destechar completamente la lesión a lo largo de toda su periferia para visualizar y extirpar todas las glándulas presentes y la escisión completa de las más pequeñas.²³

Si se produce una recurrencia, es necesario extirpar la glándula salival adyacente.¹⁴



Figura (19) Cara lateral de aumento de volumen cilíndrico en cara ventral de la lengua, superficie lisa, consistencia blanda, asintomático, con periodos de remisión y exacerbación.

CAPÍTULO 3: EPIDEMIOLOGÍA

Las lesiones reactivas generalmente están relacionadas con algún acontecimiento específico que da inicio a una respuesta adaptativa en los tejidos, iniciando el crecimiento en los tejidos blandos. Pueden presentarse a cualquier edad, aunque se ven con mayor frecuencia en grupos jóvenes cuando se trata de las lesiones provocadas por traumatismos sin predilección de raza o género. Otro grupo de relevancia son las personas de la tercera edad cuando se trata de lesiones provocadas por la fricción, y están fuertemente relacionadas con prótesis mal ajustadas, restauraciones en mal estado o dientes fracturados.¹⁰

En un estudio realizado sobre incidencia de lesiones reactivas aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina, se recuperaron los registros de un laboratorio de patología oral, de 2006 a 2016. Se obtuvo información del perfil de cada caso a partir de los archivos de biopsia y registros de pacientes, y se recogieron los siguientes parámetros: sexo, edad, grupo étnico del paciente y datos relacionados con la lesión, como tamaño, color, ubicación y etiología. Además se evaluó la concordancia entre los diagnósticos histopatológicos y clínicos emitidos por el odontólogo.²⁹

La lesión observada con mayor frecuencia en este estudio retrospectivo fue la hiperplasia fibrosa, representando 72% de los casos diagnosticados. Ocurrió principalmente en mujeres con una edad media de 50 años, variando de 19 a 90 años, con una mayor incidencia evidente durante la 6ª (32,4%), 5ª (22,2%) y 7ª (22,2%) décadas de vida. La localización anatómica preferencial fue la cresta alveolar (22,0%) y la mucosa yugal (20,7%). El tamaño de la lesión varió de menos de 0,5 cm (25,3%), 0,5-1,0 cm (30,14%) y 1,0-1,9 cm (22,58%). Los factores etiológicos correspondientes más comunes fueron dentaduras postizas mal ajustadas (68,6%), seguidas de traumatismos crónicos (27,6%).²⁹

Los casos restantes fueron granuloma piógeno representando el 12%. El sexo femenino se vio afectado en un 74,2% con una mayor incidencia observada durante la 1ª (21,6%), 2ª (21,6%), 3ª (18,3%) y 6ª (21,6%) décadas de vida.

Dentro de estos casos, 11,6% estaban relacionados con mujeres embarazadas y 8,3% eran recurrencias. La localización anatómica preferencial fue la cresta alveolar (53,9%) y los labios (20,6%). El tamaño de la lesión varió de menos de 0,5 cm (14,7%), 0,5-1,0 cm (32,3%) y 1,0-1,9 cm (38,2%). El mayor factor etiológico correspondiente fue el trauma crónico (44%), seguido de las dentaduras postizas mal ajustadas (28%).²⁹

Los resultados de este estudio revelaron que las lesiones reactivas tienen una alta incidencia entre las patologías orales. La hiperplasia fibrosa fue la lesión encontrada con mayor frecuencia en este estudio, con un total de 72% . También fue la lesión biopsiada con mayor frecuencia de la cresta gingival, mucosa yugal, labios y lengua. de acuerdo con los estudios realizados, la mayor incidencia de hiperplasia fibrosa se notó durante la quinta, sexta y séptima décadas de vida, lo que probablemente está relacionado con el uso de una prótesis oral. Estudios previos atribuyeron el desarrollo de hiperplasia fibrosa a un uso a largo plazo de una prótesis removible o malas condiciones de uso, ya que representa una lesión constante en los tejidos orales.²⁹

