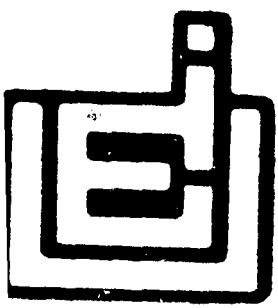
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U. N. A. M.

CIRUJANO DENTISTA

GLOSODINIA

CATALINA CERVANTES ZARATE



San Juan Iztacala, Méx. 1985

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

JURAMENTO DEL CIRUJANO DENTISTA

Ante el H. Jurado y en presencia de las personas que me escuchan, protesto ante Dios, orientar el ejercicio profesional al servicio de la humanidad, procurar anteponer el interés de mis semejantes al mío propio, sacrificar si es menester mis comodidades personales ante las necesidades de los demás, para lo cual tomaré como obligación fundamental el estudio y la preparación para dar rendimiento profesional cada vez más perfecto.

Considero que el pueblo de México, ha sido la base para que la Universidad por medio de la Escuela Nacional de Odontología, me haya dado los medios para realizar mis estudios profesionales y por lo tanto será el primero a quien deba corresponder con mis servicios.

Estimo que el respeto a mis compañeros de profesión, a mis maestros, a mí Escuela y a la Sociedad, serán la base para mi ejercicio profesional, obrando así con justicia, gratitud, honor y con virtud en todas mis actividades como Cirujano Dentista.

" POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU "

I N D I C E

I . INTRODUCCION

II . FISIOLOGIA Y MORFOLOGIA DE LA LENGUA

III . ETIOLOGIA

IV . CLASIFICACION DE ACUERDO A LA ETIOLOGIA

V . MANIFESTACIONES CLINICAS. INTERRELACION CON ENFERMEDADES SISTEMICAS

VI . DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

VII . TRATAMIENTO

VIII . PRONOSTICO

IX . CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Es sumamente importante para el Cirujano Dentista, el estudio y conocimiento de todas las estructuras, órganos y tejidos que integran la cavidad bucal en su estado normal y patológico, ya que de esta manera es posible efectuar -- diagnósticos acertados de la gran variedad de anomalías -- que se presentan en la práctica diaria.

Dentro de este complejo sistema que es la cavidad --- oral, uno de los órganos que presenta una fundamental im-- portancia es la lengua, ya que sabemos desempeña valiosas funciones, dentro de las cuales podemos mencionar la fona- ción, deglución, succión y gusto.

Conocemos que existe una gran variedad de anomalías - que pueden llegar a afectarla, las cuales tienen etiología diversa (causas locales únicamente, deficiencias metabóli- cas, carencias vitamínicas, enfermedades infecciosas, aler gias, etc.)

Es por lo anterior que la lengua merece un lugar de - importancia en la exploración de rutina, teniendo siempre en cuenta un posible diagnóstico de algunas enfermedades - sistémicas, ya que muchas de ellas se pueden detectar o -- tratar con un diagnóstico precoz y no comprometer la vida del paciente.

Encontramos entonces, por lo mencionado hasta el mo-- mento que la elaboración de éste trabajo, que sólo se enfo ca al padecimiento de GLOSODINIA (18)(definida como: dolor y sensación de quemazón de la lengua), representa un pro-- blema de diagnóstico y terapéutica, y que con este breve - estudio se intenta sea mejorado y difundido en los diferen tes niveles odontológicos.

La GLOSODINIA se encuentra clasificada dentro de -- los trastornos neurológicos con manifestaciones en cavidad bucal. Por lo general se observa en mujeres que presentan síndrome depresivo de involución, dentro de la -- cuarta década.

Existen diversos factores predisponentes como: cancerofobia, envenenamiento por metales, anemias, xerostomía, síndrome postmenopáusico, alcoholismo crónico. --- stress, etc.

Es probable que este trastorno haya sido estudiado mucho tiempo atrás, pero sin relación con el estado psíquico del paciente. Fue hasta 1889 cuando Vernuil (5) - lo da a conocer con el nombre de ulceraciones imagina--- rias, debido a la falta de lesiones visibles.

Es importante entender que varios padecimientos sistémicos pueden englobar dentro de su sintomatología a éste, por lo que se requiere que el Cirujano Dentista, tenga conocimientos amplios en la patología bucal y general con el objeto de establecer diagnósticos precisos y por ende, tratamientos específicos.

Una situación de importancia es el hecho de que el paciente con GLOSODINIA recurre de primera intención al Médico General, cuando la afección no mejora recurre al- Neurólogo y por último al Cirujano Dentista, puesto que su padecimiento forma parte del campo odontológico. Sin embargo, vemos que pasado el tiempo el problema sigue -- sin resolverse, lo cual tiene su principio en la falta - de preparación del profesional para dar un adecuado diagnóstico.

En vista de lo anterior, existe la necesidad de que el Cirujano Dentista desde etapas tempranas de formación tenga mayor conocimiento sobre el tema. Quiza absortos en los múltiples adelantos técnicos de la profesión, el tema no ha sido expuesto lo suficiente o no se le da la importancia que merece, por lo que existen deficiencias en el conocimiento de éste, teniendo entonces el Cirujano Dentista necesidad de autoprepararse para dar el manejo correcto a sus pacientes portadores de la afección.

