

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PATOLOGIA LINGUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MANUEL LADRON DE GUEVARA GUTIERREZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Este trabajo esta destinado a proporcionar una visión panorámica de la patología lingual, que siendo tan amplia, sólo se ha podido cubrir en parte. Se escogieron los padecimientos más importantes para el correcto diagnóstico y cuando no se encontró un conocimiento preciso de ellos, se optó por elegir las teorías más probables de su etiología.

La odontología se halla en etapa dinámica de descubrimientos y ampliación; actualmente el odontólogo se debe preocupar de todos los conocimientos en la cavidad oral, siendo la lengua un órgano que actúa en todas las funciones que aquí se llevan a cabo; siendo sumamente importante el conocimiento que tenga sobre las anormalidades de desarrollo, anatomía, funcionamiento y patología.

El oportuno conocimiento de dichas anormalidades favorecen en la confianza de nuestros pacientes y de nosotros mismos. Por lo tanto, esperamos que al poner en las manos del lector esta obra, le proporcione una rápida referencia sobre la semiología lingual.

S U M A R I O

CAPITULO I	PAG.
1) DESARROLLO DE LA LENGUA	1
 CAPITULO II	
ELEMENTOS ANATOMICO-ESTRUCTURALES DE LA LENGUA.	
1) PARTE FIJA O RAIZ DE LA LENGUA	5
2) PARTE LIBRE DE LA LENGUA	6
3) ARMAZON OSTEOFIBROSA	8
4) MUSCULOS	"
5) MUCOSA	"
6) VASOS Y ARTERIAS	9
 CAPITULO III	
TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA	
a) LENGUA BIFIDA 6 HENDIDA	10
b) LENGUA FISURAL 6 ESCROTAL	"
c) GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA	11
d) LENGUA GEOGRAFICA	"

	PAG.
e) LENGUA PILOSA	12
f) VARICES LINGUALES	13
g) ANQUILOGLOSIA	"
g) MICROGLOSIA Y AGLOSIA	14
i) MACROGLOSIA	"

CAPITULO IV

HIPOTROFIAS Y ATROFIAS DE LAS PAPILAS

1) FISIOLÓGICAS, MALFORMATIVAS, INFECCIOSAS, CARENCIALES, ENDOCRINAS, TUMORALES, FACTORES MÚLTIPLES.	16
--	----

CAPITULO V

SEMILOGIA DE LENGUA.

MANCHAS

a) BLANCAS	17
b) NEGRAS	"
c) PARDAS	"
d) ROJAS	18
e) PALIDAS	19
f) VIOLACEAS	"
g) AMARILLAS	"
h) AZULES	"
i) PSEUDOMANCHAS	"
j) COLORES DIVERSOS	"

	PAG.
VESICULAS	20
PUSTULAS	"
AMPOLLAS	"
PAPULAS	"
NODULOS	"
ESCAMA	"
QUERATOSIS	"
VEGETACIONES Y VERRUGOSIDADES	
a) ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS	21
b) ENFERMEDADES PROPIAS DE LA LENGUA	"
c) OTRAS	"
ELEFANTIASIS, HIPERTROFIAS 6 MACROGLOSIAS	
DISPLASICA	22
INFECCIOSA	"
ENDOCRINA	"
SANGUINEA	"
METABOLICA	"
TUMORAL	"
PAPILOMAS	"
APLASIA, HIPOPLASIA Y ATROFIA	"
ESCLEROSIS	23
NECROSIS Y NECROBIOSIS	"
SOLUCIONES DE CONTINUIDAD	
a) ULCERACIONES Y ULCERAS	24
b) EROSIONES PROPIAMENTE DICHAS 6 HUMEDAS	"

	PAG.
c) EROSIONES SECAS	25
d) FISURAS Y SURCOS	"
CICATRICES	26
ABSCESOS	"
INDENTACION	"
HIPOPLASIA	"
EDEMA	"
NODULO NECROTICO	"
VARICOSIDADES	"
XEROSTOMIA	"
HEMATOMA	"

CAPITULO VI

SINDROMES Y ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES EN LENGUA

1) SINDROME PIERRE ROBIN	27
2) MELKERSSON - ROSENTHAL	"
3) TRISOMIA 21	"
4) NEUROFIBROMATOSIS	28
5) LINFANGIOMA	"
6) HEMANGIOMA	29
7) ACROMEGALIA	"
8) TETRADA DE FALLOT	30
9) SINDROME ORODIGITOFACIAL	31

CAPITULO VII

PAG.

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES CON MANIFESTACIONES LINGUALES

1)	DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA	32
2)	DEFICIENCIA DE ACIDO NICOTINICO	"
3)	DEFICIENCIA DE ACIDO FOLICO	"
4)	DEFICIENCIA DE ACIDO ASCORBICO	33
5)	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	"

CAPITULO VIII

MANCHAS LINGUALES

1)	MANCHAS BLANCAS	34
2)	MANCHAS NEGRAS	"
3)	MANCHAS PARDAS	35
4)	MANCHAS ROJAS	"
5)	MANCHAS VIOLACEAS	37
6)	MANCHAS PALIDAS	"
7)	MANCHAS AMARILLAS	"
8)	MANCHAS AZULES	"
9)	SEUDOMANCHAS	38
10)	TATUAJES	"

CAPITULO IX

LESIONES LINGUALES DE ORIGEN TRAUMATICO

	PAG.
a) POR AGENTES MECANICOS	39
b) POR AGENTES FISICOS	40
c) POR AGENTES QUIMICOS	41

CAPITULO I

"DESARROLLO DE LA LENGUA"

TEMA NO. 1

DESARROLLO DE LA LENGUA

Por el papel de los arcos branquiales en la formación de la lengua, se debe comprender el desarrollo de estas estructuras anatómicas.

Los arcos branquiales se forman como cuatro pares de estructuras curvas en el cuello fetal; están separadas por surcos branquiales poco profundos en la parte externa, y por bolsas faríngeas más profundas por la parte interna. Solamente los primeros y segundos arcos se extienden hasta la línea media y cada uno de ellos es sucesivamente más pequeño, desde el primero hasta el cuarto.