El granuloma piógeno fue la segunda lesión más frecuente representando el 12%. Esta lesión representa un trastorno de la mucosa oral que suele aparecer como una respuesta inflamatoria con características similares a las de un granuloma aunque histológicamente no representa un granuloma real. De acuerdo con otros estudios, el granuloma piógeno podría estar relacionado con cambios hormonales, específicamente, con los efectos vasculares de las hormonas femeninas. De esta manera, se espera una mayor incidencia en mujeres. La localización predominante del granuloma piógeno fue la cresta alveolar. El color común entre las lesiones era rojizo en un 69,23%, lo que podría explicarse por su constitución histológica típica de un tejido de granulación altamente vascularizado lleno de vasos sanguíneos.²⁹

La mayor parte de las lesiones reactivas representó una respuesta exuberante a la irritación y el trauma local. Aunque se han descrito diversos irritantes locales diferentes, el presente estudio identificó dentaduras postizas mal ajustadas, lesiones crónicas, raíz restante, extracción dental, placa bacteriana, implantes y brackets de ortodoncia como posibles factores etiológicos. En general, las lesiones reactivas fueron mayoritariamente nodulares, con un

tamaño que variaba de 0,5 cm a 2 cm, asemejándose al color de la mucosa o ligeramente rojizo-púrpura, afectando principalmente a las mujeres durante la quinta y sexta décadas de vida.²⁹

CAPÍTULO 4: MANEJO ODONTOLÓGICO

En la mayoría de las ocasiones, las lesiones reactivas son pequeñas y disminuyen aún más su tamaño en pocos días al eliminar el factor irritante. El diagnóstico diferencial de un aumento de volumen requiere una historia clínica y dental completa, una evaluación cuidadosa del tipo, la naturaleza y el alcance del agrandamiento y la identificación de factores etiológicos o predisponentes. La mayoría de las lesiones gingivales localizadas intraorales progresan lentamente, cuyo crecimiento es generalmente limitado. Es importante indicarle a los pacientes los cuidados que deben tener para evitar una reincidencia. Es el odontólogo quién se encuentra en la posición para detectar y diagnosticar estas lesiones, solicitando al paciente información detallada y referencias para una mejor valoración y tratamiento.^{10,30}

El comportamiento clínico de las lesiones reactivas puede variar en diferentes poblaciones, lo que refleja los diferentes factores ambientales y estilos de vida, por lo que, para la identificación de cualquier lesión reactiva se requiere la formulación de un diagnóstico diferencial para permitir una evaluación y manejo precisos de cada paciente. Estas lesiones deben separarse clínica e histológicamente de las lesiones precancerosas, lesiones del desarrollo y neoplásicas. La eliminación completa de los irritantes locales con seguimiento y mantenimiento de la higiene bucal ayuda a prevenir las recurrencias de tales lesiones.^{31,32,33}

La variedad en tamaño de las lesiones reactivas, es extensa e indican un proceso crónico, en el que se produce una reparación exagerada después de una lesión. Generalmente no tienen características radiográficas. La apariencia clínica consiste en masas sésiles o a veces pedunculadas con superficie lisa ulcerada o intacta. La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección y la eliminación del

irritante crónico es obligatoria. La mayoría de las lesiones no tendrán reincidencia, sin embargo, si la fuente del trauma persiste, probablemente la lesión reaparezca. Es deber del cirujano dentista tener conocimiento sobre la distribución de estas lesiones, ya que es esencial para el diagnóstico rápido y la intervención temprana.^{34,35}

4.1 BIOPSIA ORAL

La biopsia es el procedimiento mediante el cual se toma o extrae una porción de tejido de un órgano u otra parte del cuerpo para la realización de un estudio microscópico anatomopatológico, con la finalidad de llegar a un diagnóstico, estimar un pronóstico, seguir el curso de una enfermedad y establecer el debido tratamiento. La biopsia puede ser escisional, cuando el tamaño de la lesión permite la remoción completa con márgenes sanos. Indicada en el caso de tumores o lesiones que se quieran extirpar en su totalidad, e incisional cuando se toma solo una pequeña porción representativa de la lesión y tejido adyacente sano.^{36, 37}