Habiéndolo experimentado, juzgo oportuno esforzarnos en aportar a nuestra profesión elementos que allanen el camino de nuevas generaciones, con el único objeto de transmitir experiencias y coadyuvar a la mejor capacitación profesional de los Cirujanos Dentistas.

II. FISIOLOGIA Y MORFOLOGIA DE LA LENGUA.

a) Embriología.
b) Constitución anatómica.
c) Mucosa Lingual.
d) Músculos.
e) Arterias, vasos y nervios.
f) Sistema linfático.

a) Embriología.

La lengua se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales y hacia el final de la cuarta semana empieza a desarrollarse. Las estructuras que se derivan de los primeros arcos branquiales están separadas, durante toda la vida, de los derivados de los arcos más caudales por el surco terminal en la zona de las papilas circunvaladas. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular.

Existen dos prominencias linguales y laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar, éste al principio es prominente, reduce su tamaño relativo y despúes casi desaparece. La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de fases de los segundos y terceros arcos branquiales, la cópula.

En la línea media, sobre la base de los primeros y segundos arcos branquiales, se desarrolla la glándula tiroides por crecimiento y diferenciación progresivos. Un conducto transitorio, el tirogloso, se origina en -------

en esta región, creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula.

En las etapas tardías del desarrollo de la lengua crece rápidamente y su parte anterior se diferencían varios tipos de papilas, mientras que en la parte posterior de la mucosa lingual aparece el tejido linfático.

b) Constitución Anatómica.(24)

La lengua es un órgano muscular móvil, alojado en el espacio parabólico que circunscribe a los arcos dentarios, rellenando por completo éste espacio. La lengua no sólo es el órgano esencial del gusto sino que desempeña, además de un papel importante en la masticación, deglución, succión y la articulación de los sonidos.

Analizando la lengua desde el punto de vista de su constitución se le consideran las siguientes partes:

Un armazón osteofibroso o esqueleto de la lengua.
Revestimiento mucoso o mucosa lingual.
Músculos de la lengua.

El esqueleto de la lengua está constituido por el hueso hioides, dos láminas fibrosas, membrana hioglosa y el séptum medio.

El hueso hioides, tiene forma de herradura, siempre convexo hacia adelante; su cuerpo es aplanado de adelante atrás, posee en su cara anterior rugosidades que sirven de inserción a los músculos. Su estructura está formada de tejido compacto, salvo en la base de las astas mayores, donde presenta una pequeña cantidad de tejido esponjoso.

La membrana hioglosa o glosohioidea, es una lámina fibrosa situada en la parte posterior de la lengua y se dirige en forma transversal. En esta membrana se considera, un borde inferior y otro superior, una cara anterior y otra posterior.

El borde inferior está en relación con el borde superior del hueso hioides y, puesto que se inserta en él, tiene naturalmente la configuración del mismo.

El borde superior es convexo, se pierde en medio de las fibras musculares de la lengua, su punto más elevado esta por detrás de la "V" lingual.

La cara posterior corresponde a la parte más profunda de la mucosa lingual, únicamente está separada de ella por los fascículos del músculo lingual superior.

El séptum medio, es una lámina fibrosa, de coloración blanco amarillenta, situada en la línea media entre los dos músculos genioglosos, es un fibrocartílago central.

Conformación exterior:

La lengua, órgano impar tiene forma de cono dispuesto en sentido sagital cuya punta aplanada, está inclinada hacia abajo y adelante. Desde el punto de vista de su dirección, se puede dividir en dos porciones: la porción anterior o bucal y la porción posterior o faríngea.

El istmo de las fauces sirve de límite respectivo a estas dos porciones.

Se describen comunmente en la lengua: dos caras, superior e inferior; dos bordes laterales, una base, un --

vértice o punta.

La cara superior o borde dorsal, casi plana en sentido transverso, es fuertemente convexa en sentido anteroposterior. En su parte posterior, en la parte media,- se ven las papilas caliciformes, dispuestas en forma de- V.

Por delante de la V lingual, la lengua tiene un aspecto casi uniforme y se relaciona con la bóveda palatina, también esta cara nos muestra arrugas o surcos fisiológicos.

La cara inferior.- Tiene en la línea media, un surco anteroposterior, que se continúa por detrás con un repliegue de la mucosa, conocida como frenillo, el cual limita hasta cierto punto los movimientos de locomoción de la lengua, especialmente la elevación y la proyección hacia delante. En la parte más inferior del frenillo se - encuentran dos tubérculos perforados que corresponden a- los orificios de los conductos de Wharton, y a cada lado de este mismo frenillo están las dos venas raninas que - estan situadas por debajo de la mucosa lingual.

Bordes.- Libres y redondeados, están en relación con los arcos dentarios, se adelgazan gradualmente a medida- que se aproximan a la punta del órgano.

Base.- Es gruesa y ancha, está en relación con los- músculos milohioideos y genihioideos, con el hueso hioides y con la epiglotis.