Una gran variedad de órganos se originan en el epitelio endodérmico de las bolsas faríngeas: A partir de la primera bolsa se forman, el tubo auditivo y las cavidades del oído medio; en la segunda bolsa se originan las amígdalas palatinas; a partir de la tercera bolsa se desarrollan las glándulas paratiroides inferiores y el timo; de la cuarta provienen las glándulas paratiroides superiores.

Del esqueleto cartilaginoso del primer arco branquial provienen el cartílago de Meckel, el martillo y el yunque; del segundo arco, el estribo, la apófisis estiloides y el cuerno menor del hueso hioides; del tercer arco, el resto del hueso hioides, y del cuarto el cartílago tiroides.

Correspondiendo a los surcos branquiales, en la parte interna de la boca y de la faringe, se encuentran los surcos o bolsas faríngeas que limitan, por la parte interna, los arcos branquiales. Los surcos branquiales y las bolsas faríngeas se profundi-

zan en los primeros estadios de desarrollo embrionario y quedan separados unos de otros solamente por una doble lámina epitelial. Más tarde, las bolsas faríngeas sufrirán una serie de transformaciones y se irán separando de los surcos branquiales.

El arco mandibular, en la cuarta semana muestra a cada lado de la línea media una ligera elevación del mesénquima: el tubérculo lingual lateral. Entre el surco de separación del arco hioideo esta, en la línea media, el tubérculo impar (a los 30 días), que con los dos anteriores constituyen los rudimentos de la lengua.

En un estadio más avanzado (principio de la quinta semana), se ve lo siguiente: los tubérculos laterales han aumentado el volumen y extensión, el tubérculo impar ha crecido en forma piriforme llenando el espacio entre los laterales; entre el segundo y el tercer arcos hay otra eminencia poco saliente, la cúpula, que junto con los surcos situados entre los tubérculos laterales y el tubérculo impar, se profundiza para formar el surco terminal de la lengua (surcus terminalis), en cuyo vértice el rudimento tiroideo medio se desarrolla en la línea media formando un brote epitelial que dará origen al agujero ciego de la lengua (Foramen caecum).

Posteriormente, el tubérculo impar se reduce rápidamente y sólo se aprecia una elevación triangular entre los dos tubérculos laterales.

En el principio de la sexta semana puede verse la distribución de los componentes de la lengua. Se han unido los tubérculos laterales y el resto del impar para formar el cuerpo de la lengua que esta separado hacia los lados y por su parte anterior del resto del piso de la boca por un surco muy profundo. El surco terminal ha desaparecido y por detrás de él sobresale el cuerpo de la lengua como una convexidad muy manifiesta.

Posteriormente (desde la mitad de la séptima semana), la lengua completa su crecimiento mediante aumento de volumen y por un desarrollo en forma de hongo que rebasa por delante y lateralmente el sitio en que se une al piso de la boca.

Podemos resumir el origen de los distintos componentes de la lengua de la siguiente manera:

La lengua se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial ó mandibular.

Existen dos prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar.

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

En la línea media, sobre la base del primer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arcos branquiales, se desarrolla la glándula tiroides por crecimiento y diferenciación progresivas hacia abajo. Un conducto transitorio, el conducto tirogloso, se origina en esta región, creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula. Su extremidad bucal esta señalada en la lengua adulta por el agujero ciego.

En las etapas tardías del desarrollo de la lengua crece muy rapidamente y en la parte anterior, se diferencian varios tipos de pápilas, mientras que en la parte posterior de la mucosa lingual aparece tejido linfático. Los músculos extrínsecos linguales crecen en su mesodermo primitivo, y los músculos

intrínsecos se diferencian a partir del mesenquima situado en el espesor de la lengua.

CAPITULO II

"ELEMENTOS ANATOMICO-ESTRUCTURALES DE LA LENGUA"

- 1) Parte fija ó raíz de la lengua.**
- 2) Parte libre de la lengua.**
- 3) Armazon osteofibrosa.**
- 4) Músculos.**
- 5) Mucosa.**
- 6) Vasos y arterias.**

ELEMENTOS ANATOMICO - ESTRUCTURALES DE LA LENGUA

Durante el reposo y en estado normal, la lengua ocupa la cavidad bucal que llena casi por completo; forma cuerpo en el piso de la boca, del que sólo es una porción modificada.

Está situada por debajo de la porción palatina, por encima de las dos regiones suprahioidea y sublingual e inmediatamente por delante de la región faríngea, que contribuye a formar.

La lengua puede ser considerada como una masa muscular que toma origen en los arcos óseos que sostienen el piso de la boca, y que, levantando la mucosa bucal y cubriéndose con ella, sobresale a la vez en la boca y en la faringe.

Presenta dos partes: una parte visible en la cavidad bucofaríngea, que es la lengua propiamente dicha o también la parte libre de la lengua; una parte oculta en el espesor del piso de la boca, cubierta por mucosa, que es la raíz de la lengua o parte fija de la misma.

I.- Parte fija o raíz de la lengua.

La raíz de la lengua se halla formada en gran parte por el origen de los músculos hiogloso y geniogloso, y se inserta:

- a) A la apofisis geni del maxilar inferior, por encima de los milohioideos y de los geniohioideos. Este punto de inserción de la lengua en el maxilar inferior impide que bascule hacia atrás y que caiga sobre la

abertura superior de la lengua.

- b) En el cuerpo y en el asta mayor del hioides, gracias a esta inserción de la lengua en el hueso hioides es posible, sacándola fuera de la boca, levantar el aparato hioideo y, al mismo tiempo y por su mediación, la laringe; he aquí por que la tracción de la lengua es el tiempo preliminar del examen laringoscópico.

La lengua esta también mantenida en su posición por los músculos de los pilares anteriores del velo del paladar, los músculos glosofaríngeos, así como la mucosa bucal, que se continúa directamente con la farínge.

II.- Parte libre de la lengua.

Esta formada por dos porciones: una porción bucal y una porción faríngea o base de la lengua. El istmo de las fauces y la V lingual les sirven de limite respectivo.

La porción bucal es la parte de la lengua que se halla situada por delante del istmo de las fauces y de la V lingual, es sensiblemente horizontal y toma en conjunto, la forma de un cono aplanado de arriba abajo, cuyo vértice, llamado también "punta de la lengua", esta dirigido hacia delante. Desde el punto de vista de su configuración exterior presenta dos caras, una superior y otra inferior, y dos bordes laterales.

a) Cara superior.