La biopsia en cavidad oral está indicada para la confirmación de lesiones sospechosas de malignidad, lesiones precancerosas y las ulceraciones orales sin causa evidente. Se encuentra indicada en lesiones aparentemente inflamatorias que no mejoran o desaparecen en pocas semanas tras eliminar los irritantes locales.³⁸

Dentro de los motivos para realizar una biopsia en cavidad oral se encuentran:

- ❖ Confirmación de un diagnóstico mediante el estudio histopatológico.
- ❖ Poder establecer el curso de un tratamiento.
- ❖ Descartar o confirmar la presencia de enfermedad local o sistémica.
- ❖ Llevar un control preventivo y un seguimiento de lesiones con potencial maligno.
- ❖ Establecer un pronóstico sobre la evolución de la lesión o enfermedad.
- ❖ Evaluación del avance y resultado de los tratamientos aplicados.³⁶

Toda aquella lesión que presente un paciente debe ser biopsiada y es de suma importancia que cada profesional tenga consciencia de la responsabilidad que conlleva la realización de dicho procedimiento, ya que una mala realización contrario a mejorar el pronóstico de la enfermedad puede retrasar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente.³⁸

Los pasos a seguir para una correcta realización de biopsia en cavidad oral son los siguientes:

- ❖ Reconocer un cambio anormal en los tejidos de la cavidad oral.
- ❖ Establecer un diagnóstico diferencial de la lesión.
- ❖ Brindarle información al paciente de los posibles diagnósticos a confirmar o descartar y obtener un consentimiento para la realización de la biopsia.
- ❖ Identificar los límites de la lesión y compararlos con los tejidos circundantes.
- ❖ Conocer las estructuras anatómicas que pueden ser afectadas con la toma de la muestra para biopsiar.
- ❖ Valorar riesgos, beneficios, estética y funcionalidad.
- ❖ Realización de una historia clínica completa que incluya además datos que puedan relacionarse con las posibles causas de la lesión.
- ❖ Describir de manera detallada la lesión, con medidas aproximadas, descripción de su ubicación, color, tiempo de evolución, presencia o ausencia de dolor, semejanza o diferenciación con los tejidos circundantes, consistencia, forma, si es elevada, pedunculada, móvil o sésil, indurada, cambios o crecimiento durante el tiempo de evolución, si es lesión única o hay varias y en qué zonas se localizan.
- ❖ Establecer y solicitar los exámenes complementarios necesarios, como lo son laboratorio e imagenología.
- ❖ Identificar la zona de la lesión de las que se va a extraer el tejido y establecer el tipo de biopsia. La muestra debe incluir tejido sano y tejido representativo de la lesión.
- ❖ Elegir el instrumental según el tipo de biopsia a realizar.
- ❖ Valorar el posible proceso de cicatrización y planificar en los casos que así lo requieran la disponibilidad de materiales como apósitos quirúrgicos,

cementos periodontales y placas protectoras para los casos de heridas grandes que cicatricen por segunda intención.³⁶

El tener conocimientos sobre patología y anatomía oral son de suma importancia para un buen resultado de biopsia en la cavidad oral. Es deber del cirujano dentista orientar al patólogo a llegar a un diagnóstico certero y para esto es de gran valor la información que aporte con las muestras enviadas.³⁶

CONCLUSIONES

Una exploración minuciosa en cada uno de nuestros pacientes es de suma importancia, dado que una lesión reactiva puede resultar limitante en cuanto a la función. Poder identificar los factores causales de estas lesiones, así como su manejo integral en diagnóstico y tratamiento es responsabilidad del cirujano dentista.

El tener los conocimientos para poder brindar un tratamiento mediante el diagnóstico diferencial, hará el proceso más corto y con mayor porcentaje de éxito.

Es importante informar a los pacientes acerca de lo que es y no normal dentro de la cavidad oral, con la finalidad de disminuir los diagnósticos tardíos y mejorando la calidad de vida en cuanto a función y estética.

Ofrecer a los pacientes citas recurrentes para observación y mantenimiento de sus restauraciones o prótesis dentales, evitará que las mismas provoquen un daño a largo plazo, generando una lesión reactiva que puede interferir en la función .