Punta.- Es conocida también con el nombre de vértice. en su parte media se reunen el surco superior y el- inferior de la lengua.

c) Mucosa Lingual.(22)

La mucosa lingual enfunda el cuerpo muscular de la - lengua, recubre todas las regiones, sin excepción, de la- base y se une con las mucosas vecinas. El espesor de la- mucosa dista mucho de ser uniforme, es delgada y transparente en la cara inferior, se engruesa al aproximarse a - los bordes. Su máximo espesor es en la parte media de su cara dorsal, entre la V lingual y la punta.

La consistencia de la mucosa varía según las regio-- nes en que se examina; también su espesor es variable. Es más blanda en la cara inferior y más aún a nivel de -- los bordes, base y punta. En cuanto a su coloración es-- casi siempre rosada en sus caras y bordes.

La mucosa lingual considerada desde el punto de vista de su constitución anatómica presenta las siguientes - partes: 1) mucosa propiamente dicha. 2) glándulas y 3) papilas gustativas.

1) Mucosa.- Análoga en ésto a todas las mucosas, esta formada por dos capas, una profunda o córion y una superficial o epitelial.

2) Glándulas.- Se observan de dos clases: las foliculares y las serosas. Las foliculares, detrás de la V lingual, forman una serie continua desde la epiglotis a las- papilas caliciformes y de una amígdala a otra. Las glándulas mucosas, se arraciman semejantes a las que se encuentran en el resto de la boca.

3) Papilas Gustativas.- Las papilas se dividen por - su forma en los siguientes grupos:

Papilas filiformes y fungiformes.- Son las más peque

ñas y abundantes. Ocupan la superficie superior de la parte anterior de la lengua, dan aspecto rugoso o aterciopelado. Funcionan como órganos táctiles.

Papilas fungiformes.- Son menos numerosas y estan localizadas en el vértice y bordes de la lengua, estan provistas de terminaciones gustativas.

Papilas caliciformes.- Son las más voluminosas dispuestas por delante del agujero ciego y del surco terminal en forma de V, contienen bulbos gustativos.

Papilas foliadas.- Tienen forma de hoja y estan situadas por los bordes de la lengua.

En las papilas gustativas están incluidas las terminaciones nerviosas periféricas que constituyen el receptor del analizador del sabor.

d) Músculos.(24)

Tiniendo en cuenta solo su inserción y origen, pueden dividirse en tres grupos: 1. Los que toman su origen en regiones óseas vecinas a la lengua.- geniogloso, hipogloso y estilogloso. Los que por su nombre indican su inserción. 2. El segundo grupo tiene su origen en órganos vecinos de la lengua y son: palatogloso, faringogloso. 3. El tercer grupo se inicia de partes blandas y partes óseas vecinas a la lengua; lingual superior y lingual inferior.

Independientemente de los músculos que tienen su origen fuera de la lengua, razón por la cual son llamados músculos extrínsecos, existe un músculo intrínseco que es el músculo transverso, se inserta en el tabique

lingual y termina en los bordes de la lengua, por su parte posterior se inserta en el hioides y se continua con-el palatogloso.

De los músculos que hemos nombrado, el lingual superior es un músculo impar, todos los demás son pares y dispuestos simétricamente a cada lado de la línea media.

e) Arterias , Vasos y Nervios.

Arterias.- Las arterias destinadas a la porción de-la lengua provienen de la arteria lingual,palatina y facial, ramas inmediatas o mediatas de la carótida externa.

Las arterias destinadas a la mucosa, proceden del - mismo origen que las que van a su porción muscular.

Son suministradas principalmente, de la dorsal de - la lengua que irriga la parte posterior de la mucosa; - por la arteria ranina y por la sublingual, que irrigan - la parte anterior.

Vasos.- Las venas en su cuerpo muscular, se dirigen en su mayoría, a la cara externa del hiogloso y se reu-nen en un tronco común. La vena lingual propiamente dicha, desemboca en la yugular interna.

Las venas de la mucosa lingual que se describen su-trayecto de las papilas, se reunen con las venas nacidas en las formaciones glandulares que llegan finalmente a - desembocar en la yugular interna.

f) Sistema Linfático.

Orígen.- Hay que distinguir una red linfática en la mucosa o superficial y una red linfática muscular o profunda.

La red mucosa.- Es abundante, y debe ser considera-

da por separado en la parte anterior o bucal, en su parte posterior o faríngea y en la mucosa de la cara inferior.

Parte bucal de la red dorsal.- Formada por conductos, en forma de mallas, siendo más anchas las que se originan en series lineales paralelas a las series papilares y oblicuas a partir del surco medio.

Parte faríngea de la red dorsal.- Los capilares linfáticos de ésta región, son menos numeroso por delante, forman una red bastante laxa, paralela al surco oblicuo dibujado por las series de folículos cerrados de la amígdala lingual.

Cara inferior y bordes de la lengua.- Las mallas de la red son transversales y comunican con la red de la cara superior, los linfáticos marginales en extremo numerosos y dispuestos perpendicularmente a la dirección de los bordes.

Red Muscular(24).- Los linfáticos profundos musculares forman abundantes plexos ordenados alrededor de los vasos sanguíneos y comunican hacia la red mucosa.

III. ETIOLOGIA.

Vernuil en 1889 es el primero en describir la etiología de la GLOSODINIA con el nombre de ulceraciones imaginarias (debido a la falta de lesiones visibles), a pesar de la sensación subjetiva de la pérdida de la sustancia.