La cara superior o dorsal esta en relación con la bóveda palatina, presenta un surco medio en el que se implantan uniformemente hileras de pápilas, diferenciadas en pápilas fungiformes y pápilas filiformes, que dan a la cara superior de la lengua un aspecto tormentoso muy particular y al tacto, una sensación como de terciopelo.

En su límite posterior, la cara dorsal de la porción bucal de la lengua presenta la V lingual, formada por las nueve a once pápilas caliciformes, estas pápilas, voluminosas y siempre visibles, están dispuestas en dos series lineales, una a la derecha y otra a la izquierda que se dirigen oblicuamente de atrás a adelante y de dentro hacia afuera; reunidas forman una especie de V, cuyo vértice mira hacia atrás.

En la unión de la porción bucal y la porción faríngea de la lengua se halla una pequeña depresión más o menos visible y profunda denominado agujero ciego de la lengua.

b) Cara inferior.

La cara inferior de la lengua descansa completamente en la cara superior de la región sublingual, en la línea media presenta un importante repliegue de la mucosa que es el frenillo. A ambos lados del frenillo es lisa, gris rosada y permite ver por transparencia las venas raninas.

c) Bordes libres y redondeados.

Corresponden a los arcos dentarios, así como a los dientes que en ellos se implantan y contra los que frotan en los distintos movimientos del órgano.

La lengua, considerada desde el punto de vista de su estructura, presenta:

- 1.- Un armazón osteofibrosa ó esqueleto de la lengua.
- 2.- Músculos.
- 3.- Mucosa.
- 4.- Vasos.
- 5.- Nervios.

1.- Armazón Osteofibrosa.

Constituida por tres elementos principales:

- a) Hueso Hioides.
- b) Membrana hioglosa, lámina fibrosa dispuesta en sentido frontal, que se desprende del borde superior del hueso hioides, desde donde se dirige hacia arriba y hacia adelante, separando el músculo geniogloso de la parte más inferior de la mucosa.
- c) Septum medio, es otra lámina fibrosa dispuesta en sentido sagital entre los dos músculos genioglosos.

2.- Músculos.

Los músculos de la lengua son diecisiete y se distinguen, como sabemos en extrínsecos e intrínsecos.

- a) Los músculos extrínsecos son quince: 1.- Los genioglosos, los hioglosos, los estiloglosos, que proceden de los huesos próximos; 2.- Los palatoglosos, los faringoglosos, los amigdaloglosos, que emanan de los órganos próximos; 3.- Los linguales inferiores, que proceden a la vez de los huesos y de los órganos inmediatos.

Todos los músculos mencionados son pares, excepto el lingual superior que es impar.

- b) Los músculos intrínsecos son dos solamente: los dos transversos.

3.- Mucosa.

La mucosa presenta el máximo de grosor en la cara dorsal de la porción bucal de la lengua y que, en este punto, adhiere ínti-

mamente a las fibras musculares que en ella se insertan. Por el contrario, en la cara inferior de la lengua y a nivel de la base se halla separada del plano muscular subyacente por una cara de tejido celular laxo.

4.- Vasos.

A) Arterias.

- a) La palatina inferior, (rama de la facial) y la faringea inferior, (rama de la carotida externa) no son más que arterias accesorias.
- b) La lingual.- Verdadera arteria de la lengua. Nacida de la carotida externa atraviesa la región suprahioidea y se dirige hacia la punta de la lengua, donde se anastomosa con la del lado opuesto. En este trayecto emite la "dorsal de la lengua", que se distribuye por la base de la lengua, y la lingual inferior o sublingual, que discurre paralela al conducto de wharton, entre el músculo milohioideo y el músculo geniogloso. Después de haber dado origen a esta última rama, la arteria lingual toma el nombre de arteria ranina.

La arteria ranina irriga principalmente la porción móvil de la lengua.

B) Venas.

Forman tres grupos: las venas profundas, las venas dorsales y las venas raninas, que convergen hacia el borde posterior del músculo hiogloso y se reúnen en un tronco común, la vena lingual propiamente dicha.

5.- Nervios.

Son de tres tipos: nervios motores, nervios de sensibilidad general y nervios de sensibilidad especial.

a) Nervios motores.

Tienen dos orígenes: el facial y el hipogloso. El facial da a la lengua el ramo lingual (no confundir con el nervio lingual). Este nervio se distribuye por el estilogloso y el glosostafilino y algunas veces por el lingual inferior, el hipogloso mayor es esencialmente el nervio motor de la lengua, de la que inerva todos los músculos.

b) Nervios de sensibilidad general.

- 1.- Nervio lingual, rama del nervio maxilar inferior, se distribuye por los dos tercios anteriores de la mucosa de la lengua.
- 2.- Nervio laríngeo superior, rama del neumogástrico que envía algunas fibras a la porción más posterior de la mucosa de la base de la lengua.

c) Nervios de sensibilidad especial.

Dos nervios son los importantes en la sensibilidad gustativa de la lengua:

- 1.- El nervio glosofaríngeo, que se distribuye por las papilas caliciformes y por la porción de mucosa lingual situada por detrás de la V.
- 2.- El nervio lingual, además de dar la sensibilidad general de una parte de la lengua, se ramifica, además, por las papilas fungiformes de los dos tercios anteriores de la mucosa.

CAPITULO III

"TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA"

- a) Lengua bífida ó hendida.
- b) Lengua fisural ó escrotal.
- c) Glositis romboidea media.
- d) Lengua geográfica.
- e) Lengua pilosa.
- f) Varices linguales.
- g) Anquiloglosia.
- h) Microglosia y aglosia.
- i) Macroglosia.

"TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA"

a) Lengua Bífida ó Hendida.

Anomalía rara que aparentemente se debe a la falta de fusión de las mitades de este órgano. Considerablemente más común la lengua parcialmente hendida se manifiesta simplemente como un surco profundo en la línea media de la cara dorsal. Tiene poca importancia clínica, excepto que los residuos y microorganismos pueden acumularse en la base del surco y producir irritación. La lengua hendida puede ir asociada a una hendidura media que afecta a la mandíbula. Aunque la lengua hendida es de tamaño normal, su función esta perturbada como es natural.

b) Lengua Fisural ó Escrotal.

