UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

Alteraciones Más Frecuentes en Lengua

T E S I S

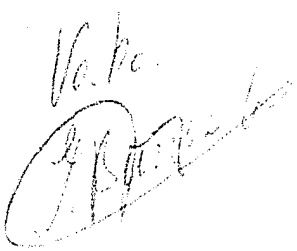
Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a n :

VICTOR JAVIER FREGOSO REGLA

JAIME JUAREZ LOPEZ



México, D. F. 1977

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.

A nuestros Padres.

A nuestro director de Tesis

C.D.GUILLERMO BAÑOS APARICIO

Cirujano Maxilo-Facial

AL HONORABLE JURADO.

A nuestra escuela

A mis compañeros

A mis maestros

A mis amigos.

I N D I C E

Página.

INTRODUCCION 1

CAPITULO I
EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA 2

CAPITULO II
ANATOMIA DE LA LENGUA 5

CAPITULO III
FISIOLOGIA DE LA LENGUA 22

CAPITULO IV
HISTORIA CLINICA 26

CAPITULO V
PRINCIPALES ALTERACIONES DE LA LENGUA. 32

CAPITULO VI
BIBLIOGRAFIA 63

I N T R O D U C C I O N

La lengua suministra mucha información al clínico, de ahí que dos siglos antes de Cristo, Galeno escribiera, " Las condiciones de la lengua revelan al observador cuidadoso, el estado de salud general en esencial de las partes-duras, líquidos, jugos, órganos de la masticación, digestión y los pulmones del cuerpo humano ".

Hacia la mitad del siglo XIX, los médicos se - interesaban en la lengua como elemento de diagnóstico de las-enfermedades graves y se interesaba relacionar los cambios de la lengua con enfermedades de determinadas vísceras y trastornos del desarrollo sin éxito, como el desarrollo de una " Frenología lingual " y otros la de relacionar sus cambios con - trastornos funcionales del estómago y los intestinos y a partir de ello nació el concepto general de que la lengua constituye " La ventana del sistema digestivo " o el " Espejo del - estado del estómago ".

En este período el mayor interés correspondía- a las enfermedades generales que producian capas anormales - sobre la lengua.

A pesar del marcado interés de este órgano a - través de los años, sigue siendo una de las estructuras menos conocidas de la cavidad oral. Sin embargo, esencialmente mencionaremos la función, anatomía embriología y la reacción de la lengua ante los agentes físicos, químicos y biológicos. - con el objeto de llegar a determinar un tratamiento adecuado.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua se localiza en el piso de la cavidad oral. Se desarrolla durante la cuarta semana de vida intrauterina y consta de centros de proliferación mesodérmica cubiertos por epitélio en forma principal endodérmico.

Se encuentran eminencias a los lados de la línea media que deriva del arco mandibular y contribuyen a la formación de las dos terceras partes de la lengua definitiva.

Una señal importante al principio del desarrollo es el tubérculo impar que se reduce y se incorpora a la masa de la lengua, localizado dicho tubérculo impar entre dos extremos caudales de las eminencias linguales anterolaterales.

La línea media presenta una cópula, que nos llama la atención opuesta a las extremidades ventrales del tercer arco branquial y posiblemente incluye tejido contribuído por el tercero y cuarto arcos branquiales.

Esto forma la raíz de la lengua comprobable contribución adicional de la eminencias linguales y posterolaterales, las cuales se observan mejor en embriones de ocho a diez milímetros.

Estas se localizan posterolaterales al tubérculo impar, a los de la porción anterior de la cópula. Es probable que estas estructuras incorporen por lo menos una porción de las extremidades ventrales de los arcos branquiales segundo y tercero y probablemente al que la cópula forme la base de la lengua especialmente las porciones laterales de ésta.

Al final de la cuarta semana esta evaginación tubular de ectodermo del estomodeo, se extiende dorsalmente hacia el mesoblasto de la cabeza desde un punto de la línea media en el sitio en donde la membrana orofaríngea, antes de su degeneración tenía su fijación dorsal.

A medida que la bolsa hipofisiaria crece hacia la cara ventral del tubo niural (Primordio Neurohipofisiario) y los dos se yuxtaponen en forma anteroposterior respectivamente.

De nuevo respectivamente los puntos de los divertículos forman los primordios que originan los Lóbulos anterior y posterior de la apófisis.

La conexión entre los lóbulos posterior y el tubo neutral persiste como el infundíbulo y el tallo Hipofisiario mientras que la conexión con la bolsa hipoficiaria con el estomodeo es obliterada al final del sugundo mes.

Se pueden encontrar restos de la bolsa en un canal " Craneofaríngeo " que penetra al esfenóides. En ocasiones el resto del tejido celular al hipoficiario pueden persistir en el sitio de la invaginación de la nasoferinge definitiva como la hipofisis faríngea.

Resumiendo diremos que la lengua proviene de la faringe, pero exactamente se describió como una bolsa de mucosa llena de músculo estriado.

Formada la lengua a partir de dos extensiones - laterales de los primeros arcos mandibulares.

La mitad anterior del órgano (Porción bucal) posee papilas y la porción media (Porción Faríngea) está infiltrada de tejido linfoide, esta región es conocida como amígdala lingual.

CAPITULO II

ANATOMIA DE LA LENGUA

(QUIROZ 69)

La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal. En él radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

Cara superior: Es convexa transversalmente y más o menos plana de adelante atrás. Presenta en su tercio posterior la V lingual; así llamada por la disposición que adoptan las papilas calciformes o circunvaladas. Hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos hacia atrás y abajo formando las glándulas foliculares y todavía más atrás se encuentran tres repliegues, uno mediano y dos laterales, que van a terminar a la epiglotis y se denominan repliegues glosoepiglóticos mediano y laterales. Por adelante de la V lingual se observa un surco medio, y a los lados, las papilas, dispuestas de tal manera que forman líneas paralelas a las ramas de la V lingual.

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

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

Bordes: Los bordes de la lengua son convexos y más gruesos por detrás que por delante; corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que puden degenerar en cáncer lingual.

Base: Esta porción, la más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosoepiglóticos; en su parte anterior, corresponde a los músculos genihioideos y al milohioideo.

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

Constitución anatómica: Se distinguen en la lengua las siguientes partes: un esqueleto osteofibroso, los músculos de la lengua y la mucosa lingual.

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

La membrana hioglosa: es una lámina fibrosa, dirigida transversalmente, que se inserta por debajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides, entre las dos astas menores. Se dirige hacia adelante y arriba en una extensión de 15 milímetros y se pierde en el espesor de la lengua.

El septum lingual o septum medio; lámina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior

de la membrana hioglosa y por abajo en la cara anterior del hueso hioides. Tiene la forma de una hoz cuya extremidad anterior aguzada termina entre las fibras musculares de la punta de la lengua y cuyas caras laterales sirven de implantación a muchos músculos de la lengua. El borde superior, convexo, se aproxima a la mucosa del dorso de la lengua y su borde inferior, cóncavo corresponde al genioglosо.

MUSCULOS DE LA LENGUA.

Son ocho pares y uno impar. De ellos, tres se insertan en los huesos cercanos, a saber: Genioglosо, hioglosо y estiloglosо; tres se originan en los órganos cercanos: Palatoglosо, faringlosо y amigdalosо, dos proceden de los huesos y órganos próximos y son el lingual superior y lingual inferior. Solo uno es propiamente intrínseco, es el transverso de la lengua. El Genioglosо, el más voluminoso de la lengua, es aplanado transversalmente. Se inserta en las apófisis geni superiores, desde donde sus fibras irradian hacia atrás; las superiores describen una curva de concavidad anterior y van a terminar a la punta de la lengua mientras las inferiores se dirigen hacia atrás y abajo, fijandose unas en la base de la lengua y otras en la parte superior de la cara anterior del hueso hioides. Las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la lengua y terminan en la mucosa, en la membrana hioglosa, o bién se entrecruzan por debajo del séptum lingual con las del lado opuesto.

Por fuera, el genioglosо se relaciona con la glándula sublingual con la arteria lingual con el nervio gran hipoglosо, con el canal de Wharton y con los músculos estiloglosо, hioglosо y lingual inferior.

Por su cara interna corresponde el homónimo - del lado opuesto. Su acción consiste en levantar y dirigir - la lengua hacia adelante por medio de las fibras que van al - hueso hioides. En efecto, las fibras superiores dirigen la - punta hacia abajo y atrás, en tanto que las medias tratan de proyectar el cuerpo de la lengua hacia adelante; obrando en - conjunto, reducen la longitud de la lengua y la aplican con-- tra el piso de la boca.

El estilogloso se extiende de la apofisis estiloides a los bordes de la lengua, Se inserta en la cara -- anteroexterna de la apófisis estiloides y en la parte superior del ligamento estilomaxilar. Se dirige hacia abajo y adelante hasta alcanzar el pilar anterior del velo del paladar, donde - se divide en haces superiores que van al septum lingual; haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus fibras con las del hipogloso y el genigloso, y haces inferiores que se dirigen hacia adelante y abajo, cruzando sus fibras con las del hipogloso y el genigloso, haces medios que siguen el borde de la lengua y terminan en la punta. Se relaciona -- por dentro con el ligamento estilohideo, con el constrictor superior de la faringe y con el hipogloso; y por fuera, con la - glándula parótida y con el pterigoideo interno, el cual eleva la lengua y la lleva hacia atrás.

El hipogloso se extiende del hueso hioides a - la lengua. Posee forma cuadrangular y se inserta por debajo - con el borde superior del cuerpo y del asta mayor del hueso - hioides; se le llama basiogloso al haz qué se desprende del - cuerpo y ceratogloso al que se desprende del asta. Después - las fibras se dirigen hacia arriba y ligeramente adelante casi horizontalmente, mezclándose con los haces anteriores del estiloglosso para terminar con el septum lingual. Se halla en relación por su cara externa con los músculos milohioideo, -

estilohioideo y digástrico, con la glándula submaxilar y con el canal de Wharton; está cruzado de atrás adelante por el gran hipogloso y el lingual. Su cara interna se relaciona con el constrictor medio de la faringe, con el faringogloso y está cruzada de atrás adelante por la arteria lingual. Su acción consiste en abrir la lengua, al tiempo que la aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

El faringogloso se halla compuesto por un fascículo dependiente del constrictor superior de la faringe, el cual, después de alcanzar el borde de la lengua, se divide en haces superiores que van a confundirse con los haces medios del estilogloso y con los haces del palatogloso y haces inferiores que se entrecruzan con las fibras del geniogloso y del lingual inferior.