La etiología de la GLOSODINIA que hasta ahora hemos encontrado, es débida a diferentes causas, y antes de poder realizar un diagnóstico adecuado, debemos descartar las glosodinias sintomáticas (diabetes, arterioesclerosis etc.), la glosodinia por lesiones de vecindad (sinusitis problemas de articulación temporomandibular, etc.), y por supuesto, por afecciones linguales diversas que pueden provocarla.

En algunos casos también está asociada con estomatitis, estomatodinia y xerostomía.

Para la GLOSODINIA esencial se conocen 3 etiologías definidas que son:

a) Provocadas por trastornos en la microcirculación superficial de la lengua (8).

b) Provocada por trastornos neurálgicos, por irritación periférica que procede de una erosión mínima, localizada, con suma frecuencia en el fondo de un pliegue de una papila foliada (10).

c) Neurosis (1).

Por otra parte, es necesario aclarar que la manifestaciones clínicas de la GLOSODINIA esencial corresponden----

casi exactamente a las descritas por Glickman(18), con el nombre de Gingivoestomatitis Menopáusica. Datos que confunden para el diagnóstico.

Para el grupo de la GLOSODINIAS sintomáticas, se pueden considerar todas aquellas enfermedades que dentro de su sintomatología presentan ésta y de las cuales encontramos:

a) Las enfermedades provocadas por esclerosis múltiple.

b) Por deficiencias vitamínicas , principalmente por vitamina A y del complejo B.

c) Por estados anémicos como: anemia perniciosa, policitemia vera, leucemia y macroglobulinemia.

d) Por Diabetes Mellitus, clínica e infraclínica.

e) Por Sífilis.

f) Por enfermedades de origen psicosomático.

g) Por Alcoholismo Crónico.

Para el grupo de GLOSODINIAS con afecciones linguales diversas, encontramos 2 grupos:

1. Las causas linguales y
2. Las causas extralinguales.

Para las causas linguales encontramos: amigdalitis lingual, alergias linguales(a dentífricos, lápiz labial, alimentos) y por último, hábitos linguales.

Las causas extralinguales o lesiones por vecindad, podemos englobarlas en: lesiones alveolo-dentarias(caries infecciones periapicales, alteraciones parodontales etc.),

lesiones por aparatos protésicos (ganchos irritantes, puentes fijos, fracturas etc.) y por último, Shaffer(23) señala 2 factores etiológicos posibles: por decarga electrogalvánica entre restauraciones de diferente metal, y la otra por problemas de la articulación témporomandibular.

Por otra parte Karsham (6) y colaboradores, revisaron e incluyeron las siguientes enfermedades:

Neuralgia del trigémino.
Trastornos gastrointestinales (hipo o hiperacidez).
Hipotiroidismo.
Edema angioneurótico.
Mercurialismo.
Antibioticoterapia y
Glositis de Moeller.

Por otra parte Zinskin y Moulton (15) señalaron que era una enfermedad con trasfondo nervioso, pero sin embargo aplicaron el nombre de Dolor Bucolingual Idiopático.

IV. CLASIFICACION DE LAS GLOSODINIAS DE ACUERDO A SU ETIOLOGIA. (20)

1. POR AFECCIONES LINGUALES	Quemaduras. Despapilaciones linguales difusas- (anemias, en especial perniciosas, hipovitaminosis, antibióticos y candidiasis). Aftas. Herpes. Ulceraciones traumáticas. Lengua geográfica. Lengua escrotal fisurada. Papilitis foliada. Carcinomas. Glositis diversas. Várices linguales. Galvanismo. Prótesis. Otros medicamentos, etc.
2. SINTOMATICAS Y POR LESIONES DE VECINDAD. (lesiones aparentes).	Alteraciones de la secresión gástrica. Neuralgias. Neuritis. (neoplasias, aneurismas, - cervicoartrosis y compresiones venosas) Diabetes. Arterioesclerosis. Síndrome témporomaxilar. Amigdalitis. Lesiones alveolodentarias. Arteritis Temporal. Sinusitis.

3. ESENCIALES	Trastornos en la microcirculación de la lengua.(8) Neuralgia por irritación periférica que procede de una erosión, localizada en el fondo de un pliegue de una papila foliada. Neurosis.
4. HEMIGLOSODINIAS	Neoplasias cerebrales. Dinias del glosofaríngeo e hipoglo so. Aneurismas cerebrales. Cervicoartrosis, etc.

V. MANIFESTACIONES CLINICAS. INTERRELACION CON ENFERMEDADES SISTEMICAS.

Manifestaciones Clínicas.

Como podemos observar hasta este punto, la GLOSODINIA presenta una importante interacción con diferentes enfermedades, que nos resultan difíciles de recordar en determinado momento para efectuar un diagnóstico preciso. Por lo que en este capítulo expondremos en forma precisa las manifestaciones clínicas que hemos encontrado y que corresponden a la Glosodinia.

Las Glosodinias pueden ser consideradas como manifestaciones monosintomáticas de una depresión enmascarada(4,2).- Se puede pensar que existe el síntoma único de la depresión, constituido aquí por la Glosodinia.

Sabemos que la Glosodinia se presenta de la 3a. década en adelante, y con mayor frecuencia en el sexo femenino. Su aparición es espontánea, con dolor violento en ocasiones, y en otras, que es la más de las veces, presenta la sensación de quemadura; sensación continua sin causa aparente.