Malformación que se manifiesta clínicamente por múltiples pliegues ó surcos pequeños en su cara dorsal, que suelen irradiar de un surco central a lo largo de la línea media de la lengua. Se ha comprobado que la incidencia de esta afección aumenta con la edad, es posible que no sea una malformación del desarrollo. Existe la posibilidad que esté asociada con algún factor extrínseco como el trauma crónico ó deficiencias vitamínicas. No hay diferencias significativas en su distribución por sexo ó raza.

La lengua escrotal suele ser indolora, excepto en casos raros en los cuales los residuos de los alimentos tienden a acumularse en los surcos y a producir irritación.

c) Glositis Romboidea Media.

Es una anomalía congénita de la lengua, se produce probablemente por la falta de retracción del tubérculo impar previamente a la fusión de las mitades laterales de la lengua, de manera que entre ellas queda interpuesta una estructura carente de papilas.

Se presenta clínicamente como una placa rojiza, ovoidea, adamantiforme ó romboidal en la cara dorsal de la lengua, inmediatamente por delante de las papilas caliciformes, se destaca nítidamente una superficie plana ó ligeramente elevada, a veces manelonada, que carece de papilas filiformes.

La lesión no necesita tratamiento alguno, pues es inocua. La importancia clínica radica en que a veces se le confunde con el carcinoma del dorso de la lengua.

d) Lengua geográfica ó Glositis Migratoria Benigna.

Lesión de etiología desconocida en donde se ha sugerido que podría tener un fondo psicossomático. Consiste por lo general en múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes de la lengua.

La porción central de la lesión se encuentra, a veces, inflamada mientras que el borde puede estar contorneado por una línea ó banda blanca amarillenta delgada. Las papilas fungiformes persisten en las zonas descamadas como puntos rojos elevados.

Las zonas de descamación permanecen por un corto tiempo en un sitio y luego cicatrizan y aparecen en otro sitio, dando origen a las ideas de migración. Pueden persistir por semanas y después ceder espontáneamente para reaparecer en una fecha posterior.

Como es de etiología desconocida, el tratamiento es empírico. Puesto que la lesión es benigna, no hay más que tranquilizar al paciente.

e) Lengua Pilosa.

Se caracteriza por una hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua, sin la descamación normal, que puede ser extensa y formar una capa opaca gruesa sobre la superficie dorsal. Las papilas varían de color del blanco amarillento al pardo ó incluso negro, según su pigmentación por factores extrínsecos como el tabaco, ciertos alimentos, medicamentos ó microorganismos cromógenos de la cavidad bucal. Las papilas, que pueden ser de considerable longitud, ocasionalmente barrerán el paladar del paciente y producirán el reflejo del vómito.

De etiología desconocida, se ha sugerido que algunos microorganismos, en particular hongos, podrían ser el factor excitante. Los trastornos sistémicos (anemia, malestares gástricos), son otro posible factor etiológico de la lengua pilosa.

Se sugirió que el uso bucal de ciertas drogas (perborato de sodio, peróxido de sodio y antibióticos como la penicilina), pueden incitar el problema. En el caso de los antibióticos, se deduce que hay una supresión de la proliferación bacteriana bucal normal y la concomitante proliferación irrestricta de hongos.

La mayor parte de los estudios coinciden en que gran parte de los pacientes con lengua pilosa son fumadores empedernidos, aunque la prevalencia de este hábito puede tornar discutible su aparente importancia.

En pacientes sometidos a Rayos X en cabeza y cuello se encontró que los rayos alteraron la función las glándulas salivales en cierto grado. La lengua pilosa que a continuación aparece se debe, probablemente, a alguna modificación del medio bucal local aunque no se sabe actualmente si se trata de un cambio químico o físico en saliva propiamente dicha o en la flora microbiana.

f) Varices Linguales.

Una vena varicosa es aquella que es sometida a una gran presión hidrostática y mal sostenida por los tejidos circundantes.

Las varices de la venas raninas son relativamente comunes; se presentan como racimos rojos o violetas, con forma de perdigones. Se localizan en la superficie ventral y los bordes laterales de la lengua, así como en el piso de la boca.

No se ha establecido una relación directa entre estas variaciones y otras enfermedades orgánicas específicas.

La trombosis de alguna de estas varices es algo relativamente frecuente pero de escasa importancia clínica.

g) Anquiloglosia.

Cuando hay una fusión entre la lengua y el piso de la boca se produce la llamada anquiloglosia completa. La anquiloglosia parcial, o la común "lengua atada", es una anomalía mucho más frecuente y suele ser el resultado de un frenillo lingual corto o insertado demasiado cerca de la punta de la lengua.

Debido a la restricción de movimiento de la lengua, los pacientes con este defecto experimentan dificultades fonéticas. La mayoría de los casos de anquiloglosia parcial son tratados quirúrgicamente mediante el seccionamiento del frenillo.

h) Microglosia y Aglosia.

Anomalia congénita rara que se manifiesta por la presencia de una lengua pequeña o rudimentaria. Se ha registrado por lo menos un caso de ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento, anomalia conocida como aglosia. Las dificultades que en un paciente con aglosia o microglosia encontraría para comer y hablar son obvias.

i) Macroglosia.

Anomalia algo más común que la microglosia, puede ser de tipo congénito ó secundario. La macroglosia congenita se debe al desarrollo exagerado de la musculatura, que puede estar asociado con una hipertrofia o hemihipertrofia muscular generalizada ó no.

La macroglosia secundaria puede ser el resultado de un tumor de la lengua, como el linfangioma o el hemangioma difuso, la neurofibromatosis ó, a veces, por bloqueo de los vasos linfáticos eferentes en casos de neoplasias malignas de la lengua.

La lengua agrandada es un hallazgo común en el hiperpituitarismo en el adulto; puede haber macroglosia en el cretinismo ó hipotiroidismo congénito aunque la patogenia sea más oscura en estos últimos casos.

La macroglosia de cualquier tipo puede producir el desplazamiento de los dientes y maloclusión debido a la fuerza de los músculos que intervienen y a la presión ejercida por la lengua sobre los dientes, se observa el festoneamiento de los bordes laterales de la lengua y la adaptación de las puntas de los festones en los espacios interproximales de los dientes.