El palatogloso o glosostafilino, situado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar, es delgado y apalnado. Por arriba, se inserta en la cara inferior de la aponeurosis palatina, de donde desciende a la base de la lengua para recorrer el borde de ésta y confundir sus fibras con las del faringogloso y del estilogloso. Se halla cubierto en casi toda su extensión por la mucosa, al contraerse la lengua hacia arriba y atrás al mismo tiempo que estrecha el itsmo de las fauces.

El amigdalogloso es un músculo delgado que va de la cápsula amigdalina a la lengua. Se inserta por arriba a la aponeurosis faríngea que cubre a la amígdala. Desciende luego entre el faringogloso y la mucosa hasta la base de la lengua, donde se hace transversal y se entrecruza en la línea media por el del lado opuesto. En su porción superior se halla colocado entre la aponeurosis faríngea y la amígdala y

abajo cruza por su cara inferior al lingual superior. Es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

El lingual superior es un músculo impar y mediano situado en el dorso de la lengua, por debajo de la mucosa. Se halla formado en su porción posterior por tres haces, de los cuales los laterales emanan de las astas menores del hueso hioides y el medio de la epiglotis está contenido en el espesor del repliegue glosoepiglótico medio. Los tres haces se dirigen hacia adelante y convergen de tal manera que en la parte media de la lengua quedan unidos. Continuando hacia adelante para terminar en la punta de la misma. Por su cara superior se relaciona con la mucosa de la lengua, a la cual se adhiere íntimamente; por su cara inferior se halla en relación con los músculos subyacentes; a los lados confunde sus fibras con las superiores del estilogloso, con el faringogloso y el palatogloso. Acorta la longitud de la lengua y la abate. Dirige hacia arriba y atrás la punta de la lengua.

El lingual inferior está situado en la cara inferior de la lengua. Se inserta atrás en los cuernos menores del hueso hioides y recibe haces de esfuerzo del estilogloso y del faringogloso y el palatogloso. Se dirige después hacia adelante y sus fibras terminan en la cara profunda de la mucosa que reviste por su cara inferior la punta de la lengua. Corre entre los músculos hiogloso, que está por fuera y el genio gloso por dentro. Su acción consiste en acortar la longitud de la lengua y dirigir la punta hacia abajo y atrás, siendo además abatidor de la lengua.

El transverso lingual tiene la misma extensión que el septum lingual y recibe su nombre a causa de la dirección de sus fibras. Se inserta en las caras del septum -

lingual, de donde sus fibras se dirigen hacia afuera y se cruzan con las fibras longitudinales de los músculos que encuentran hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual donde se fija. Reduce, al contraerse, el diámetro transverso de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

CONCEPTO MORFOLOGICO MACROSCOPICO DE LA MUCOSA DE LA LENGUA.

Dorso de la lengua: La lengua presenta una consistencia firme de acuerdo con espesor de la mucosa, siendo mayor el grosor de éste en los tercios anteriores y en los bordes; en cambio es delgada y lisa por su cara inferior.

La mucosa del dorso de la lengua se encuentra fija a las fibras musculares por la cara profunda del corion, lo que hace que los movimientos de deslizamiento de la mucosa de la lengua sean limitados aunque dicha capa es ligeramente más móvil en los bordes.

Es clásico señalarle un color rosado, principalmente en sus partes laterales, que se debe básicamente a la coloración dada por las papilas fungiformes así como un color blanquecino en la base y en la porción posterior de la línea media, el cual es originado por la descamación del epitelio y las transformaciones que sufren los linfocitos en él.

En ocasiones, en los tercios anteriores, en la parte media y en sentido posterior, se encuentra una canaladura que ha sido descrita clasicamente como surco medio, pero la mayor parte de las veces no es visible estando la lengua en reposo.

Presenta un surco en la unión de sus tercios anteriores con su tercio posterior que llamamos surco terminal y

divide al dorso de la lengua en dos porciones; la anterior o - palatina y la posterior o faríngea.

Algunos anatomistas como Sappey en 1879, no describen este surco terminal quizá debido a que no siempre se observa; actualmente es mencionado por la mayoría de los autores como un límite exacto entre la porción faríngea y palatina de la lengua.

Presenta en el extremo posterior del surco limitante una depresión profunda, el agujero ciego, la cual se considera como un resto embrionario del conducto tirolingual.

Por delante de la V lingual, formada por las - papilas circunvaladas, en el adulto encontramos pliegues que - siguen la misma dirección V, siendo según Testut, de 60 a 100 producidos por la disposición de las papilas en la lengua (pliegues papilares) señalandose más numerosos en la mujer.

Cabe agregar que en las porciones laterales y - posteriores existen repliegues salientes formados por rudimentos de papilas foliadas.

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

Con una frecuencia de 10 al 15% se observan surcos congénitos sobre todo en los bordes laterales o en la - parte media de la lengua que pueden ser transversales, anastomosados, etc. En el viejo se reúnen entre sí dando un aspecto

a la lengua estrellado.

Cara inferior de la lengua. La lengua presenta en su cara inferior mucosa transparente y permite observar un repliegue simple o doble, medio y saliente (el frenillo) que puede alcanzar la punta de la lengua. A los lados se observan por transparencia, los vasos raninos.

Consideramos en la mucosa de la lengua como formaciones semimicroscópicas: en el dorso, a las glándulas foliculosas y a las papilas de la lengua y en la cara inferior a los repliegues de ella y a los orificios de desembocadura de las glándulas salivales.

Por delante del surco terminal encontramos una serie de salientes que son producidos por el corion, a los cuales se les denominó papilas atribuyendose su descubrimiento a Malpighi en 1655 y posteriormente han sido descritas por Ruish en 1751 y Albinius en 1754, con pocas variantes de la descripción actual. En el estudio Histológico destacan los trabajos de Loben y Schwann quienes describieron los córpusculos del gusto.

Otros autores, las dividen en simples y compuestas, dentro de las simples a las hemisféricas numerosas y muy pequeñas (microscópicas), pueden presentar formas cónicas, cilíndricas, etc.

Entre las compuestas observamos a las foliadas que se encuentran en pliegues laterales, fáciles de observar como en el conejo. En el hombre son escasas, situadas por detrás y a los lados de la V lingual cerca del borde de la lengua. Son de 3 a 15 repliegues en forma de salientes longitudinales de donde se describen numerosos corpúsculos gustativos.

Las papilas fungiformes se caracterizan por presentar un segmento de esfera saliente de color rosado, con una porción estrecha o cuello, el segmento saliente o cabeza presenta corpúsculos del gusto en su superficie.

Se han hecho varias divisiones de las papilas y una que podemos considerar clásica, es la de Testut, que menciona cinco variedades: fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes, siendo éstas últimas denominadas circunvaladas. Estas papilas se encuentran distribuídas irregularmente en el dorso de la lengua pero son más numerosas en los bordes, en el vértice y por delante de la V lingual. Se describen en 150 a 200 por Sappey, midiendo de 200 micras a 1 mm. de diámetro, su nombre se debe a que tienen aspecto de hongo.

Las papilas fungiformes presentan un tallo corto o largo y su cabeza puede ser hemisférica u ovoide.

Las papilas filiformes, también las llamadas coroliformes, son las más numerosas (se calculan en número de 20,000), se encuentran en surcos paralelos a la V lingual en los dos tercios anteriores de la lengua. Varían en su aspecto de acuerdo con la posición de las prolongaciones epiteliales que cuando están libres dán la impresión de radiaciones filiformes superpuestas en el vértice de la papila; en otras ocasiones están dispuestas de tal modo que estas proyecciones epiteliales pueden encontrarse invariadas hacia adentro o hacia afuera.

La porción basal o papila primaria se une al corión de la mucosa por su cuerpo cilíndrico, en general son de color más claro que las fungiformes.

En forma de V delante del surco limitante se encuentran dispuestas de 6 a 10 papilas circunvaladas. Las papilas circunvaladas están formadas por un mamelón central convexo que recuerda a las fungiformes debido a que es más estrecha en su parte inferior que en la parte libre. Esta porción está rodeada por un surco profundo que se separa de un rodete que guarda el mismo nivel del mamelón. A este rodete se le han designado diferentes nombres, tales como: cáliz, anillo y vallun etc. En relación a este hecho son denominadas: calciformes anulares o circunvaladas, éste último nombre es debido a la apariencia de estar rodeadas de una muralla anular. En el foso se abren glándulas mucosas.

En ocasiones, en la parte central de la papila se describe un pequeño orificio cuya profundidad varía, pero que es más notable en la papila colocada en el vértice de la V lingual.

Las papilas circunvaladas varían en su forma con relación al surco y el rodete, pudiendo adoptar formas elipsoidales, circulares e irregulares. Igualmente presentan con frecuencia surcos más o menos profundos en el mamelón, lo que nos permite dividirlos en simples y segmentados.

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

Las glándulas foliculosas situadas atrás de la V lingual son salientes convexas cubiertas por la mucosa, con aspecto de esfera irregular. En ocasiones son ovoideas o -

o romboidales con uno o dos orificios y constituyen en conjunto la llamada amígdala lingual, por la gran cantidad de folículos que contiene la mucosa.

La mucosa de la cara inferior es delgada y lisa y la lámina propia se une al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares sin existir submucosa. El dorso del órgano está cubierto por un epitelio plano, estratificado, no queratinizado. El color más obscuro que el de la musculatura. Este epitelio está formado por una capa de células prismáticas a las cuales, por medio de una capa basal se unen al corión, una capa de células poliedricas en su periferia y superficialmente células laminiformes. El corión está constituído por tejido conjuntivo y fibras elásticas.

Los linfáticos anteriores o linfáticos apicales de Poirier, recogen la linfa de la punta de la lengua, descienden en el espesor del frenillo, atraviesan el miloideo y en tanto que unos desembocan en los ganglios suprahioideos, otros terminan en los ganglios yugulares situados en la región del tendón intermedio del omohioideo.

La inervación de la lengua se realiza por la mucosa lingual por medio del lingual, el cual se distribuye en los tercios anteriores de la mucosa de la lengua. El glosofaríngeo que se ramifica en la V lingual y en la mucosa que está detrás de ésta.

El lingual termina por ramificaciones intradérmicas o por terminaciones intraepiteliales. También emite ramos que van a los corpúsculos de Pacini, a los de Meissner y a los de Ruffini, que son los corpúsculos del tacto existentes en la lengua.