El paciente nos refiere dolor comparándolo con el de la quemadura de lengua por algo caliente, ardor y piquetes; síntomas que con la angustia de interpretaciones convergen en cancerofobia.

Generalmente los dolores son calmados con la alimentación y no se manifiesta por la noche. Su saliva es pastosa lo cual presenta un signo patognómónico según el Dr. Daieff (19).

Cuando la Glosodinia se presenta en el caso de uso - de prótesis por lo general éstas no se toleran, puede ha-- ber disgeusia (perversión del sentido del gusto).(18).

Al realizar nuestro exámen clínico, NO encontramos ningún signo de la enfermedad,la lengua se observa con - todas sus características de normalidad (Cap. II), de - aquí la dificultad de su diagnóstico.

El dolor , en el estudio bioquímico de los mecanis - mos transmisión de éste, y de las perturbaciones metabó- licas en la depresión, muestra la existencia o interacción entre las concentraciones de un neuro-mediador, la Seroto nina, cuya porción disminuida en la depresión , es sensible a los antidepresores tricíclicos (Imipramina-Tofranil-, - Amitriptilina -Elavil_) que aumentan su concentración. (15,17)

A continuación vamos a dar una breve semblanza de - las enfermedades que incluyen como síntoma la Glosodinia.

1. Esclerosis Múltiple. (Esclerosis diseminada):

Enfermedad de etiología desconocida, pero que puede- ser clasificada como "desmineralizante" por afectar princi palmente la sustancia blanca, sobre todo el Sistema Nervio so Central. Dentro de sus características clínicas, en-- contramos que se presenta en grupos jóvenes entre la edad de 20 a 40 años, sin predilección de sexo. Se caracteri- za por: a) parestesia superficial o profunda, b) trastor- nos efectores autónomos, c) la triada de Charcot, que es- diagnóstica característica bien conocida de la esclero - sis múltiple, pero en este caso no esta invariablemente - presente.

Consiste en temblor intencional, lenguaje escondido- o disartia o nistagmo, debilidad facial y muscular. Las - manifestaciones de la Glosodinia son debidas a la presencia de la parálisis de Bell y/o neuralgia del trigémino- en pacientes con este mal(5).

2. Deficiencias Vitamínicas:

a) Vitamina "A".- Está bién establecido que la vitamina A guarda relación principalmente con el proceso de- diferenciación celular epitelial. A la existencia de la- deficiencia, estas células no se diferencían . Esto significa que las células de la capa basal pierden su especificidad y tienden a formar epitelio escamoso estratificado con producción de queratina, independientemente de las células previamente formadas (19).

El epitelio lingual y gingival se torna hiperplásico y con deficiencias prolongadas, existe queratinización - que facilmente sufre invasión de bacterias que pueden - originar enfermedad.

b) Riboflavina.- En la deficiencia leve hay una Glositis que comienza con la sensibilidad e irritación de la punta de la lengua, bordes laterales y/o ambas. Las lesiones se extienden hacia atrás sobre el dorso de la lengua.

En casos avanzados la lengua es lisa y brillante debido a la atrofia completa de las papilas. En muchos pacientes presenta color magneta que se distingue de la cianosis.

c) Acido Nicotínico.- La ausencia del ácido nicotínico puede originar inestabilidad vasomotora de piel, - trastornos funcionales del tubo digestivo, sistema nervioso y circulatorio; cuando es pronunciada o persistente, las

anormalidades en la función conducen a cambios estructurales de diferentes tejidos que en última instancia presentan las lesiones de pelagra.

Las lesiones que afectan lengua, cavidad oral y vagina, suelen ser las manifestaciones más tempranas de la enfermedad. En el periodo prodrómico, el paciente suele quejarse de sensación de ardor,y punta y bordes de la lengua se observan enrojecidos. En fases agudas la boca se siente como si se hubiera escaldado, se descama la totalidad del epitelio (13,3).

d) Deficiencia del Complejo B.- Los signos bucales de esta deficiencia, ocurren fundamentalmente en tejidos blandos (lengua, mucosas, encía y labios.). Puesto que gran parte de nuestro diagnóstico se deriva de la observación clínica.

e) Acido Fólico.- Aunque sabemos que la deficiencia de este ácido no es básicamente un trastorno anémico, se considera dentro de estos por presentar un cuadro clínico en común con las anemias perniciosas severas y resulta dificil diferenciarlos.

Dentro de sus manifestaciones bucales encontramos glositis grave y atrofia de papilas filiformes, la sensación de dolor y ardor en lengua y mucosas es común, junto con lesiones vesiculares pequeñas y dolorosas.

3. Anemias:

a) Anemia primaria, de Addison o Perniciosa.- Aunque todavía se desconoce la naturaleza exacta de la enfermedad, se sabe que se debe a la atrofia de la mucosa gástrica que no secreta el, aún no identificado, "factor intrínseco (vitamina B 12). La Glosodinia se presenta junto con la Glositis, que son síntomas comúnes de la anemia. Los pacientes se quejan de tener sensación de dolor y de ardor y llegan a ser tan molestos que al primero que consultan es al Odontólogo para obtener alivio local.