La macroglosia es una característica saliente del síndrome hipoglucémico de Beckwith.

No hay tratamiento particular excepto la eliminación de la causa primaria, y en algunos casos el recorte quirúrgico para reducir volumen.

CAPITULO IV

"HIPOTROFIAS Y ATROFIAS DE LAS PAPILAS"

- 1) Fisiológicas, malformativas, infecciosas, carenciales, endocrinas, tumorales, factores múltiples.**

HIPOTROFIAS Y ATROFIAS DE LAS PAPILAS

Fisiológicas	{	Seniles
Malformativas	{	Glositis Romboidal
Infeciosas	{	Sífilis
Carenciales	{	Anemias Hipovitaminosis (Pelagra, arribo-flavinosis) Síndrome de Sjögren
Endocrinas	{	Hipotiroidismo
Tumorales	{	Tumor de Abrikossov ó mioma mioblástico
Factores Múltiples	{	Enfermedades cutáneas: liquen rojo plano. Glositis en áreas Lengua geográfica Caquexia Cirrosis hepática

CAPITULO V

"SEMILOGIA DE LENGUA"

MANCHAS.

- a) Blancas.
 - b) Negras.
 - c) Pardas.
 - d) Rojas.
 - e) Palidas.
 - f) Violaceas.
 - g) Amarillas.
 - h) Azules.
 - i) Pseudomanchas.
 - j) Colores diversos
- Vesiculas.
Pustulas.
Ampollas.
Papulas.
Nodulos.
Escama.
Queratosis.

VEGETACIONES Y VERRUGOSIDADES.

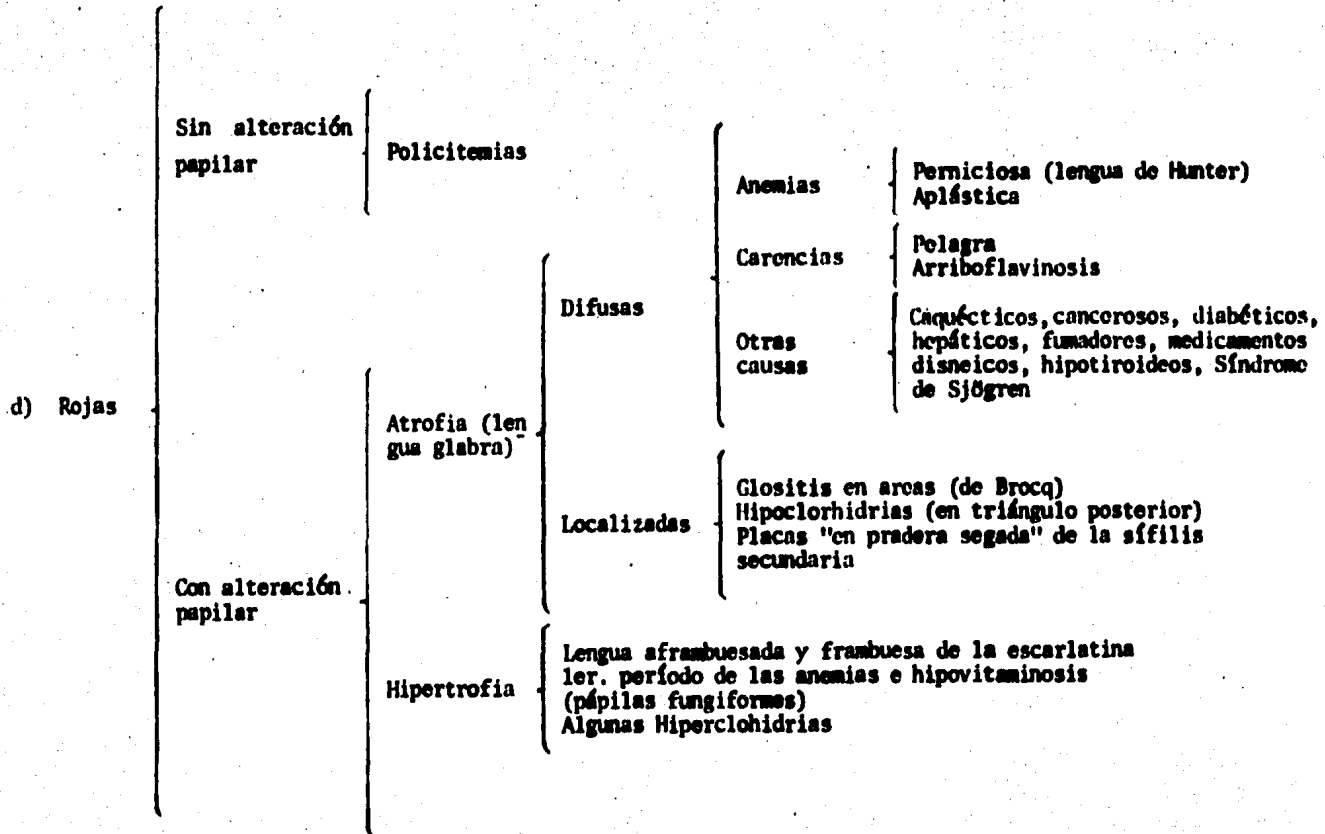
- a) Enfermedades infecciosas
cronicas.
- b) Enfermedades propias de
la lengua.
- c) Otras.

MANCHAS

- a) Blancas { Liqueur
Leucoplasia

- b) Negras { Simples (no vellosa)

- c) Pardas { Addison
Basedow
Lengua negra racial
Secundaria a liquen rojo plano
Antipalúdicos de síntesis



- e) Pálidas { Con atrofia papilar: Plummer Vinson y otras anemias hipocrómicas, en sus períodos tardíos.

- f) Violáceas { Cardíacos y por insuficiencia respiratoria
Arriboflavinosis
Síndrome de Sjögren
Plummer Vinson

- g) Amarillas { Ictericia, xantosis, xantoma disseminado, lipoidoproteinosis (hialinosis)

- h) Azules { Cardíacos, intoxicación por bismuto, mercurio, metahemoglobinemias, etc.
Crisiásis, secuela de líquen rojo plano.