El glosofaríngeo suministra ramos terminales a los corpúsculos del gusto, donde penetran con terminaciones - del lingual a la base de las papilas, formando un plexo sub-- epitelial del cual se desprenden intercorpusculares, fibras - pericorpusculares y fibras intracorpusculares, estas últimas van a ponerse en contacto con las células gustativas.

Por último, debemos recordar que los músculos de la lengua están inervados en su mayoría por el hipogloso - mayor.

Región sublingual: Es el piso de la boca propiamente dicho y posee forma triangular con vértice dirigido hacia adelante, limitado por la porción anterior del arco dentario inferior, adelante y a los lados y por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua por atrás

Presenta en la línea media un pliegue mucoso - que une a la cara inferior de la lengua con el piso de la boca, llamado frenillo de la lengua y a los lados de éste un tubérculo con un orificio en su vértice. Donde desemboca el canal de Wharton. Atrás y a los lados del tubérculo, se encuentra un saliente amamelonado con varios orificios, donde desembocan los canales de excreción de la glándula sublingual y - por delante de ellos, unos salientes ovoideos, de diámetro mayor transversal formados por la presencia submucosa de las - glándulas sublinguales por lo que se les dá el nombre de corpúsculos sublinguales.

La mucosa de la región sublingual es lisa y -- limita por arriba un espacio comprendido entre ella y el milohioideo por abajo. Por adelante y a los lados, el espacio está limitado por la rama horizontal del maxilar y presenta-- la fosita sublingual, por atrás por el geniogloso y el hiogloso. Dicho espacio contiene la glándula sublingual, sus canales

de excreción, a los vasos, nervios, el canal de Wharton y la parte de la glándula submaxilar, elementos todos contenidos de una atmósfera de tejido celular, que comunica con el espacio submaxilar por el borde posterior del miloihioideo. El espacio descrito se encuentra lleno de tejido conjuntivo en medio del cual se hallan los tejidos citados; en el se desarrolla el flemón séptico del piso de la boca.

Las papilas circunvaladas contienen una papila central y varias papilas secundarias de la lámina propia, estas últimas se elevan de la primera hasta el epitelio plano estratificado que recubre todas las papilas. El foso se llena de líquido frecuentemente, segregado por las glándulas serosas de Von Ebner, las cuales limpian los residuos esta depresión.

El epitelio que reviste el surco, contiene numerosos corpúsculos del gusto formados por dos tipos de células, unas de sosten y otras neuroepiteliales. Las células de sostén, recuerdan tajadas de un melón, más delgadas en sus extremos que en su parte media y van de un extremo a otro del corpúsculo gustativo, siguiendo una línea curva como la duela de una barrica. En su superficie están dispuestas de tal modo que rodean una depresión central llamada poro gustativo. Las células neuroepiteliales del gusto están entremezcladas con células de sostén en la parte central del corpúsculo.

Las glándulas mucosas se hallan aparciadas desde el tercio posterior de la lengua por la cara dorsal y los bordes, hasta la punta de ella; forman un conglomerado posterior detrás de la V lingual, al otro lado un lateral, situado en los bordes de la lengua y otro anteroinferior, colocado en la cara inferior de dicho órgano, a los lados de la línea media. Este último recibe el nombre de glándula de Blandin o glándula de NÜhn.

Los botones gustativos, también llamados corpúsculos del gusto por constituir las terminaciones nerviosas del sentido del gusto, están situados sobre el corión de la mucosa en el espesor del epitelio. Son de forma más o menos ovoidea, su extremidad más ancha se halla en contacto con el corión y -

su extremidad más angosta atraviesa el epitelio superficial, - donde desemboca por un orificio circular (poro gustativo), - por el cual salen los flagelos gustativos. Estos corpúsculos están situados en las papilas circunvaladas y en las fungiformes por lo que se dice que el sentido del gusto radica en la V lingual, en los tercios anteriores del dorso de la lengua y sus bordes. En las papilas circunvaladas se encuentran los - corpúsculos en los bordes del mamelón de la papila.

Formaciones linfoideas: En la submucosa de la porción de la lengua, colocada por detrás de la V lingual, existe una gran cantidad de folículos linfoideos cuyo conjunto - constituye la llamada amígdala lingual, que forma parte del - círculo linfático de Waldeyer.

Vasos y nervios: La lengua recibe sangre arterial de la lingual, cuyo ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, en tanto que la ranina y la sublingual riegan la - parte anterior de la lengua. Recibe también la masa muscular, ramas arteriales de la palatina inferior y de la faríngea inferior.

La circulación venosa va a desembocar a las venas linguales, sale de los ramos arteriales y afluentes de la yugular interna.

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

En el dorso de la lengua y por lo tanto en la mucosa de ésta, la circulación linfática de un lado, tiene amplias

anastomosis con la del lado opuesto; los troncos colectores - que se forman se dividen en tres grupos: posteriores, medios y anteriores.

Los linfáticos posteriores recogen la linfa de la base de la lengua, descienden unos por la epiglotis y otros por la amígdala, atraviesan el constrictor superior de la faringe y van a los ganglios yugulares. Los linfáticos medios nacen entre la base y la punta de la lengua, descienden por el piso - de la boca, entre los genioglosos y van a terminar en los ganglios yugulares por abajo de los anteriores.

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua, como es sabido, es un órgano de mucha importancia; ya que en ella se realizan varias funciones, como la fonación, deglución, salivación, el gusto, etc.

Los órganos receptores de la lengua son los botones gustativos, (órganos del gusto).

Cada botón está hecho de células de sostén y de cinco a dieciocho células ciliares. Son cuerpos ovoides y miden de 50 a 70 μ.

Las células ciliares o receptores gustativos, tienen cada una cierto número de cilios que se proyectan en el poro gustativo, abertura que se encuentra en la superficie epitelial del botón gustativo, las terminaciones amielinizadas de las fibras nerviosas sensitivas, están enrolladas de una manera íntima.

Si el nervio sensitivo es seccionado, el botón gustativo degenera y para luego desaparecer. Por lo contrario si el nervio se regenera, las células circunvecinas se organizan en un nuevo botón gustativo completo, quizá como resultado de alguna especie de efecto químico inductor ejercido por la fibra de regeneración.

Los botones gustativos están situados en la mucosa de la epiglótis y de la faringe y en las paredes laterales de las papilas fungiformes y calciformes.

Vías gustativas: Las fibras nerviosas sensitivas de los botones gustativos situados en los dos tercios anteriores de la lengua, viajan por la cuerda del tímpano, rama del nervio facial.

Las fibras del tercio posterior de la lengua, alcanzan el tallo cerebral a través del nervio glosofaríngeo, que junto con las fibras del gusto van a formar el fascículo solitario.

El gusto no tiene una área de proyección cortical separada, sino que se encuentra representado en la circunvalación postrolándica a que sirve de sensaciones cutáneas de la cara.

Los receptores del gusto son quimioreceptores que responden a la substancia disuelta en los líquidos de la boca que los bañan. Estos solo parecen evocar potenciales generadores, pero no se sabe como las moléculas en solusión actúan en las moléculas receptoras para producir estos potenciales.

Existe una teoría basada en la hipótesis de que los cilios de los receptores, tienen una película superficial polielectrolítica. De acuerdo con esta teoría, la fijación de los iónes a esta película causa una distorsión en la disposición especial de la película con el consiguiente cambio de la distribución de la densidad de carga.

Existe la evidencia de que las moléculas que provocan el sabor, se unen a proteínas específicas en los botones gustativos, la unión de substancias y receptores debe ser débil porque usualmente con un pequeño lavado con agua, basta para abolir un sabor.

En el hombre existen cuatro sabores básicos, - dulce, agrio, amargo y salado. Las substancias amargas son - gustadas en la parte posterior de la lengua. Las substancias agrias a lo largo de los bordes. Las dulces en la punta y las saladas en la parte anterior del dorso.

No hay diferencia histológica de cada botón gustativo, pero la existencia de diferencia fisiológica ha sido - demostrada en animales registrando la actitud eléctrica de las fibras nerviosas que parten de botones gustativos únicos; algunos botones llegan a responder a más de una modalidad, pero ja más a las cuatro. Como dato obtenido, dirémos que el gato, perro, cerdo y mono; Existen botones gustativos que responden a la aplicación de agua destilada y por ello quizá estos animales puedan"gustar el agua " (7).

La facultad de descriminar diferencias de intensidad en el sabor para el hombre es burda, pues necesita un cambio de 30% en la concentración de las substancias que está siendo gustada antes de percibir un cambio de intensidad o diferencia.

El H_2 dá un sabor agrio. Para un ácido dado, - la acidez es generalmente proporcional a la concentración de H_4 aunque los ácidos orgánicos son más agrios que los ácidos - minerales, a una concentración dada de H_4, ésto se debe probablemente a que los orgánicos penetran a las células con mayor rapidez que los minerales.

Lo salado es producido por un anión de sales - inorgánicas, siendo los halógenos particularmente eficases, - aunque algunos compuestos orgánicos también saben salados.

El sabor amargo se prueba con el sulfato de quinina al igual que la morfina, nicotina, cafeína y la urea o sales inorgánicas de magnesio, amonio y calcio. Su sabor se debe al catión.

Los componentes orgánicos en su mayoría son dulces como sacarosa, lactosa, glucosa y maltosa. Las sales del berilio o el cloroformo al igual, saben dulces. El compuesto más dulce, es el derivado del N-propílico del 4-alcoxi-3-- aminonitrobenceno.

Las sales del plomo al igual, tienen sabor dulce por ello se siente un sabor dulce empalagoso cuando uno pinta por aspersión, son pinturas que contienen compuestos de plomo.

Los sabores son sintetizados a partir de los cuatro sabores básicos del gusto. En algunos casos, un sabor deseable incluye un elemento de estimulación dolorosa, como salsas picantes.

Por otra parte, el color desempeña un papel importante en la sensación global producida por los alimentos y la consistencia o textura al igual que su temperatura que constituye a su sabor (7).

CAPITULO IV
HISTORIA CLINICA.

Es escencial conocer la naturaleza de la enfermedad para saber la reacción del organismo al medicamento y hacer un tratamiento odontológico adecuado.

Se revisarán tejidos blandos y duros de la cavidad oral, según Burket (1). Nunca se insistirá sobre el efecto paicológico de una historia detallada. Para un buén interrogatorio se necesita además de arte, capacidad y percepción, un cierto grado de intuición.