La lengua inflamada, descrita como el color "Rojo -- carne" en su totalidad y por zonas en el dorso y bordes laterales y úlceras poco profundas y atrofia gradual de - papilas dejan la lengua lisa o "pelada", que con frecuencia denominamos Glositis de Hunter o de Moeller.

b) Policitemia Vera o Enfermedad de Osler.- Caracterizada por un aumento absoluto en la cantidad de eritrocitos circulantes y volumen de sangre. La mucosa bucal es- de color rojo violáceo intenso y la encía y lengua que - son las zonas más afectadas se presentan cianóticas por - la reducción de hemoglobina.

c) Leucemia.- Como sabemos, ésta alteración afecta a cualquiera de las células blancas y por ello la enfermedad se clasifica según los diferentes tipos: Leucemia Mieloide (granulocítica), Leucemia Linfoide y Leucemia Monocítica. También para indicar el curso de la enfermedad, se aplica el término de aguda, subaguda y crónica.

Es frecuente que el paciente leucémico ocurra a la - consulta dental, por la persistencia de las encías blan-- das y edematosas de color rojo intenso. También se obser-

van ulceraciones. La trombosis de los vasos gingivales y-linguales contibuyen a la ulceración y por lo tanto a la - presencia de Glosodinia.

d) Macroglobulinemia.- Aunque no es específicamente - una enfermedad del "factor sanguíneo" , se incluye en las-anemias debido a su tendencia hemorrágica. Es una enfermedad que afecta a personas mayores de 50 años. Las manifestaciones orales son: hemorragia gingival espontánea con salida continua , úlceras sangrantes en la lengua y zonas-focales de hiperemia que son edematosas y dolorosas.

4. Diabetes Mellitus.

La diabetes es una lesión bioquímica, y aunque no hay una correlación completa entre producción de la enfermedad y la alteración histológica comprobalbes en el páncreas, - el papel de la insulina en la regulación de la enfermedad-se considera legítimo.

La diabetes es un trastorno del metabolismo de carbohidratos, caracterizada por hiperglucemia y glucosuria. -- este trastorno disminuye la resistencia de los tejidos a-la infección, Debído a esa disminución, los pacientes no-tratados o controlados inadecuadamente, pierden gran cantidad de líquido por lo que el paciente siente la boca seca y puede presentarse la Glosodinia.(9)

4. Sífilis.

Esta enfermedad infecciosa granulomatosa aguda y crónica, es producida por espiroquetas. Dentro de su fase secundaria o metastásica, tiene manifestaciones maculares y papu

lares en piel, las lesiones bucales denominadas "Placas - mucosas" suelen ser múltiples e indoloras. Son frecuentes en lengua encía y mucosa vestibular.

La Glosodinia se llega a presentar cuando el micro-- organismo se encuentra en forma extragenital afectando -- lengua mamas y dedos.

6. Origen Psicosomático.

Es importante destacar que en este grupo caen la mayoría de los pacientes que presentan Glosodinia, sin relación con enfermedades sistémicas.

Generalmente estos pacientes sufren de la boca, (lengua, encías, dientes, etc.) en los cuales el Cirujano Dentista no ha encontrado ninguna causa de enfermedad local o sistémica.

Su dolor presenta un cuadro clínico constante; por lo general este tipo de pacientes sufren conflictos familiares más o menos graves, preocupaciones que no pueden - resolver o no pueden separarse de estos problemas.

Se trata generalmente de sujetos cuyo funcionamiento psíquico es simple (2), poco intelectualizado y con reacciones emotivas y afectivas inmediatas.

Se podría decir, ésto no sin interés por una comprensión psicopatológica ulterior de este problema, que ellos no elaboran intelectualmente el concepto de dolor moral y que el único dolor expresable pasa por un órgano (4), en este caso la lengua es la que los hace sufrir.

Se encuentra uno muy seguido con antecedentes depresivos personales (2), y a veces antecedentes depresivos - familiares.

En fin, una entrevista larga y paciente permite poner en evidencia uno u otro síntoma del estado depresívo, es - decir:

-Humor triste.
-Desinterés de las actividades habituales desarrolladas.
-Inhibición psicomotríz.
-Problemas de sueño, de conducta alimenticia con alteraciones del estado general de salud.
-Fijación hipocondriaca.

7. Por alcoholismo.

Los efectos sobre la mucosa bucal son indirectos y estan en relación con las deficiencias vitamínicas ocasionadas por la desnutrición que acompañan habitualmente al alcoholismo crónico y consistente (16). Fundamentalmente,- se presenta una glositis y una glosodinia por defícit de- tiamina y riboflavina, así como enfermedad periodontal en cuyo origen figuran las carencias de complejo B y de vitamina C (19).

VI.DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

DIAGNOSTICO.

Por lo expuesto hasta el capítulo anterior, podemos observar que el diagnóstico de la Glosodinia esencial nos presenta un alto grado de dificultad, debido a que podemos encontrar Glosodinia asociada a enfermedades sistémicas y psicosomáticas.

El profesional que realiza el diagnóstico, toma como muestra diferentes estados y manifestaciónes como las expuestas hasta ahora, lo cual le ayuda para poder determinar si la Glosodinia que tratamos es esencial o sistémica.