Al tener las lesiones reactivas una alta incidencia entre las patologías orales, la comprensión de sus características clínicas ayuda a lograr un diagnóstico clínico y etiológico más claro, y el conocimiento de los factores relacionados con su desarrollo. Esto puede contribuir a un tratamiento adecuado y a un pronóstico positivo en la mayoría de ellas.

Brindar un diagnóstico adecuado, promover y hacer énfasis en la prevención, así como y el tratamiento correcto de estas lesiones son de suma importancia debido a la aparición y presentaciones similares de crecimientos neoplásicos. De igual manera, se requiere un seguimiento postoperatorio cercano ya que algunas de las lesiones pueden presentar recurrencia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 61 años de edad acude al seminario de periodontología endodoncia y rehabilitación oral en la facultad de odontología UNAM por una fractura en el órgano dental 36. En la exploración intraoral se observó un aumento de volumen en el vértice de la lengua, de forma oval, superficie lisa, consistencia firme y base sésil. No presentaba cambio de color ni sintomatología. Al interrogatorio, el paciente refirió una evolución asintomática de 15 años aproximadamente sin recordar cómo fue que dio inicio el aumento de volumen. El paciente refiere contar con antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos sin importancia para el padecimiento actual.



Figura 20. Aumento de volumen localizado en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 61 años.



Figura 21. Aumento de volumen de 0.8 mm aproximadamente. Lesion localizada en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 61 años.

Manejo odontológico

El tratamiento de elección fue realizar una biopsia escisional y mandar a estudio histopatológico en el laboratorio de patología de la UNAM.

Se colocaron puntos locales de lidocaína al 2% a los costados de la lengua cerca del vértice y se procedió a tomar el aumento de volumen de manera firme para traccionar y atravesar con sutura para que su remoción fuera desde la base realizando el corte con una hoja de bisturí.

Inmediatamente después de la incisión, se colocó la muestra en un frasco con formol y se colocaron dos puntos de sutura en el vértice de la lengua.

El paciente evolucionó satisfactoriamente a los 2 días. Se aprecia una adecuada cicatrización sin rastros de la incisión ni datos de infección.

Los puntos de sutura colocados se cayeron el mismo día, al no referir sangrado y ver un cierre de la zona de la incisión, se optó por no colocarlos nuevamente.



Figura 22. Lesión removida quirúrgicamente en la que se muestra la sutura con la que se tracciono para la incisión.

Diagnóstico clínico

Hiperplasia fibrosa

Descripción microscópica

Los cortes histológicos examinados con H y E mostraron proliferación de fibras de colágena dispuestas de manera irregular con fibroblastos gigantes de morfología estelar, vasos sanguíneos de diferente calibre e infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario. Hacia la base se encontraron fascículos de tejido nervioso sin alteraciones histológicas. El epitelio de revestimiento es plano estratificado hiperparaqueratinizado con clavos epiteliales elongados y anchos, gránulos de queratohialina abundantes, acantosis, hiperplasia basal y exocitosis.



INFORME DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Nombre: Crispín Solano Demetrio

Folio FO: FO-075-23

Edad: 61 años

Género: M

RNLB#: -

ID: -

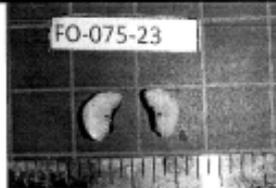
Médico solicitante: Alejandra Solano Mora

Fecha recepción: 16-02-23

Pieza remitida: Biopsia escisional del vértice lingual.

Diagnóstico clínico: Hiperplasia fibrosa

Descripción Macroscópica:



Se recibe un fragmento de tejido blando fijado en formol con hilo de sutura el cual se retira. Mide 0.8 x 0.6 x 0.4 cm, es de forma oval, color blanco, superficie lobulada y de consistencia firme.

El lecho quirúrgico es anfractuoso de color blanco, mismo que se entinta de color azul. Se realiza corte longitudinal, ofreciendo resistencia y se incluye en su totalidad en cápsula FO-075-23.