Para obtener un interrogatorio provechoso, se requiere de interés, calor humano y comprensión del cirujano dentista hacia el paciente. Lo recomendable es ponerse en lugar del paciente y actuar como él, además de utilizar una voz suave y amable.

Es de provecho y recomendable, realizarlo en una habitación ajena al consultorio con muebles y arreglos que difieran mucho de la sala de trabajo. Esto es, según Burket (1), el hambiente ideal.

La confianza mutua es de interés, pues hay que hacer que sienta que lo que le dice al cirujano dentista es confidencial, dejandolo hablar y de ser posible utilizar el mismo lenguaje. El interrogatorio se realizará por etapas.

Entre los datos ordinarios que pueden ser recogidos por secretarios, auxiliares, etc., son: Nombre, dirección, teléfono, edad, sexo, estado civil y el cliente o médico que lo envía, para agradecer su confianza.

Una buena práctica psicológica, es pedir al paciente que nos relate su problema con sus propias palabras y pedir la fecha en que se presentó la lesión, cómo se desarrolló, síntomas experimentados, los tratamientos previos y así construímos la historia de la enfermedad actual.

Dentro de lo posible no interrumpir al paciente sobre el relato de su historia y sí el paciente interrumpe basta con pronunciar la última palabra dicha por el paciente para que éste continúe. Debemos valorar su respuesta emocional frente a las preguntas, como la forma en que describa su enfermedad.

Recogerémos antecedentes odontológicos como su relación con otro dentista, su opinión, su emotividad con otro cirujano dentista o sí rehusa hablar de ello por cualquier motivo o circunstancia.

Dentro de los antecedentes médicos, pueden ser importantes enfermedades como liquen plano, glositis benigna migratoria, etc. Lo importante en ésto es:

a).- Enfermedades graves o importantes.
b).- Hospitalizaciones.
c).- Transfusiones de sangre.
d).- Alérgias.
e).- Tratamientos medicamentosos.
f).- Enfermedades que le obligaron a permanecer más de tres días en cama. Además preguntarémos que medicamentos está tomando o tomó durante las últimas seis semanas.

Al llegar al estudio de aparatos y sistemas, se enfocará cardiorespiratorio, digestivo y genitourinario.

Al interrogar sobre antecedentes familiares, localizarémos las enfermedades transmisibles o que tienden a afectar familias enteras. Son comúnes las del sistema nervioso, - así como diabetes y hemofília.

La ocupación del paciente influye sobre ciertos padecimientos o anomalías característica de su trabajo.

La exploración del paciente constituye la segunda etapa del diagnóstico, lo harémos siguiendo determinado orden - para no pasar desapercibida alguna lesión desconocida o aún no manifiesta. La exploración se realizará en el sillón, dentro - del consultorio. Observarémos la forma general del paciente y como camina cuando entra al cubículo; ¿camina normal? ¿sin do— lor? ¿parece estar bajo tensión? ¿resulta doloroso o fatigoso - para el paciente llegar al sillón o cubículo?. Por lo demás y por lo general se registran signos vitales como son: temperatura, pulso, respiración y la presión arterial.

La temperatura normal en la boca, es de 37.8°C. Para ello tomarémos en cuenta el tiempo tenido en la última ingestión de alimentos y el tipo de ellos, así como la respira— ción por boca, cuando el aire está caliente o frío, pues con - ello se puede modificar la temperatura bucal.

Además según Burket, las enfermedades por in— fección bucal grave alteran la temperatura local en la boca - sin producir fiebre general. Anotarémos la frecuencia y el - rítmo del pulso, él que tendrá que corresponder en forma normal a 72 pulsaciones por minuto. Cuando presente más de 130, teniendo en cuenta la estancia en el cubículo, deberémos mantenerlo en un lugar tranquilo hasta que su pulso se normalice antes de iniciar cualquier tratamiento.

Ahora bién, si continúa con registro anormal, nos encontrarémos en forma probable ante una taquicardia por trastorno grave de arterias coronarias o enfermedad del miocardio. En caso de fiebre, la frecuencia del pulso sube de 10 a 20 latidos por minuto por cada grado de temperatura.

Por lo general, no es necesario medir con --- exactitud la frecuencia respiratoria del paciente en el consultorio dental. Pero sí anotarémos según Burket, sí la respiración es rápida, con inspiraciones cortas o sí hay disnea. Dichos síntomas, pueden indicar sí hay presencia de enfermedad pulmonar, cardiaca o anemia.

En un stress se puede elevar la presión arterial, por ello se recomienda al cirujano dentista conocer la presión arterial de su paciente. La podrémos elevar facilmente con anestésico local, con adrenalina por absorción rápida o por inyección en plexo venoso.

No aconseja Burket fiarse de los síntomas para saber sí un paciente es hipertenso, pues muchos según Burket, son asintomáticos antes de padecer un ataque o de sufrir enfermedad renal irreversible. En un antiguo paciente con conocimientos de que es hipertenso, se tomará la presión arterial antes de cada tratamiento.

Anotarémos el aspecto general del individuo, elevarémos las reacciones emocionales del paciente así como su estado general de nutrición. Al igual como la característica de la piel donde halla manchas o petequias, erupciones así como la textura y la calidad del pelo.

Anotarémos reflejos pupilares a la luz, se observarán los tobillos en busca de edema y observarémos el cuello para ver un posible crecimiento de el tiroides.

Como un dato para completar un buen exámen, se dispondrá de radiografías periapicales y horizontales y en plano de oclusiom. Dentro de la exploración observarémos la superficie interna de los labios, mucosa de las mejillas, pliegues gingivogenianos en ambos maxilares, paladar, lengua y región sublingual, así como encías y dientes y sus estructuras de sostén. Al final se examinan las amígdales, la faringe y la lesión sobre todo si es dolorosa,según Burket. Es conveniente al hacer la inspección, valernos de batelenguas para evitar un posible contagio.

En toda lesión, tomarémos en cuenta la situación, aspecto, tamaño, característica física y su distribución, Burket.

Al enfocar nuestro estudio sobre lengua, pedirémos al paciente que saque su lengua para examinar su cara superior y luego levante hacia el paladar la lengua para examinar el espacio sublingual. La palpación bidujital o bimanual nos sirve para estudiar la lengua y piso de la boca y mejillas. Emplearémos guantes o dedos de caucho sí desconocemos la naturaleza de la enfermedad de las lesiones; lo más difícil para el cirujano dentista según Burket, es llegar al diagnóstico final, llegando a ello después del estudio cronológico y la valoración clínica de la información recogida en el interrogatorio, la exploración física del paciente y los resultados del estudio radiográfico y de laboratorio.

La valoración crítica de datos obtenidos es lo más difícil para el cirujano dentista, sobre todo descubrir si la molestia es de orígen organico o funcional o si constituye una manifestación del estado emocional del paciente; para ello averiguarémos el significado que el paciente atribuye a los síntomas y sobre todo,las posible ventajas que para él representa.

Según Overly, citado por Burket el 80% de los pacientes con problemas funcionales se reconocen por interrogatorio cuidadoso sin recurrir a muchos estudios, la de laboratorio que sale caro y muchas veces es doloroso y cuyos resultados pueden ser normales. La preocupación, tono de voz, la transpiración excesiva notable o ansiedad, nos muestra un paciente con reacciones emocionales.

CAPITULO V.

LAS ENFERMEDADES DE LA LENGUA PUEDEN SER DE VARIOS TIPOS:

A).- De origen del desarrollo.
- a) Anquiloglosia.
- b) Lengua bífida.
- c) Glositis romboide media o mediana.
- d) Lengua acanalada o escrotal.

B).- De avitaminosis.
- a) Fisura lingual.
- b) Lengua dolorosa y ardorosa.
- c) Lengua saburral o cubierta.

C).- De origen metabólico.
- a) Macroglosia.

D).- De origen congénito.
- a) Tiroides lingual.

E).- De origen infeccioso.
- a) Tuberculosis lingual.
- b) Anguina de Ludwin.

F).- De origen nervioso.
- a) Glositis migratoria benigna.

G).- De origen farmacoterápico.
- a) Lengua negra vellosa. (lengua negra).

H).- De tipo maligno.
- a) cáncer en lengua.
- b) Sífilis crónica (terciaria)
- c) Leuconlasia bucal.
- d) Leuconlasia Hiperqueratóxica.

I).- De tipo benigno

a) Linfanguioma.

b) Identacciones linguales.

c) Lesiones traumáticas de la lengua.

J).- De origen inflamatorio.

a) Glositis aguda.

K).- Alteraciones en la capa superficial de la lengua.

L).- Alteraciones en el color de la lengua.

A).- Alteraciones originadas en el desarrollo.

a) Anquiloglosia:

Definición: es la consecuencia de un frenillo corto - lingual o bién la retracción cicatrisal, debida a ulceraciones.

Etiología: Es considerada como una anomalía menor del desarrollo, por lo general es de origen congénito y - se presenta en raras ocasiones.

Diagnóstico: El paciente presenta dificultad al hablar a la deglución y fonación.

Tratamiento: Según (2) carece de todo interés quirúrgico, la ausencia total o parcial de la lengua dentro de las afecciones congénitas de la lengua, y dá como tratamiento la sección del frenillo y restablecer el movimiento de la lengua. (3).

En niños no es necesario intervenir para librar el - órgano (I).

b) Lengua Bifida:

Definición: Es una división simétrica de la punta de la lengua, a consecuencia de una fusión incompleta en la punta de la misma y en las mitades laterales del órgano.

Etiología: Se observa en 10% de la población (1). es característica de niños y en ocasiones en lactantes, aunque más manifiesta en el adulto, no elige ni sexo ni raza, aunque se sabe que dichas anomalías constituyen una característica familiar.

Diagnóstico: Se aprecian dos formas de lenguas o lenguas gemelas.

Tratamiento: Es quirúrgico

c) Glositis romboide mediana o media.

Definición: Es una alteración del desarrollo lingual.

Etiología: Se debe una parte a la anomalía que presenta el tuberculo impar que nace del piso de la faringe, entre los arcos branquiales, primero y segundo (1).

Diagnóstico: La glositis romboide media, nos puede plantear el problema del diagnóstico diferencial. Lo localizarémos en hombres entre 75%a 80% de casos de ciertas caries y se diagnostican entre los treinta y cuarenta - años (1).