Un dato que nos ayuda de manera importante en el diagnóstico para la Glosodinia esencial, es que la lengua clínicamente no presenta ninguna alteración, contrario a Glosodinia sistémica.

También es importante destacar que el diagnóstico lo realiza finalmente el Cirujano Dentista, puesto que el paciente con este padecimiento llega a la consulta dental despúes de las diferentes visitas a médicos generales y/o neurólogos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La glosodinia en su diagnóstico diferencial lo hace - con las siguientes enfermedades:

- Glositis Migratoria.- Lesión de etiología desconocida, - aunque se ha sugerido podría tener un fondo psicosomático- (23)

Presenta las siguientes características clínicas:(que pueden ser confundidos al diagnóstico con Glosodinia): --- las papilas fungiformes persisten en la zona descamada como puntos rojos elevados que en su inicio, algunas veces,- no se logran observar clínicamente.

Su tratamiento es empírico; es una lesión benigna, que al igual que la Glosodinia no hay más que tratar de tran-- quilizar al paciente. Su curación es espontánea.

-Várices Linguales o Sublinguales.- Como sabemos, una várice en una vena dilatada o tornosa (18); comunmente en una- várice encontramos que esta sometida a gran presión hidrostática.

Las várices se presentan comunmente en las venas reninas y en la superficie ventral y bordes de la lengua.

Se destaca que cuando estas no son visibles clínica-- mente o se encuentran en estado primario, nos pueden reportar la sensación de quemazón, ardor o piquetes al igual -- que la Glosodinia (11).

-Lengua Pilosa.- Infección poco común, que se caracteriza- por una hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua, sin la descamación normal que puede ser extensa y en forma de una capa opaca, gruesa sobre la superficie dorsal.

Aunque su etiología es desconocida, la lengua pilosa, es bastante frecuente en pacientes que fuerón sometidos a-

radiaciones de cabeza y cuello. Lo cual provoca alteraciones en glandulas salivales; la lengua pilosa hace su aparición junto con xerostomía, y cuando puede haber sensación de ardor por la falta de saliva que lubrica y evita la invación de microorganismos a la lengua.

-Xerostomía.- Manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales, pero de por si no constituyen una entidad nosológica.

Tiene dentro de sus características clínicas la sensación de ardor y sequedad, pero la mucosa se presenta normal, dato que puede confundir con la Glosodinia, y que en casos más severos se observa la falta total de saliva, donde las manifestaciones de ardor y dolor se aumentan al igual que la Glosodinia.

-Irradiación con Rayos X.- La pérdida de la función de las glándulas salivales despúes de la irradiación es un fenomeno bién conocido. Este tratamiento de tumores de cabeza y cuello, inducen rapidamente a una xerostomía, afección que describimos en el punto anterior.

-Síndrome de Sjogren.- Enfermedad que se manifiesta en mujeres a partir de la cuarta década, aunque pueden ser afectados niños y adultos jóvenes.

Tiene dentro de sus caracteristícas: sequedad de boca y ojos, como resultado de la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales; esto suele originar al igual que la glosodinia, la sensación de ardor de la mucosa bucal entre otras muchas manifestaciones.

-Lengua de Moeller.- Alteración poco común, y en la mayoria de las veces se confunde con glositis de Hunter.

Su etiología es desconocida, pero se ha observado --- que se presenta en personas sumamente nerviosas y con ma-- yor frecuencia en el sexo femenino, al igual que la Glosodinia (12).

En el prodromo encontramos sensación intensa de ardor en la superficie de la lengua, importante porque éste ar-- dor puede permanecer por largo tiempo antes de que se instale la enfermedad.

VII. TRATAMIENTO.

El tratamiento deberá estar encaminado a combatir tres factores:

1) Causas aparentes.
2) Causas generales.
3) Causas locales.

Cuando hablamos de causas aparentes, podemos englobar a la Glosodinia esencial que, como ya sabemos, presenta una fuerte relación con el estado psicosomático del paciente. Para realizar un tratamiento efectivo debemos auxiliarnos del psiquiatra o psicologo, profesional que determina el grado de dimensión depresiva de cada paciente y el tipo de tratamiento a seguir (1, 10, 12, 13.).

Las causas locales: buscamos eliminar los irritantes, evitar los alimentos calientes, atención especial para la corrección de hábitos (1), cambios de prótesis etc. (19).

Las causas generales: nos referimos a la Glosodinia que se manifiesta por enfermedad sistémica conocida y que podemos tratar en conjunto con el médico general, una vez determinada la enfermedad que la produce.

En cuanto a los medicamentos que se han utilizado para el tratamiento de Glosodinia esencial, en un intento de mejorar la sintomatología, se han administrado diversos como son: analgésicos, anestésicos tópicos, sedantes, antihistamínicos, vasodilatadores, relajantes del músculo liso, vitaminas, enzimas digestivas, esti-

mulantes del sistema nervioso central, estimulantes salivales y hormonas sexuales (10,14,13).

Algunos de estos medicamentos con éxito.

VIII. PRONOSTICO.

La Glosodinia esencial puede presentar cierto grado de dificultad en su detección, puesto que el paciente enmascara el padecimiento, pero una vez lograda la comunicación con éste, y la institución del tratamiento (psicológico), el pronóstico resulta favorable.