Descripción Microscópica:



En los cortes histológicos examinados con H y E se observa proliferación de fibras de colágeno dispuestas de manera irregular con fibroblastos gigantes de morfología estelar, además de vasos sanguíneos de diferente calibre e infiltrado inflamatorio leve y difuso de predominio linfocitario. Hacia la base se observan fascículos de tejido nervioso sin alteraciones histológicas. El epitelio de revestimiento es plano estratificado hiperparaqueratinizado con clavos epiteliales elongados y anchos, abundantes gránulos de queratohialina, vacuolización perinuclear y citoplasmática, acantosis, hiperplasia basal y excitosis.

Diagnóstico Detallado: Producto de biopsia escisional del vértice lingual.

- **HIPERPLASIA FIBROSA DE 0.8 X 0.6 X 0.4 CM.**

Especialista: Esp. Jessica Tamara Paramo Sánchez. **Cédula:** 10595406 **Firma:**

Residentes: JNLJ/PEN/SEPC

Fecha de Firma: 03/03/23

Figura 23. Informe de resultados del laboratorio de patología UNAM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José V. Bagan Sebastián. Medicina bucal. Valencia, España: ed. Medicina oral, S.L; 2008.
2. María Mercedes González, Estefanía Raquel Fernández. Aspectos evolutivos de lesiones reactivas inflamatorias en maxilar. Reporte de un caso. Revista facultad de odontología, 2015; 7(1): 43.
3. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF. Traumatic lesions of oral mucosa in older adults, Avances en odontoestomatología. 2015; 31(3): 129-134.
4. Heimansohn HC. Mucocele of anterior lingual tongue glands: report of a case. Dent Dig. 1970; 76: 470-471.
5. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley II, Clinically oriented anatomy. 7ª ed. España:Wolters Kluwer Health; 2013
6. Michel Latarjet, Alfredo Ruíz Liard. Anatomía Humana. 5ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Panamericana; 2019
7. María Elsa Gómez de Ferraris, Antonio Campos Muñoz. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009
8. Alejandro González Gleason, Dulce María Stefany González Ponce. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana, 2016; 20 (1): 39-43.
9. Vandana Reddy, Susmita Saxena, Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A ten year observational study on North Indian Population: J Clin Exp Dent. 2012; 4(3):36-40.
- 10.J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2008
- 11.Leslie DeLong, Nancy W. Burkhardt. Patología oral y general en odontología. 2ª ed. España: Wolters Kluwer Health; 2013

12. K.L. Kumaraswamy, M. Vidhya. Oral biopsy: Oral pathologist's perspective: *Journal of Cancer Research and Therapeutics* . 2012; 8: 192-198.
13. María Mercedes González, Estefanía Raquel Fernández, Sebastián Krupp, Aspectos evolutivos de lesiones reactivas inflamatorias en maxilar. Reporte de un caso. *Revista facultad de odontología*, 2015; 7(1): 42-48.
14. Ana Mendieta, Jazmín González, Hiperplasia fibrosa de gran tamaño: Reporte de un caso: *Rev Uninorte Med*. 2020; 9(2): 113-122
15. Rodrigo Alexandre Valerio, Alexandra Mussolino de Queiroz, Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Brazilian Dental Journal*, 2013; 24(5): 537-541.
16. Gizem Tanriver , Merva Soluk Tekkesin, Automated Detection and Classification of Oral Lesions Using Deep Learning to Detect Oral Potentially Malignant Disorders: *cancers journal*, 2021; 13: 1-13
17. Biji Babu, Kaveri Hallikeri, Lesiones reactivas de la cavidad oral: estudio retrospectivo de 659 casos. *J Indian Soc Periodontol*. 2017. 21(4):258-263.
18. Dr. N. Anitha, Dharini Jayachandran, Tongue Lesions - A Review. *Nat. Volatiles & Essent. Oils*, 2021; 8(5): 28-37.
19. Bobby K. Joseph, Devipriya, Bairava Sundaram, Oral traumatic granuloma: report of a case and review of literature. *Dental Traumatology*, 2010; 26: 94-97.
20. Scott M. Petters, David A Koslovsky, Pyogenic Granuloma in the Tongue in a Five Year Old: A Case Report: *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2018; 42,(5): 383-385.
21. Márcio Ajudarte Lopes, Pablo Agustin Vargas, Oral traumatic neuroma with mature ganglion cells: A case report and review of the literature: *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 2009; 13 (2): 67-69.
22. María del Carmen González Galván, Álvaro Peñaranda García, Traumatic neuroma in the palate: Case report: *Gaceta médica de Bilbao*, 2011; 108,(4): 120-122.
23. René Foltán, Karel Klíma, Mecanismo de desarrollo del neuroma traumático: Elsevier; *Hipótesis médicas*, 2008; 71,(4):572-576.