La lesión puede ser indolora, debido a que el resto del tubérculo medio se encuentra desprovisto de papilas - siendo éste la base o raíz de la lengua, salvo en casos de inflamación secundaria de la zona fisurada, de la lesión donde puede presentar el dolor. Cuando la lesión es bastante grande y presenta un contorno fisurado o - sobresaliente presenta una inflamación leve con el dolor correspondiente y en ocasiones hemorragia submucosa y ésto nos puede hacer pensar en ocasiones en una neoplacia (1).

Según (3) se localiza la glositis romboide media, en la línea media inmediatamente por debajo del orificio ciego situado en el vértice l de la V lingual y se presenta como una zona roja lisa de límite irregular, como elevación tumoral desigual o como zona deprimida - con excresencias disminuídas o diminutas.

Se puede observar por muchos años después aunque ya se tengan antes del nacimiento. Llama la atención en el enfermo las retenciones de comida en las irregularidades de la lengua, la inflamación y el ardor subsecuente.

Los cambios histológicos varían de acuerdo al tipo de lesión. Los procesos planos muestran tejido (plano) lingual normal, excepto el epitelio que cubre la le-- sión se vé atrófico y con papilas.

Las lesiones elevadas o deprimidas están formadas por hiperplassia pseudoepileliomatosa e infiltración de - células inflamatorias en el corium (3).

Tratamiento.

No requiere de ningún tratamiento específico, salvo en casos de alteración inflamatoria leve en las fisuras y pueden tomarse en caso entonces, las medidas descritas para las fisuras anomalas de la lengua.

Sospecharémos de una glositis romboide media, debido a su aspecto que es como un tumor maligno, no está indicada la extirpación quirúrgica de la lesión por no habersele encontrado de origen de tumor maligno primario originado por glositis romboide media. Dichos estudios fueron realizados por Martín y Howen en el Memorial - Hospital de la ciudad de New York.

B).- ALTERACIONES CAUSADAS POR AVITAMINOSIS.

a) Fisura lingual o escrotal:

Definición: se puede definir como una causa de vitamina

B y de proteínas.

Etiología: Una causa probable del desarrollo de la fisura lingual (1), puede ser la causa de falta de complejo B además de la falta de proteínas, demostrado por Eistein.

Diagnóstico: La longitud número, varía como su disposición en la cara superior del órgano, pero por lo general son simétricas.

En la forma longitudinal pueden disponerse las fisuras en forma ramificada, parecida a una red venosa o formar en ocasiones ángulo recto con los bordes de la lengua. Esta característica es común en varios miembros de una familia.

Por lo general el paciente no se percata de ello, y dice que ha aparecido después de una quemadura química o alguna lesión relacionada con glositis migratoria benigna y es difícil comvencerlo de que suelen aparecer u originarse durante el desarrollo. En ocasiones presenta inflamación en dichas fisuras, la cual es leve ocasionada por el desdoblamiento microbiano de restos de alimento, es acompañada de variables molestias aunque no exista dolor.

Si llega a existir un dolor verdadero, los pacientes empiezan a tener una lesión precancerosa maligna. Puede predisponer según algunos clínicos a una glosítis migratoria benigna, simultánea en el liquen plano.

Clínicamente se ha establecido una asociación frecuente a fisuras anormales cuando existe síntoma doloroso en las fisuras, los bordes de la lengua se desplazan hacia abajo dejando la lengua hacia afuera liperamente.

Tratamiento: Según (1), es una limpieza de las fisuras con solución de peróxido de hidrógeno al 3% para eliminar los restos de alimento o bién aplicar antibacterianos leves, un enjuague tibio o la aplicación de leche de magnesia sobre la lengua de cuando en cuando.

B).- Lengua dolorosa y ardorosa (Glosodina/Glosopirosis).

Definición: Es un problema inespecífico, ocasionado por un trastorno psicógeno.

Etiología: Por lo general, la lengua dolorosa y arodorosa suele ser una manifestación temprana de un trastorno inespecífico, general de origen local o incluso psicógeno.

Diagnóstico: Para ello se le pide al paciente relate lo relacionado al malestar y nos darémos cuenta por lo general de dichos síntomas, sí son reales o imaginarios y con numerosas aplicaciones reales o imaginarias. Por lo general son pacientes nerviosos y tensos en quienes los factores irritativos locales desempeñan un primer plano importante.

Al encontrar temblor de lengua, podemos imaginar la presencia de glisodinea, lo que se presenta en paralisis agitante o alcoholismo crónico, neurosis de ansiedad o esclesosis múltiple.

Dividimos en dos grupos a los pacientes con lengua dolorosa y ardorosa:

a) Dolor y ardor de lengua con cambios clínicos observables.

b) Dolor y ardor de lengua con cambios clínicos no observables.

Los pacientes con dolor y ardor en la lengua con cambios clínicos observables no pasan del 25% cuyas alteraciones, son locales, generales y mixtas.

Sintomatología: Puede corresponder a varias enfermedades generales, como deficiencia nutricional de complejo "B", anemia pernicioso, anemia de carencia de hierro, diabetes no diagnosticada o deficiencia gonadal.

Un factor irritante local puede corresponder a costumbres particulares, disposición irregular de las piezas inferiores en ocasiones con grandes depósitos calcareos, prótesis o dispositivos ortodóncicos, medicamentos pasta dentrífica y la alergia a algunos productos de belleza en algunas mujeres.

La extensión y la lesión irritativa de la lengua puede ser factor de una posible causa de irritación de la lengua (1).

(1) Pensarémos en trastorno general cuando la causa dolorosa produce cambios generales de color y atrofia papilar. En ocasiones la distribución y color nos ayuda a la etiología y citamos una deficiencia nutricional de complejo "B" cuya atrofia es amplia y generalizada de las papilas linguales, mostrando además la lengua como regla general un color rojo o rojo púrpura.

Una alteración lingual relacionada con deficiencia gonadal se parece a las que se observan a la carencia leve del complejo "B".

Una sensación de ardór en la lengua, puede ser causa de diabetes no diagnósticada y presentarse de un color rojo intenso.

En una anemia por deficiencia de hierro, se acompaña igual de sensaciones ardorosas y atrófia general de papilas superficial, disminución de tono muscular y palidez en el órgano.

Podemos confundirnos con una anemia permiciosa, cuando nos encontramos con pacientes nerviosos y muy consentrados en sus labores y tensos que frotan a la superficie de la lengua las piezas dentales en sus caras linguales y en muchas

ocasiones corregir estos hábitos dá lugar a la supreción de dichos síntomas (1), cuyos síntomas y signos semejan a los que acompañan a la anemia permiciosa.

Tratamiento: Busca eliminar los factores irritantes locales y nos orientamos por ciertos hábitos que pueden producir irritación lingual.

Emplearémos un antimicrobiano irritante fundamentalmente por su efecto psicológico. Un paciente con lesión irritativa lingual, puede aliviarse en forma sintomática mascando parafina ordinaria y cubriendo con parafina reblandecida las zonas irregulares de las superficies linguales de los dientes. La lengua de esta manera, descansa sobre una superficie lisa. No emplearémos para ello (1) goma de mascar ordinaria ni la que contenga aspirina, por la posible acción irritante de los componentes que la forman, medicamentos o de la base ligeramente abrasiva de las gomas de mascar del comercio.

Tanto el médico como el paciente deberán tomar en cuenta enfermedades generales, si aqueja lengua dolorosa o ardorosa o lesiones linguales durante el exámen clínico.

La lengua dolorosa y ardorosa sin cambios clínicos observables, es más frecuente entre los veinte y cuarenta años de mujer post-menopausica que en hombres. Puede haber insomnio y el dolor puede ser una manifestación de algo reprimido, localizado en la conciencia del paciente.

Según (1) se dijo que dichos pacientes padecen una vida marital y sexual mal ajustada. Son pacientes preocupados y ansiosos y por lo general con temor al cáncer por lo tanto son un verdadero problema.

En la mayoría de los casos (1), el ardor de la boca es síntoma de depresión y en otras ocasiones es según parece a una tensión psicológica.

C).- Lengua Saburral o cubierta:

Definición: Es una avitaminosis ocasionada en la cual las papilas filiformes son modificadas.

Etiología: En la lengua saburral o cubierta, las papilas filiformes, se encuentran inclinadas en una capa formada por bacterias, hongos y partículas de comida, queratina y descamación de células epiteliales.

Diagnóstico: Se encuentran alargadas las papilas filiformes por la falta de limpieza, proporcionada normalmente por la masticación.

Se encuentra enrojecimiento por varios factores como vascularización excesiva en la lámina propia o la alteración en la cornificación o la ausencia de gránulos de queratohialina y la atrofia de las papilas filiformes que permiten a las papilas secundarias llegar a la superficie, estando cubiertas por dos o tres capas de células epiteliales.

La atrofia epitelial no dá por sí misma el enrojesimiento sino se acompaña de aumento en la vascularización y sí la lámina propia no está cubierta por pocas capas epiteliales.

Podrémos encontrar además, una resequedad cuya causa es una deshidratación y descamación ocasionadas por dormir con la boca abierta, además una atrofia de las glándulas salivales en especial de las glándulas serosas de la lengua nos dará una resequedad.

Histológicamente se vé atrofia en la parte posterior de la lengua en forma principal en las glándulas de Von-Ebner.

Tratamiento: Es la limpieza adecuada de la lengua y suprimir los medicamentos o farmacos que alteren la forma de las papilas filiformes.

a) Macroglosia:

Definición: Es un aumento en el tamaño de la lengua.

Etiología Según (1), es predilecta de personas que padecen cretinismo y mongolismo y según (3) agrega a lo anterior las producidades por procesos patológicos como el linfangioma, el hemangioma, la hipertrofia muscular congénita, la amiloidosis primaria, secundaria, el mixedema y las enfermedades producidas por almacenamiento de glicógeno.

Por lo general es una afección congénita (2) y su aparición puede ser más o menos tardía y se trata de un linfangioma simple, cavernoso o quístico.

Diagnóstico: Según (2), la lengua está aumentada de volumen en todas sus direcciones y los dientes inferiores dejan su huella en la cara inferior de la lengua, la úlcera dificultando la circulación de retorno, presenta un color obscuro y está seca por la exposición al aire y la mucosa se queratiniza, toma el aspecto de la piel y se agrieta.

La presión continua sobre los dientes inferiores, los desvian hacia afuera de tal manera que aún con la operación recobre la lengua su tamaño normal, además impide que el paciente cierre la boca en forma completa.

La saliva se derrama completamente en forma continua y se complica con frecuencia, la macroglosia de ataques de glositis aguda.

Tratamiento: El más empleado es de insición en cuña.