- i) Pseudo-
manchas { Moniliiasis
Alimentos (vino, frutillas, etc.)
Medicaciones (hierro, láudano, etc.)
Tabaco

- j) Colores
Diversos { Tatuajes (amalgama, etc)

Vesículas	{	Zona, herpes simple, erupción variceliforme de Kaposi, glositis venenata.
Pústulas	{	Impétigo, glosopeda, vacuna.
Ampollas	{	Pénfigos, y penfigoides Lesiones ampollares en general, liquen ampollar, ampollas hemorrágicas
Pápulas	{	Sífilis, tuberculosis, lepra.
Nódulos	{	Subagudos - gomas { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 1em;"> Sífilis Actinomicosis Tuberculosis </div>
	{	Otros: Histoplasmosis, cuerpos extraños, nódulos fibrosos
Escama	{	Lengua Saburral
Queratosis	{	Leucoplasia grado II, leucoqueratosis congénita, aspergilosis (escamas lenticulares), Sencundarias a liquen rojo plano Lupus eritematoso crónico

VEGETACIONES Y VERRUGOSIDADES

- | | | |
|--------------------------------------|---------|--|
| a) Enfermedades infecciosas crónicas | Sífilis | Leucoplasia verrugosa
Glositis vegetante del período secundario |
| | Lepra | |
| | Micosis | Blastomicosis Sudamericana
Histoplasmosis
Moniliasis |
| b) Enfermedades propias de la lengua | | Glositis medio losángica |
| | | Papilitis foliada |
| | | Lengua negra vellosa |
| | | Liquen vegetante; pénfigo vegetante |
| c) Otras | | Verrugas vulgares y venéreas, acantosis-nigricans. |
| | | Papilomatosis florida |
| | | Nevo epitelial |

**ELEFANTIASIS, HIPERTROFIAS
Ó MACROGLOSIAS.**

**Displásica.
Infecciosa.
Endocrina.
Sanguínea.
Metabólica.
Tumoral.
Papilomas.
Aplasia, hipoplasia y atrofia.
Esclerosis.
Necrosis y necrobiosis.**

SOLUCIONES DE CONTINUIDAD

- a) **Ulceraciones y úlceras.**
- b) **Erosiones propiamente dichas ó húmedas.**
- c) **Erosiones secas.**
- d) **Fisuras y surcos.
Cicatrices.
Abscesos.
Indentación
Hipoplasia.
Edema.
Nódulo necrótico.
Varicosidades.
Xerostomía.
Hematoma.**

ELEFANTIASIS, HIPERTROFIAS O MACROGLOSIAS

Displásica	{ Macroglosia Pura Gargoilismo Mongolismo
Infecciosa	{ Histoplasmosis
Endocrina	{ Acromegalia Hipotiroidismo
Sanguínea	{ Leucemia
Metabólica	{ Hialinosis (lipoido proteinosis) Amiloidosis
Tumoral	{ Hemolinfangioma
Papilomas	{ Maltaformativos Hiperplásicos simples Blastomatosos
Aplasia, hipoplasia y atrofia	{ Aglosia, microglosia congénita, atrofia en parálisis y en la enfermedad de Romberg Liquen atrófico y secuela por radiación

Esclerosis

Esclerodermia

Lengua glaseada ó de
vidrio
Esclerogoma

Sífilis
Terciaria

Superficial

Profunda (toma
el músculo)

Lipoido proteinosis
Amiloidosis

**Necrosis y
Necrobiosis**

Mecánicas (borde traumatizante de piezas dentarias
por caries, abrasiones ó malposición)
Químicas (perborato, fenol, aspirina, etc)
Físicas (galvanismo, radiaciones)
Infecciosas (muguet)
Alérgicas (aftas)
Hématicas (leucemia)

SOLUCIONES DE CONTINUIDAD

Secundarias a necrosis, necrobiosis, tuberculos, gomas, tumores.

De decbito

Físicas (galvanismo, quemaduras).

Químicas

a) **Ulceraciones y
Úlceras**

Infecciosas

Tuberculosis

Sífilis

Micosis

Lepra

Blasotomicosis

Histoplasmosis

Favus

Tumorales (epitelomas).

Sanguíneas (agranulocitosis y anemias aplásticas).

b) **Erosiones propinmas
te dichas ó húmedas**

Pénfigo

Eritema polimorfo

Lesiones ampollares en general, líquen ampollar

c) Erosiones secas
(sin pérdida de
epitelio)

Sífilis (placas lisas ó "en pradera
segada" de Cornil)

Parte de la glositis rojas y atróficas
(diabetes, etc)

Eritroplasia

d) Fisuras y surcos

Sífilis secundaria

Lengua escrotal y síndrome de Melkersson-
Rosenthal

Ulceraciones imaginarias de Vernevil ó
glosodinia

Histoplasmosis, péufigo vulgar

Anemias e hipovitaminosis

Síndrome de Sjögren

Lengua Senil

Cicatrices	Atróficas y escleroatróficas	Del liquen rojo plano Mecánicas (dentarias, protesicas, etc) Aftosis Blastomycosis Sudame- ricana Histoplasmosis
Abscesos	Espina de pescado Infiltración anestésica	
Indentación		
Hipoplasia	Malformaciones	
Edema		
Nódulo necró- tico	Periadenitis mucosa necrótica recurrente de Sutton	
Varicosidades	Insuficiencia venosa	
Xerostomía		
Hematoma	Traumático De las enfermedades hemorragíparas (Werlhof)	

Atrofia ó hipertrofia de pápilas

CAPITULO VI

"SINDROMES Y ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES EN LENGUA"

- 1) Síndrome Pierre Robin.**
- 2) Melkersson - Rosenthal.**
- 3) Trisomia 21.**
- 4) Neurofibromatosis.**
- 5) Linfangioma.**
- 6) Hemangioma.**
- 7) Acromegalia.**
- 8) Tetrada de Fallot.**
- 9) Síndrome Orodigitofacial.**

SINDROMES Y ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES EN LENGUA

1.- SINDROME

Pierre Robin.

Es una forma leve del mal desarrollo craneofacial; incluye esta enfermedad micrognatia, paladar fisurado y glosoposis con dificultad respiratoria asociada, que a veces termina en la muerte

2.- Melkersson - Rosenthal.