La Glosodinia sistémica presenta pronóstico favorable puesto que sabemos que si se detecta y trata la enfermedad, se elimina la Glosodinia.

La Glosodinia por afecciones linguales, resulta ser de pronóstico favorable al igual que las anteriores.

IX. CONCLUSIONES.

En vista de que el Odontólogo no puede ni debe-aislarse del resto de los profesionales, para atacar cualquier problema bucal, se concluye la importancia de conocer los signos y síntomas significativos de - la Glosodinia y de su relación con enfermedades locales y sistémicas.

Este esfuerzo pretende poner al alcance del --- Odontólogo Actual, los fundamentos de la Glosodinia, con la intención de que en forma interdisiplinaria - se divulge el conocimiento para una completa forma-- ción profesional.

Por otra parte quiero mencionar, que la bibliografía que existe acerca de Glosodinia, llamó mi -- atención el hecho de que los que más han investigado y escrito sobre el tema, son los rusos, alemanes, - franceses y los norteamericanos; ésto determinó que la investigación realizada fuera lenta por la dificultad de obtener los artículos y la traducción de - los mismos.

Sin embargo, deseo que esta breve y cuidadosa - investigación bibliográfica, nos lleve a inquietarnos sobre el análisis de otros padecimientos linguales- con obscura etiología, ya que en la medida que conozcamos y distingamos con seguridad científica las diversas patologías de la lengua y del resto de las - estructuras que conforman la cavidad oral, podremos-

establecer diagnósticos más acertados y dar el tratamiento adecuado, propiciando inclusive una acción interdisiplinaria con profesionales del área médica básicamente.

B I B L I O G R A F I A .

A R T I C U L O S.

I. DAS ZUNGENBRENNEN., PERKO M.- S S O .- Glossodynia - 89(2) p. 120-3 1979.

2. GODEKROY M.- Glossodynia and Depression.- Rev. Odont. (France) Dic. 11(6) p. 411-3 1982

3. HANEKE E.- Glossodynia.- Derm. Univer. Jun. 30(6) p.- 208-12 1982.

4. HANEKE E.- Psychological Aspects of Glossodynia.- - Atsch. Med. Mochenschr. 103(33) p. 1302-5 1978.

5. KUSTCHER A. H., SILVER H.F.- N.Y. State. 52:1401. - Glossodynia.- 1952.

6. KARSHAM., KUSTCHER A.H., SILVER H.F., STEIN G. and - ZIRKEN.- Studies in The Etiology of Idiopatic Orolingual Paresthesias.- Am. J. Diag. Dis., 19. p 341-3 - 1952.

7. LAUFER C.- Soins (France).- Glossodynia.- p. 9-10 - 1982.

8. LARRERE J., MERLEN J. E., CARLIER G.- Glossodynie et- Microcirculation.- Angeiologi. XXIX-6 Oct. 1977.

9. OLES R.D.- Prediabetic Glossodynia Responsive to Diet. J. Med. Assos. Mich.- May 61(5) p. 120-3 1981.

10. SHAA J. E.- Glossodynia: Etilogy Diagnosis and Treatment.- Alumini. Bull Dent. Indiana Univer.- p.16-29 - 1977.

11. SAMODI VI., PETRISHCHENKO NV.- Characteristics of - the Neurological Syndromes in Glossodynia.- Stomatologiia (Mosk).- Nov.-Dic. 57(6) p. 14-6 1978.

12. TESNIER D.- Qucques Idees Sur L' Emologie et le Traimen des Glossodynies.- Reveus et Stom. Paris 76(5) - p. 417-21 1975.

13. TAYBOS B.M., TEREZHALMY U. S.- Glossodynia: Diagnosis and Treatment.- Navy Med. 74(5) p. 18-9 1978.

14. YAACOB H.B., CIE L.B.- Glossodynia and Glossopyrosis - J. Med. Malasia.- May. 61(5) p. 305-7 1976.

L I B R O S

15. BHASKAR S.N.- Patología Bucal.- Ed. El Ateneo.- p. - 414-43. 1977.

16. BOCKUS HENRY.- Gastroenterología.- Ed. Salvat. 1978.

17. BURKET LESTER W.- Medicina Bucal.- Ed. Interamericana. p. 152-155. 1973.

18. DORLAND.- Diccionario de las Ciencias Medicas Dorland. Ed. El Ateneo. 1975.

19. GLICKMAN IRVING.- Periodontología Clínica.- Ed. Interamericana . p. 477. 1977.

20. GRINSPAN DAVID.- Enfermedades de la Boca.- Ed. Mundi.- Tomo II.- p. 1708-17011. 1976.

21. LUMERMAN HARRY.- Essential of Oral Pathology.- Ed. - Lippcott. 1975.

22. MOORE L. KEITH.- Embriología Clínica.- Ed. Interamericana.- p. 144-46. 1975.

23. SHAFER WILLIAM C.-Patología Bucal.- Ed. Mundi.- p. 797 1976.

24. TESTUT Y LATARJET.- Tratado de Anatomía Humana.- - Ed. Salvat.- p. 2-32. 1977.

25. ZEGARELLI EDWARD.- Diagnóstico en Patología Oral.- Ed. Salvat.- p. 382 1974.