D).- De origen congénito.

a) Tiroides lingual:

Definición: Es una masa tumorla de tamaño variable que contiene tejido tiroideo ectopico en la zona del agujero ciego.

Etiología: Es de origen congénito, la lesión del tejido tiroideo se debe a que desde el estado embrionario, el esboso tiroideo inicia su descenso hacia el cuello.

Diagnóstico: Los restos celulares proliferan en algunos pacientes mucho tiempo después y el aspecto clínico de la lesión simula un tumor.
Histológicamente la imagen característica, es de islotes de foliculos tiroideos. El epitelio lingual que cubre las lesiones muestra cambios como queratosis o acantosis.

E).- De origen infeccioso:

a) Tuberculosis lingual:

Definición: Es una consecuencia de una tuberculosis pulmonaria laringea.

Etiología: Es poco frecuente y por lo general consecutiva a una tuberculosis pulmonaria laringea.

Diagnóstico: Suele manifestarse como un pequeño absceso submucoso que termina por abrirse dejando una ulcera de bordes delgados y despegados irregulares y de fondo amarillo sucio. Es muy doloroso y se localiza en bordes y punta de la lengua.

Tratamiento: Por lo general ligado al de la tuberculosis unido a un tratamiento local, se recomienda la extirpación seguida de sutura.
Salvo en ulceraciones extensas se recomendará el ácido láctico y el yodoformo, rayos ultravioleta o radio

b) Angina de Ludwin:

Definición: Es un flemón séptico del piso de la boca.

Etiología: Es considerada como una gangrena gaseosa del piso de la boca cuyo origen puede ser una herida poco frecuente o la propagación de una angina común.

En la mayoría de los casos es el resultado de la propagación del tejido celular del piso de la boca, de una periostitis alveolo dentaria, sobre todo de los premolares y molares, porque en los caninos y anteriores por lo general se abre el absceso hacia adelante donde la lámina osea del maxilar es más fina.

Diagnóstico: Es probablemente la continuación de una angina común o una periostitis en donde la afección se corre rapidamente por el tejido celular limitandose por debajo, por el diafragma muscular que constituye el milohioideo y que contiene la glándula sublingual. Se admite que la causa son los gérmenes anaerobicos habituales de la gangrena, a los que pueden asociarse los anaerobios piójenos, el estreptococo y estafilococo.

Los síntomas generales indican un estado grave de intoxicación y que ofrecen grandes semejanzas con los de la gangrena gaseosa.

El paciente se encuentra muy decaído y la piel toma un color terroso, alta temperatura y un pulso rápido. Localmente se persive una tumefacción difusa, que invade suelo de la boca y se corre a la parte superior del cuello, es dura y poco dolorosa. Dicha tumefacción en piso de la boca hace rechasar la lengua hacia atrás probocando disfagia y dificultad respiratoria.

Tratamiento: Sí no hay tratamiento muere el paciente en pocos días por toxemia o asfixia, por edema de glotis, neumonía por aspiración.

En raros casos favorables, en seis u ocho días, aparece en la piel flictemas que luego se romne y la piel se abre en algunas partes, dando salida a un -

líquido seroso y gas.

Se recomienda hacer lo más rapidamente posible el - drenaje.

F).- De origen nervioso:

a). Glositis migratoria benigna o lengua geográfica.

Definición: Es una lengua geográfica, denominada así por sus múltiples ramificaciones.

Etiología: Su etiología exácta se ignora, aunque - se ha pensado en una posible disminución de la enzima queratinosa, por lo general se presenta siete - veces más en la mujer que en el hombre, en niños y adultos jovenes está muy generalizada.

En ocasiones, la anomalía se observa durante las reglas de la mujer y en individuos alérgicos los cuales están más dispuestos a dicha enfermedad.

Probablemente, según estudios hechos por Coll y Rodman, citados por (1), la tensión emocional o la ansiedad prolongada, podrían desempeñar un papel en - la etiología de la glositis migratoria benigna, probablemente podríamos decir (1) que la glositis migratoria benigna, no obedece a ninguna infección - por bacterias u hongos.

Diagnóstico: Se diagnostica cuando hay prurito o ardor y el paciente los persive en la región afectada por la glositis migratoria benigna.

La lesión varía de un paciente a otro y aún en el - mismo paciente durante una hora y otra. Comienza con manchas blandas de color rosa o rojo, de contorno - irregular y carece de papilas filiformes y fungiformes, pueden alcanzar de dos a tres centímetros de - diámetro. Sus bordes son netos y se presentan -

inflamados más allá de los cuales las papilas sanas son un poco más altas que normalmente y de color - amarillento.

Es de contorno irregular y en las papilas no existen zonas que crecen y cambian de lugar. Los bordes - pueden variar en la glositis migratoria benigna, - desde seis milímetros en 24 horas, su duración es - de tres a siete días de la manifestación de la le— sión en una zona dada.

Cuando se une una o varias lesiones cambiantes y - crecientes de glositis migratoria benigna, se obser va en el dorso de la lengua un aspecto de mapa que dió lugar a la llamada lengua geográfica. Cuando - el componente inflamatorio es importante, se presen ta dolor y ardor. La molestia aumenta con la inges tión de alimentos condimentados, ensaladas, bebidas gaseosas o alcohólicas y al fumar.

Tratamiento: Consiste en eliminar los agentes ca— suales y por el momento no requiere de tratamiento específico del dolor y la molestia. En muchas oca- siones, aparece una cancerofobia difícil de vencer.

G).- De origen farmacoterapico:

a) Lengua negra vellosa:

Definición: Es un aumento en las papilas filifor— mes de la lengua.

Etiología: Por lo general existen varias causas - probables de origen de lengua negra vellosa. Pueden ser al bajar el PH de la lengua que ofrecen más resis tencia del órgano al desarrollo de la lengua negra, estas enfermedades debidas al crecimiento de hongos,

mohos y bacterias productoras de pigmento y por lo general acompañado de aumento anormal de la capa superficial del órgano.
Bedford señaló aparición de lengua negra, durante la aplicación local de trociscos de penicilina, muchas lesiones aparecieron de una aplicación posterior a la primera. Se tiene conocimientos similares de cambio con tetraciclina y griseofulvina (1). Quizá la aparición de lengua negra a la aplicación a base de antibióticos, sea la disminución de los productos de la flora bucal simbiótica que inhibe la formación de hongos y esporas.

Diagnóstico: Afecta a adultos, jovenes y por lo general de sexo masculino, no mostrando síntomas subjetivos. En varias ocasiones, las papilas filiformes son tan largas que suelen tocar el paladar o techo de la boca produciendo hormigueo y náuseas. En varias ocasiones, se llegan a desprender papilas - hiperplásicas, hiperqueratizadas y coloreadas.
Tratamiento: Suelen curar en forma espontánea y es inofensiva, no es necesario suspender el antibiótico causal. El paciente se someterá a un tratamiento activo, aunque sea solo por razones psicológicas.
Prinz (1) sugiere eliminar las papilas alargadas frotando la lengua con una solución de ácido salicílico al 10% al 15% en alcohol. (1) recomienda la aplicación acuosa de 20% de caprilato de sodio como un fungisida que puede ser muy eficaz o bién probar una solución de histamina. Westein y Konsecrans (1) dice que dicha enfermedad responde pronto a la aplicación de acetonido de triamcinolona. al 0.25 % en una

base adherente. Estandish y Morman (1) aplicación podofilina con muy buenos resultados.

H).- De origen Maligno:

a). Cáncer en lengua:

Definición: Es una enfermedad maligna presentada en la cavidad oral y en especial en la lengua.

Etiología: -Una causa probable puede ser el tabaco que está relacionado en forma probable a la aparición de carcinoma lingual.

Para ello se necesita una exposición más o menos de treinta años para inicio de la neoplacia.

En fumadores de cigarrillos, a los lados de la lengua corresponde la exposición y al piso de la boca donde la saliva con alta consentración de nicotina que baña los tejidos en forma constante.

El alcohólismo y deficiencia vitaminica, igual contribuye a la neoplacia ocasionando cambios atrófi-cos en las mucosas intraorales.

El sindrome de Plummer-Vinson, anemia permiciosa y sífilis terciaria.

Dentro de la patología encontrámos que los tumores de lengua se originan en su mayoría en el epitelio y corresponde a carcinoma epidermoide.

Diagnóstico: Primero es asintomático, luego aparece una tumefacción pequeña o tumoración por lo general en el borde, la lengua luego se ulcera y se infecta secundariamente produciendo dolor ligero.

La úlcera contiene tejido necrotico con bordes duros y elevados e infiltran el tejido vecino en una extensión variable.

El dolor aumenta al continuar el crecimiento y la infiltración que irradia en ocasiones hacia el oído.
La lesión se nota en la enunciación de las palabras si es anterior y si es posterior aparece disfaguia y se nota una tumoración indolora en el cuello que crece con rapidez y que es seguida de otras tumoraciones cervicales uni o bilaterales.
El tumor primario crece e invade estructuras vecinas, piso de boca, maxilar inferior, músculo pterigoideo, carrillo, fijación de la lengua y presenta sangrado - formación de fístulas orantrales, trismus.
Los ganglios que se fijan en estructuras vecinas, se ulceran y sangran.
Pueden ocasionar fractura de maxilar, pérdida de piezas y el dolor puede ser calmado con narcóticos, puede haber disfaguia inanición, pérdida de peso, debilidad y pneumonia terminal.
Los tumores de la base de la lengua, corresponden a la orofaringea y generalmente son del tipo ulceroinfiltrante, el tamaño de la ulceración es tan pequeño que se esconde en las profundidades de la cripta que forman la base de la lengua lo que hace difícil su - identificación. Son lesiones silenciosas y dán metastasis ganglionares en el cuello.
El tumor de la lengua crece hacia adelante, donde - hay menos resistencia muscular, infiltrando la parte móvil y dando metastasis ganglionares u uni o bilaterales en estado temprano de enfermedad.

Tratamiento: Los elementos terapéuticos empleados - son: a) quirúrgico b) radioterapicos.
En los quirúrgicos tenemos la glosectomia parcial, - disección radical del cuello y la combinación de - ambos con o sin resección de una parte del maxilar inferior.

En el radioterápico es el implante de material radiac tivo, teleterapia y la combinación de ambos.

El tratamiento de las metastasis en los ganglios cervicales, debe ser siempre agresivo, mediante disección radical de cuello que incluye la resección de - los ganglios submaxilares, yugulares y espinales, - incluyendo la vena yugular y el músculo esternocleidomastoideo en un solo bloque de tejidos.