Se presentan en este síndrome ataques recurrentes de parálisis facial, similares a la parálisis facial de Bell, agregándose episodios múltiples de edema indoloro indepre-sible y no inflamatorio de cara, quelitis granulomatosa y lengua fisurada ó escrotal. El edema facial es simular al angio neurótico y abarca el labio superior, a veces el inferior, y a veces nariz, lengua ó apófisis alveolar superior.

3.- Trisomia 21.

Enfermedad en que existe capacidad mental subnormal, asociada con una variedad muy amplia de anomalías y de trastornos funcionales. Los dos tipos principales son las deformidades craneanas y faciales. Aunque muchos factores, como edad avanzada de la madre y anomalias uterinas y placentarias han sido consideradas causas de la enfermedad, las investigaciones citogenéticas recientes revelan una aberración cromosómica.

Los pacientes que padecen esta enfermedad suelen presentar macroglosia con protrusión de lengua, así como lengua

fisurada ó guijarrosa debido al agrandamiento de las pápilas. Es común también al paladar alto. A veces, los dientes tienen malformaciones, de las cuales las más comunes son la hipoplasia adamantina y la microdoncia. Se observa en estos pacientes enfermedad periodontal avanzada, casi invariable, que no parecía de origen local.

4.- Neurofibromatosis.

El neurofibroma es un tumor que puede presentarse solo o formando parte de una neurofibromatosis generalizada, es de origen nervioso, que específicamente surge del tejido conjuntivo fibroso de la vaina nerviosa, cuyas causas patogénicas son desconocidas clínicamente, se observan zonas con manchas asimétricas de pigmentación denominadas "café con leche" y en lesiones individuales se presenta como nódulos sésiles o pediculados, de superficie lisa y aplanada, de tamaño variable.

En las manifestaciones bucales es común observar nódulos circunscritos no ulcerados, que presentan el color de la mucosa normal, generalmente en mucosa vestibular, palatina y en la lengua, siendo ésta de mayor predilección, presentando macroglosia, impidiendo la masticación y el habla.

Las lesiones múltiples tienden a recidivas y pueden presentar transformación maligna.

5.- Linfangioma.

Tumor benigno de los vasos linfáticos, es mucho menos recurrente que el hemangioma. El linfangioma intrabucal se presenta más frecuentemente en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular, encías y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente ó de un tono levemente

más rojo. Las lesiones más profundas se presentan como nódulos ó masas sin alteraciones significativas de la textura superficial ó el color. En ocasiones están atacadas zonas de tejido relativamente grandes.

Si esta afectada la lengua, se produce un apreciable crecimiento, llamado ó denominado "macroglosia", la parte dorsal anterior es la zona lingual afectada con mayor frecuencia, el signo más común de la enfermedad es la presencia de nódulos irregulares en la superficie de la lengua, con proyecciones grises y rosadas, cuando está asociada con macroglosia es patognomónico de linfangioma.

6.- Hemangioma.

Tumor que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos, pueden ser de naturaleza congénita y generalmente, benigna evolución. Ciertos autores creen que esta lesión, en particular la forma congénita, no es una verdadera neoplasia, sino una anomalía de desarrollo ó hamartoma, que es en donde existe una proliferación anormal de tejidos de estructuras naturales de la zona. Estos neoplasias raramente invaden realmente los tejidos circundantes.

El hemangioma bucal es similar al hemangioma de la piel y aparece como una lesión plana ó elevada de la mucosa; generalmente de color rojo intenso o rojo azulado y bien circunscrita. Habitualmente aparece en los labios, lengua, mucosa vestibular y el paladar.

7.- Acromegalia.

Es una enfermedad relativamente rara en la que existe una hipersecreción del lóbulo anterior de la hipófisis, su

influencia se observa una vez concluida la osificación. Los labios se engrosan, de tipo negroide, la lengua se agranda presentando indentaciones a los costados por la presión contra los dientes.

La mandíbula, debido al crecimiento condíleo acelerado, se agranda, el prognatismo llega a ser extremado, lo que da a la cabeza el aspecto acromegálico típico.

Debido al agrandamiento de la lengua, los dientes inferiores suelen estar inclinados hacia vestibular.

8.- Tetrada de Fallot.

Es un trastorno en el cual se presentan cuatro anomalías diferentes en el corazón. Hay un defecto del tabique interventricular, una estenosis de la válvula pulmonar, un crecimiento del ventrículo derecho debido a su mayor trabajo para impulsar sangre a través de la válvula pulmonar estenosada, y por último, una posición anormal de la aorta, la cual recibe sangre tanto del ventrículo izquierdo como el derecho.

Debido a que en este trastorno el ventrículo derecho está crecido, su presión es igual a la del ventrículo izquierdo; por lo tanto, la sangre desoxigenada del ventrículo derecho puede pasar a través del defecto del tabique interventricular al ventrículo izquierdo y de ahí ser lanzada a todo el cuerpo, dando lugar a la presencia de cianosis a nivel de piel y mucosas, en donde la lengua se observa de un color azulado ó amoratado.

9.- Síndrome Orodigitofacial.

Es una displasia linguofacial y se caracteriza por: pseudohendiduras de la línea media del labio superior y partes laterales del paladar duro, hendiduras de la lengua y paladar blando, frenillo hiperplásico, anomalías de los dedos, limitación al sexo femenino.

La lengua puede estar hendida en dos, tres ó cuatro lóbulos, entre los cuales pueden ser observados a menudo pequeños hamartomas del tamaño de guisantes.

CAPITULO VII

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES CON MANIFESTACIONES LINGUALES.

- 1) Deficiencia de riboflavina.**
- 2) Deficiencia de ácido nicotínico.**
- 3) Deficiencia de ácido fólico.**
- 4) Deficiencia de ácido ascórbico.**
- 5) Anemia por deficiencia de hierro.**

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES CON MANIFESTACIONES LINGUALES

1.- Deficiencia de Riboflavina (vitamina B2).

Se presentan dos manifestaciones bucales importantes; la queilosis y la glositis.

La glositis se caracteriza por una manifiesta coloración púrpura y una atrofia de las papilas superficiales de la lengua, que dan un aspecto brillante y liso. El cambio de color depende de una estasis vascular. En la deficiencia leve la punta y bordes de la lengua son las irritaciones primarias; las lesiones avanzan y se extienden hacia atrás sobre el dorso de la lengua.