24. Oskar Eduardo Prada Vidarte, Alejandro Alonso Moctezuma, Traumatic mental neuroma. Clinical case report: *Odontol. Sanmarquina* 2020; 23(4): 451-458
25. Eguchi T, Ishida R, Ara H, Hamada. A diffuse traumatic neuroma in the palate: a case report. *J Med Case Report*. 2016;10:116.
26. Patricia Adachi, Ana María Pires Soubhia, Mucocele of the glands of Blandin Nuhn, clinical, pathological, and therapeutic aspects. *Oral Maxillofac Surg*, 2011; 15:11-13
27. V Banu, Sham Kishor Kanneppady, Mucocele of the glands of Blandin - Nuhn: *International dentistry - African edition*.6 (3):26-29.
28. Sherin C Jose, K Korath Abraham, Blandin and Nuhn mucocele in a pediatric patient. Case Report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 2018; 36 (3): 315-318.
29. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ER. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorrinolaringol*. 2019;85:399–407.
30. Varsha A. Sangle, VK Pooja. Lesiones hiperplásicas reactivas de la cavidad oral: un estudio retrospectivo y revisión de la literatura. *Indian journal of dental research*. 2018; 29: 61-66.

31. OA Effion, WL Adeyemo. Lesiones focales reactivas de la encía: un análisis de 314 casos en una institución de salud terciaria en Nigeria. *Nigerian Medical Journal*.2011; 52: 35-40
32. Babu B, Hallikeri K. Lesiones reactivas de la cavidad oral: Un estudio retrospectivo de 659 casos. *J Indian Soc Periodontol*. 2017 Julio-Agosto;21(4):258-263.
33. Vidyanath S, Shameena PM, Johns DA, Shivashankar VY, Sudha S, Varma S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A survey of 295 cases at a Tertiary Health Institution in Kerala. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2015; 19 (3): 330-334.
34. Maryam Amirchaghmaghi, Nooshin Mohtasham. Survey of Reactive Hyperplastic Lesions of the Oral Cavity in Mashhad, Northeast Iran.

- Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects. 2011; 5 (4): 128-131.
35. Bhagirathi D Lakkam, Madhusudan Astekar. Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: An institutional retrospective study. J Oral Maxillofac Pathol. 2020; 24(1):76-80.
36. Ana Lucía Herrera Jiménez, Mireya Solórzano Rodríguez, Dylana Mena Camacho. Protocolo de atención clínica en red de cirugía oral menor, mayor y maxilofacial. Seguro Social de Costa Rica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; 2020.
37. Josefa Novales. Biopsia de piel. Rev Fac Med UNAM. 2003; 46 (4): 167-168.
38. Seoane JM, González-Mosquera A. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. Av Odontoestomatol. 2008; 24 (1): 89 - 96.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE ILUSTRACIONES

Figura (1): Anatomía de la lengua. Imagen tomada de sitio web; [Epiglotis, raíz de la lengua, amígdala, dorso de la lengua... \(thinglink.com\)](#)

Figura (2): Representación de la ubicación de las papilas linguales. Imagen tomada de sitio web: Las funciones de relación y coordinación en el organismo. Sistema nervioso, endocrino y locomotor. [Actividad Blink | BlinkLearning](#)

Figura (3): ilustración de las papilas linguales observadas al microscopio; Imagen tomada de sitio web: Odontología de bolsillo; el motor de información de odontología clínica más rápido: [14: Lengua | Odontología de bolsillo \(pocketdentistry.com\)](#)