La importancia de la disección radical de cuello, se destaca porque en la mayoría de los casos presentan metástasis ganglionares.

Solo no se hará en pacientes controlados posoperatoriamente y sino aparece la metastasis de lo contrario es recomendable hacer la resección o disección - en el momento de la glesectomia.

Cuando hay invación osea o antecedentes alcohólicos severos con glositis atrofica o glositis juretica, - la experiencia ha demostrado con resultados nulos la radioterapia por lo que la cirugía será lo recomendable como tratamiento de elección.

Se recomienda un buen control posoperatorio mensual, durante el primer año, cada dos meses durante el segundo y trimestralmente hasta el quinto año.

Al utilizar la radioterapia y después de cinco mil - radiaciones, si persive el tumor se hará la cirugía.

b) Sifilis crónica (terciaria):

Definición: Es una enfermedad contagiosa, adquirida mediante contacto sexual y que afecta a la lengua.

Diagnóstico: Es observado en muy raras veces, en pacientes por encima de los cuarenta años. Asentado - en la línea media, en la punta y en la parte anterior.

Su comienzo es por una infiltración localizada, su mucosa o intramuscular, primero dura pero llegando a reblandecerse después, dando salida al líquido purulento característico, formando una ulceración redondeada profunda de bordes cortados a pico de fondo sucio. El dolor es escaso y los ganglios casi nunca están aumentados de volumen.

Tratamiento: Dicho tratamiento es específico para la sífilis.

c) Leucoplacia bucal:

Definición: Es considerado como un estadío primario en el inicio del cáncer.

Etiología: Se forman unas placas debidas a la hiperqueratosis del epitelio de las mucosas. Por lo general se aprecia en el hombre de cuarenta a sesenta años y en mujeres. Se ha atribuído al uso de tabaco por lo que se han denominado placas de fumadores o bién por irritación repetida en algunas profesiones como sopladores de vidrio aunque parece estar muy ligada a la sífilis.

Analizada desde el punto de vista patológico (anatomía) la leucoplasia es una queratosis de las mucosas, las cuales en vez de presentarse como normalmente una queratización completa presenta una capa granulosa rica en queratohialina. Esta capa está interpuesta, dividida en el cuerpo de malphigui (?) y la capa cornea, la cual está sumamente engrosada. Además las papilas están alargadas y el dermis infiltrado de células y más o menos engrosado esclerosado, dicha esclerosis es característica de la leucoplacia de origen sifilítico.

Diagóstico: Se localiza en forma preferente en los ángulos de atrás de la boca y el de la lengua en su región dorsal en parte anterior y bordes (Arguelles). Forma placas aisladas o confluentes de color blanque sino comparadas a mamelones carnosos por los que ha pasado el nitrato de plata. Los bordes son más bién limitados y otros difusos.

Tratamiento: En primer término se suprime la irritación responsable. Tratar la sífilis cuando exista, aunque sin perder demasiado tiempo, se extirpa ya -- que es el método más seguro, en la actualidad se emplea el método de la radiumterapia con éxito.

d) Leucoplacia hiperqueratóxica:

Definición: Es un grado más avanzade de la leucoplasia.

Etiología: Tiene el mismo origen que la leucoplasia bucal.

Diagnóstico: Es un posible cáncer, existe engrosamiento de la capa córnea, al tacto es dura de color blanco nieve como placa de cartílago y adherente a la mucosa. Al extirparla o bién que caiga espontaneamente vemos debajo, una mucosa ligera pero siempre más o menos esclerozada que por lo general se transforma en cáncer cuando se hace verrugosa, la superficie se recubre de asperezas papilomatosas en forma de lengua - de buey, en una extensión más o menos circunscrita. En otras ocasiones forma una grieta que persiste de - una semana o dos y a la palpación nos indica ser asiento de una pequeña induración.

Tratamiento: Es el mismo dado para la Leucoplacia.

I).- De tipo benigno.

a). Linfanguioma:

Definición: Es benigno y derivado de vasos linfáticos.

Etiología: Dicho tumor es derivado de vasos linfáticos. Predomina en los primeros diez años, crece a partir de un error congénito en el desarrollo del esboso. No predomina a ningún sexo.

La localización más frecuente, es en la parte posterior de la lengua aunque algunas veces es vasal y a veces a la epiglotis.

El volumen varía desde el tamaño de la cabeza de un alfiler hasta infiltración difusa de toda la lengua y las estructuras vecinas incluyendo los labios y las mejillas.

Histológicamente son lesiones circunscritas, son difusas formadas por vasos linfáticos de variable calibre.

Los vasos presentan endotelio simple, los pequeños sin pared propia y los grandes con fibras musculares lisas o una pared fibrosa delgada o laxa.

Diagnóstico: Con linfanguioma lingual hay tres tipos de problemas:

a).- Sorpresa ante un tumor extraño.

b).- Molestia por brotes infecciosos repetido en el dolor que provoca tumefacción, ardor, fiebre y malestar.

c).- Más grave y dramático por la macroglosia que ocasiona.

El diagnóstico de linfanguioma, se dá por episodios recurrentes de hinchazón lingual que indican inflamación.

Es raro un episodio dramático hemorrágico. Como dato tenemos que en el 2% de los enfermos, padecen -

igual higroma quístico del cuello.

Tratamiento: Se recomienda el tratamiento quirúrgico y aunque en muchas ocasiones no se realiza por completo y ésto trae como consecuencia que deforme las encias y los dientes del niño.

La radiación no se recomienda porque el tumor no tiene sensibilidad extraordinaria para ellos y aunque se reduzca el volumen tumoral, los efectos son nocivos para la dentición, el desarrollo del maxilar el daño es irreparable en las estructuras dentales y la persistencia del tumor no justifican este tratamiento.

b) Identacciones linguales:

Definición: Son impresiones dejadas por los dientes - en los bordes de la lengua.

Etiología: Pueden aparecer las muescas o crenaciones sobre los bordes de la lengua en los puntos donde el órgano toca la superficie lingual de las piezas linguales. Dichas señales pueden corresponder a varias enfermedades generales que originen un fenómeno inflamatorio en estas partes de la lengua dando origen a este problema o bién en hábitos anormales en el manejo de dicho órgano.

Podemos citar a la gingivoestomatitis ulcero crónica aguda, estomatitis herpética y el heritema multiforme donde es común dicho cuadro. En la estomatitis grave por bismuto es frecuente que dichas zonas estén pigmentadas. La macroglosia presenta muchas veces este tipo de malestar o bién por falta de piezas en el maxilar inferior o son irregulares (1).

Diagnóstico: Se relaciona con otra enfermedad pero lo podemos encontrar con hiponutrición de complejo vitamínico B, al igual que en diabéticos no diagnosticados o mal controlados, en el mixedema, y en - - --

variedades leves de hipotiroidismo, cualquier enfermedad que se acompañe de disminución del tono muscular como la hipotención arterial o anemia por deficiencia de hierro pueden ocasionar las muescas dentales.
Tratamiento: Es aliviar el malestar general o corregir el hábito que ha ocasionado dicho problema.

c) Lecciones traumáticas de la lengua:
Definición: Son alteraciones de la lengua ocasionadas por ciertas enfermedades generales, hábitos o traumas.
Etiología: Con cierta frecuencia la lengua se lesiona al interponerse entre las piezas durante caídas, peleas, ataque epilépticos, mordeduras accidentales o - por lesiones infringidas en el consultorio dental. Un tratamiento lingual intensivo se caracteriza por abundante hemorragia al igual que los ataques que ocasiona a la epilepsia produciendo ulceraciones linguales que traen como consecuencia importantes cicatrices y en ocasiones con deformidad .
Diagnóstico: Se presenta en pacientes epilépticos al - encontrarse cicatrices linguales y como dato, ésto nos ayuda a evitar situaciones desagradables y en especial si hay que emplear anestesia general.
Frecuentemente se confunde con las cicatrices que dejan o se observan en la sifilis crónica (terciaria). Muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas, se llega a producir traumatismos linguales o bién por forceps o elevadores, al resbalar o bién al haber laceración al fracturarse un diente.
Tratamiento: El tratamiento adecuado es saturar por - planos siempre, cualquier herida de lengua, aunque la - hemorragia se puede llegar a controlar sin llegar a la sutura, como dato (1) cita a Conns y Epstein observaron

un paciente en que apareció un carcinoma después de una lesión de la lengua ocurrida después de - la extracción de un diente.

J).- De origen inflamatorio:

a).- Glositis aguda:

Definición: Es una inflamación de la lengua ocasionada por un agente extraño sin consecuencias de la lengua.

Etiología: Puede ser ocasionada por una estomatitis general o una intensa estomatitis o bién por una picadura de insecto, pudiendo ser superficial o profunda (Arpuelles). Siendo la primera una - parte estomatitis general y no tiene interés quirúrgico.

La glositis puede quedar limitada a la mitad de - la lengua o ser total.

La segunda llamada igual parenquimatoza, puede ser una propagación profunda de una intensa estomatitis por lo general en estomatitis mercuriales o por picadura de ciertos insectos.

Diagnóstico: Los síntomas característicos son: - lengua dolorosa y aumentada de volumen saliendose de la boca, siendo comprimida por las piezas inferiores que en ocasiones dejan una ulceración. Dificultan aún la fonación, deglución y la respiración. Hay fiebre disnea y avanza hacia la base de la glositis. La disnea es pronunciada y amenaza - asfixia al paciente.

La evolución hacia la curación, van cediendo poco a poco los síntomas y en ocasiones puede ser mortal por edema de glotis o matar por asfixia, por - obstáculo mecánico o bién terminar la glositis por

la formación de un absceso que acaba por abrirse en forma espontánea.

En general el diagnóstico es relativamente benigno.

Tratamiento: En el primer período de la infección, consiste en la minuciosa limpieza de la boca con - soluciones debilmente antisépticas (Arguelles). - Cuando ha formado el absceso, se procederá a una - evacuación por una incisión hecha por la boca. En casos de asfixia, se hará de inmediato una traqueotomía.

La lengua puede tener otras causas de alteración - que a continuación describirémos.

K).- Alteraciones en la capa superficial de la lengua.

Sobre la cara superior de la lengua se observan las cuatro capas o variedades de papilas.

Las grandes papilas calsiformes están dispuestas en forma de V invertida y forman el límite posterior de la cara superior de la lengua. Dichas papilas son ricas en vasos y contienen muchos botones gustativos.

Algunos clínicos piensan que la forma de V es caracte-- rística de razas negras y por lo general no participan de los cambios atróficos que se observan durante varias enfermedades generales.

Las papilas fungiformes en orden de aparición y cuya forma es parecida a hongos, ocupa toda la superficie superior del órgano.

Por lo general son más numerosas en la punta y en los - bordes e intervienen en los cambios inflamatorios y atróficos que acompañan a diversos trastornos generales.

Los botones gustativos en su mayoría se encuentran en - las papilas fungiformes y calsiformes.

Las papilas fungiformes en su mayoría pueden estar pigmentadas a consecuencia de depósito local de melanina. Esto es más observado en pacientes de raza negra.
La enfermedad de Addison no produce pigmentación a las papilas. La forma de las papilas filiformes es de pelo, son las más numerosas y ocupan toda la superficie superior de la lengua.
No tienen vasos centrales estas papilas y provienen de células epiteliales muy especializadas.
En salud normal hay crecimiento lento pero continuo. - Cuando hay atrofia de las papilas filiformes son inicio precoz de trastornos de los fenómenos intracelulares de oxidación, a consecuencia de la gran actividad metabólica de las células que forman dichas papilas.
Una amplia gama de enfermedades generales pueden acompañarse de varias variables de atrofia papilar .
En la cuarta variedad de papilas tenemos a las papilas foliadas que están constituídas por pliegues de mucosa verticales paralelas y en ocasiones transverso y situados en los bordes de la parte posterior del órgano.
Por lo general dichas papilas no intervienen en los cambios atróficos ligados a enfermedad general, pero muchas ocasiones son asiento de cambios inflamatorios y son - origen de cierta percepción gustativa.
La capa que cubre la cara superior de la lengua, corresponde a papilas filiformes y fungiformes con restos de alimento, células epiteliales descamadas, bacterias y - saliva.
Existe una flora microbiana constante de la lengua del hombre que semeja a la del surco gingival y a la placa dental.
Hay una reducción de bacilos gram-positivos y una gran proporción de cocos.

"Como característica de la lengua en su capa superficial o superior, es de que tiene un color o fluorescencia anaranjada rojiza bajo la luz ultravioleta".
Esta coloración se debe según Burket a la producción de porfirinas por los microorganismos de la boca. Dichas características se observan en la mayor parte de individuos sanos.
Quizá los cambios de coloración de la lengua, se deban a variaciones del lecho capilar subyacente, opacidad de la capa superficial, tinción de las papilas por substancias exógenas o una combinación de estos factores. (1).
El estudio de la capa superficial de la lengua es conocido y de exploración general en el exámen de la boca. Probablemente no nos oriente en todas las enfermedades del tubo digestivo, pero sí en ciertas deficiencias nutricionales donde se observan ciertas manifestaciones clínicas linguales y digestivas comunes.
Ciertas enfermedades generales suelen acompañarse de cambios de la lengua.
Las estadísticas según Burket (1), no lograron descubrir una predisposición a las lesiones malignas en las lenguas atróficas.
Una lengua con cubierta anormal, reviste menor importancia que la atrofia de las papilas filiformes y fungiformes.
A la edad senil, la cubierta de la lengua, va disminuyendo al igual que el tono muscular del órgano. Burket. (1).
Algunos factores fisiológicos pueden afectar igual la cubierta lingual que siempre es más pronunciada después de el sueño y ésto es por el estado de relativo reposo.

En una atrofia desaparecen de la capa de la lengua, primero las papilas filiformes y en segundo termino las papilas fungiformes.

Si el trauma no es muy grande, las papilas se regeneran apareciendo primero las fungiformes y luego las filiformes.

Las papilas caliciformes y foliadas no participan en estos cambios, por ello pueden considerárseles como estructuras anatómicas más o menos constantes.

Dichos cambios pueden deberse a una o varias deficiencias de sistemas enzimáticos de oxidasas y ésto puede ser debido a la falta de hierro o a la capacidad de utilizar este elemento que trastorna la función de las enzimas y citrocromos o de Warburg.

La función de los sistemas enzimáticos a base de flavina y piridina, es impedida por la deficiencia de ácido nicotínico o la falta de riboflabina.

No subestimarémos la importancia de las anemias por falta de hierro como causa de alteraciones atróficas de la lengua. Aunque en algunos lugares como la Clínica de Nutrición Vanderbult donde las anemias por deficiencia de hierro dieron como resultados más frecuentes cambios atróficos de la lengua, en estudios realizados en pacientes de dicha clínica según cita Burket. 156 (1).

La capa superficial de la lengua consta de bacterias, pequeñas partículas de alimento y epitelio queratinizado -- descamado sobre las papilas filiformes y entre ellas, dicha capa varía su espesor según los individuos y los momentos del día.

Según datos obtenidos por Ehrlich y Ehiert, citados por Burket (1), encontraron una cornificación normal a partir de la infancia que aumentaba progresivamente hasta los 65 años y disminuía después en forma más rápida.

La parte anterior de la lengua muestra gran proporción de cambios inflamatorios por quedar expuestoa a irritación - traumática al igual que su queratización es un poco menor. Cualquier problema local o general pueden dar lugar a una manifestación anómala en la capa superficial de la lengua y podemos citar según Burket (1), una alimentación blanda y liquido, mala higiene bucal o menor producción de saliva por fiebre o dihidratación general.

En ocasiones el caso de una lengua por descomposición o - fermentación de partículas de alimentos, pueden dar origen a una halitosis.

El color de la lengua varía según la causa que origine - como es el tabaco, farmaco o microorganismos.

Cuando es expuesta la lengua a luz ultravioleta, produce una fluorecencia anaranjada rojiza y por lo general es — característico de infividuos sanos. Para algunos clínicos según Burket (1), una lengua que se encuentra cubierta menos de la mitad es anormal.

Esto es lógico que cuando más senil sea la persona, la — fluorecencia será menor, ésto sacan en conclusión según - estudios hechos por Tomaszewski y Posznan citados por - Burket (1).

Tal parece según Burket(1), que la fluorecencia es debida a la producción de porfirina producida por microorganismos de la boca.

La administración de antibióticos, suprime la fluorecencia por su acción antimicrobiana.

Por estudios realizados por Crohon y Drosd citados por — Burket (1), encontraron que no hay ninguna relación entre malestares del intestino grueso y delgado con el aumento - de la capa superficial de la lengua, sin embargo mencionaron que los trastornos gastricos de seis a doce horas provocan un aumento de la capa superficial de la lengua y que

probablemente ésto tenga relación con la ingestión de - alimentos.

Existen sustancias que liberan oxigeno y entre las cuales podemos citar al peróxido de hidrógeno y el perborato de sodio que en algunos pacientes puede desarrollar el crecimiento de las papilas filiformes, produciendo - una cubierta anormal que en ocasiones puede mostrar una cubierta negra.

Los vómitos se acompañan siempre de lengua cargada con excepción de los de embarazo.

Los individuos que respiran por la boca o duermen con - la boca abierta, muchas veces presentan una cubierta - anormal excesiva .

La aparición de la cubierta lingual puede explicarse - según Burket (1) facilmente por los cambios del hambiente y trastornos fisiológicos. Se trata de un fenómeno continuo, por lo general dicha capa lingual se acompaña con el flujo saliva para eliminarse y al hablar y masticar por abracción. Podemos definir que la capa superficial de la lengua son alimentos que en ella se almacenan.

La masticación puede ser importante para la eliminación de dicha capa según Burket (1),durante la formación del bolo alimenticio que en su paso a la faringe despastan mucho a las papilas.

Como recomendación que hace Burket (1) para la eliminación de dicha capa, es cepillarse la cara superior de la lengua en el momento de cepillarse los dientes.

L).- Alteraciones en el color de la lengua.

Normalmente la mucosa lingual tiene color rojo claro, cubierto por una capa ligeramente grisacea y cuando - dicha capa grisacea es más gruesa que lo normal sin - ser característica de ninguna enfermedad, suponemos

que por alguna razón que el enfermo padece de hábitos - masticatorios adecuados que pueden ser causa de una mala oclusión o bién por no mover la lengua correctamente para eliminar el recubrimiento y por ello recibe el nombre de lengua saburral o cubierta. Dicha anomalía se caracteríza por que las papilas filiformes se encuentran incluídas de una capa formada por bacterias,hongos, partículas de - comida queratina y células epiteliales descamadas y se - encuentran alargadas las papilas filiformes por la falta de limpieza proporcionada normalmente por la masticación adecuada.

La lengua puede presentar enrojecimiento y ésto puede deberse a una bascularización excesiva o por que se tiña con determinados alimentos o medicamentos.

Al atrofiarse las papilas linguales, adquiere la lengua - un color majenta salmón o escarlata, cuyo signo nos hará hacer un estudio cuidadoso por sospechar exista una posible deficiencia vitamínica, puede adquirir la lengua un cambio de color como respuesta a un tratamiento con antibióticos lo cual se evitará o disminuye administrando vitamina B.

CAPITULO VII

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

1.- BURKET: Dr. Lester W. Burket, Medicina bucal, Editorial Interamericana, Edición 1973.

2.- RAFAEL ARCHELLES: Manual de Patología Quirúrgica, Edición 1945, Editorial Científica Médica, Barcelona, Madrid y Valencia.

3.- TOMAS VELAZQUEZ: Anatomía Patología y Dental.

4.- FERNANDO QUIROZ: La Prensa Médica Mexicana, Anatomía - Humana, Edición 1973, Editorial Porrua, S.A., México.

5.- FRANK O ALLAN: Embriología Humana, Edición 1973, El - mamual Moderno.

6.- ANTONIO PIEVOSTI: Introducción a la Embriología, Catedrático de Genética de la Universidad de Barcelona.

7.- DR. WILLIAM F. CANON: Editorial el Manual Moderno, S.A. 1971, México 11, D.F.

8.- DR. I.J. GORLIN Y H.M. GOLDMAN THOMA: Patología Oral, Editorial Salvat, 6a. Edición 1973.

9.- PATTEN: Embriología Humana, Profesor de Medicina en la Universidad de Michigan, Editorial Ateneo, Edición 1973.

10.- REVISTA: Semana Médica de México: No. 1022, Septiembre 13 de 1974, Vol. LXXX, No. (10). Por el Dr. Héctor Rodríguez Cuevas, Pag. 313 a 320, Editorial Estela, S.A.

11.- IRVING A CLICKMAN: Patología Clínica, Editorial Mundi 971, Buenos Aires, 20-1-61.