Figura (4): Ilustración que muestra la ubicación anatómica de los músculos extrínsecos de la lengua. Imagen tomada del sitio Web; Anatomy of Oral Cavity,

pharynx. & oesophagus: [PPT - Anatomía de la cavidad oral, faringe y esófago](#)
[Presentación PowerPoint - ID:634202 \(slideserve.com\)](#)

Figura (5): Ilustración que muestra la ubicación anatómica de los músculos intrínsecos de la lengua. Imagen tomada del sitio Web; Anatomy of Oral Cavity, pharynx. & oesophagus: [PPT - Anatomía de la cavidad oral, faringe y esófago](#)
[Presentación PowerPoint - ID:634202 \(slideserve.com\)](#)

Figura (6): Arterias de la lengua. Keith L. Moore. Anatomía con orientación clínica. 7ª ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health; 2013.

Figura (7): Drenaje venoso de la lengua. Keith L. Moore. Anatomía con orientación clínica. 7ª ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health; 2013.

Figura (8): Drenaje linfático de la lengua. Keith L. Moore. Anatomía con orientación clínica. 7ª ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health; 2013.

Figura (9): Inervación de la lengua. Keith L. Moore. Anatomía con orientación clínica. 7ª ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health; 2013.

Figura (10). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas filiformes. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histologia del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (11). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas fungiformes,. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histologia del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (12). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas calciformes. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histologia del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (13). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas foliadas. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histología del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (14). Corte histológico de la lengua en donde se observan las papilas foliadas que contienen corpúsculos gustativos. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histología del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (15). Corte histológico de la lengua en donde se observan los corpúsculos gustativos y algunos grupos celulares. Imagen tomada de sitio web; Histología del sistema digestivo: [Histología del sistema digestivo \(slideshare.net\)](#)

Figura (16). Representación de las sensaciones gustativas en las diferentes zonas de la lengua. Imagen tomada de sitio web; Los 5 sentidos: [Los 5 Sentidos: El Gusto \(marigarciag.blogspot.com\)](#)

Figura (17). Fibroma en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 63 años de edad. Fotografía tomada en la Facultad de Odontología UNAM, seminario de periodontología endodoncia y rehabilitación oral por la alumna Alejandra Solano Mora.

Figura (18). Fotografía clínica preoperatoria que demuestra una masa lobulillar exofítica, ulcerada de color rojo en el dorso de la lengua.

Scott M. Petters, David A Koslovsky, Pyogenic Granuloma in the Tongue in a Five Year Old: A Case Report: The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2018; 42,(5): 383-385.

Figura (19) Cara lateral de aumento de volumen cilíndrico en cara ventral de la lengua, superficie lisa, consistencia blanda, asintomático, con periodos de remisión y exacerbación.

Susana Vanessa García-Benítez, David Fonseca-Lozada, Mucocele de glándulas de Blandin Nuhn. Caso inusual y revisión de la literatura: Odontoestomatología. 2020; 35, (22)

Mucocele de glándulas de Blandin Nuhn. Caso inusual y revisión de la literatura (scielo.edu.uy)

Figura 20. Aumento de volumen localizado en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 61 años. Fotografía tomada en la Facultad de Odontología UNAM, seminario de periodontología endodoncia y rehabilitación oral por la alumna Alejandra Solano Mora.

Figura 21. Aumento de volumen de 0.8 mm aproximadamente. Lesion localizada en el vértice de la lengua en un paciente masculino de 61 años. Fotografía tomada en la Facultad de Odontología UNAM, seminario de periodontología endodoncia y rehabilitación oral por la alumna Alejandra Solano Mora.

Figura 22. Lesión removida quirúrgicamente en la que se muestra la sutura con la que se tracciono para la incisión. Fotografía tomada en la Facultad de Odontología UNAM, seminario de periodontología endodoncia y rehabilitación oral por la alumna Alejandra Solano Mora.

Figura 23. Informe de resultados del laboratorio de patología UNAM. Estudio histopatológico solicitado en el departamento de patología, medicina bucal y maxilofacial de la Universidad Nacional Autónoma de México y procesado por la especialista Jessica Tamara Paramo Sánchez.