2.- Deficiencia de ácido nicotínico (niacina).

La deficiencia grave de niacina está ligada con el síndrome llamado Pelagra, donde se presenta la estomatitis y la glositis, ésta se observa como una inflamación difusa en placas y generalizada en la mucosa bucal con acompañamiento de ardor y sensación dolorosa. La lengua está especialmente afectada de un color rojo vivo y una superficie dorsal atrófica, brillante y lisa.

3.- Deficiencia de ácido fólico (vitamina B12).

Indispensable para el crecimiento, nutrición y hematopoyesis normales, interviene en la integridad de las células epiteliales y las fibras mielínicas del sistema nervioso periférico.

La deficiencia de esta vitamina produce en la lengua sensación de ardor, además de que está tumefacta y aumentan de tamaño las papilas filiformes, a todos estos síntomas se le denomina lengua de sprue.

La sensación de ardor y la glositis se han tratado con cierto éxito mediante la administración de vitamina B12.

4.- Deficiencia de ácido ascórbico (vitamina C).

Su manifestación clínica como carencia aguda es el escorbuto. Hay hemorragias subperiosticas y submucosas con dolor intenso durante los movimientos de las articulaciones.

Las manifestaciones bucales consisten en hipertrofia del tejido gingival, además la lengua se encuentra roja y adolorida, con traumatismos ligeros aparecen hemorragias, equimosis, petequias y hematomas. El olor fétido es característico; las lesiones más graves causadas por esta carencia son las observadas en las malformaciones de esmalte y dentina, los dientes se aflojan y pueden exfoliarse.

5.- Anemia por deficiencia de hierro.

Los pacientes que presentan este problema tienen estas manifestaciones clínicas: debilidad general y fatiga, palidez de la piel y como manifestaciones bucales, mucosas pálidas, glositis y ardores en la lengua y algunas veces, estomatitis angular

La administración de extractos activos de hígado en inyección suele ser eficaz para dominar la enfermedad.

CAPITULO VIII

'MANCHAS LINGUALES

- 1) Manchas blancas.**
- 2) Manchas negras.**
- 3) Manchas pardas.**
- 4) Manchas rojas.**
- 5) Manchas violáceas.**
- 6) Manchas pálidas.**
- 7) Manchas amarillas.**
- 8) Manchas azules.**
- 9) Seudomanchas.**
- 10) Tatuajes.**

MANCHAS EN LA LENGUA

Cambios de coloración de la mucosa que no hacen relieve.

Manchas blancas.

Citamos el liquen y la leucoplasia; el liquen en lengua no es una localización muy característica; en los casos de duda son las lesiones que existen en otras partes de la mucosa bucal ó de la piel, ó la biopsia, útiles para un diagnóstico exacto. En cuanto a la leucoplasia lingual no siempre presenta aspectos muy característicos diferenciables del liquen; cuando la reacción serológica es positiva de lúes, la ecuación sífilis + tabaco = leucoplasia, suele ser cierta en la lengua, lo que no ocurre con las leucoplasias en otros sitios de la mucosa. Otra orientación clínica, es que el liquen conserva la individualidad de las pápilas, generalmente, mientras que la leucoplasia siempre las borra.

Manchas negras.

Entre las manchas negras de la lengua debemos citar la lengua negra simple, hay que diferenciarla rápidamente de la lengua negra vellosa. La lengua negra simple se observa en los casos de medicaciones oxidantes de uso local, como lo es el agua oxigenada.

El uso de quimioterápicos como las sulfamidas, la penicilina, la estreptomina, la aureomicina, etc., pueden asimismo oscurecer el epitelio lingual.

Manchas pardas.

El calor pardo causado por una hiperpigmentación melánica puede ser observado en la enfermedad de Addison, en la enfermedad de Basedow y como proceso fisiológico racial (especialmente en sus bordes).

El uso de antipalúdicos de síntesis para el tratamiento de Lupus eritematoso, actinodermatosis, etc., se ven pigmentaciones pardas iatrogenicas ó medicamentosas.

Manchas rojas.

Se observan:

- a) Sin modificación de la papilas linguales.
- b) Con atrofia de las mismas ó
- c) Con hiperplasia papilar.

a) Sin modificación de las papilas linguales. En la poliglobulia o enfermedad de Vázquez, la lengua es difusamente roja y las papilas linguales no se atrofian.

b) Con atrofia papilar. Las manchas rojas con atrofia pueden ser difusas ó localizadas. A veces parecen más erosiones que manchas.

Difusas.

La lengua roja con atrofia papilar más conocida, es la lengua de Moeller. La lengua en la anemia perniciosa se presenta con atrofia de las papilas y gran lisura en su su-

perficie, que aparece roja y brillante, como barnizada y es denominada Lengua de Hunter.

También se observan manchas rojas difusas con aplasia papilar en la anemia aplástica. En procesos carenciales como la pelagra (Lengua de Sandwith), la lengua aparece roja, lisa y dolorosa.

En la arriboflavinosis, la lengua se presenta enrojecida hacia adelante mientras que en su tercio posterior el color es violáceo, corrientemente denominado "magenta" ó de banda de obispo.

En el síndrome de Sjögren la lengua a veces es roja y seca. También se ven lenguas rojas difusas en cancerosos y caquéticos, en algunos hepáticos y diabéticos, en fumadores, en hipertiroideos, en cirróticos, en los disneicos, en la escarlatina al final de su evolución y por acción medicamentosa.

Localizadas.

Las atrofiyas papilares rojas se presentan generalmente en áreas. Se observan en el estreñimiento, en neuropatas, en la vejez y a veces por causas indeterminables. Un aspecto similar ofrecen las lesiones de la sífilis secundaria llamadas en campo ó pradera segada (Lengua de Cornil). En algunas hipoclorhídrias hay un triángulo delante de la "V" lingual, rojo y despapilado.

Manchas rojas de la lengua con hipertrofia papilar.

Alrededor del 6º día de la iniciación de la escarlatina las encontramos denominando a estos aspectos sucesivos -

lengua fresa y lengua frambuesa.

En el primer período de las anemias e hipovitaminosis, las papilas fungiformes se hipertrofian y dan a la lengua - una fisonomía especial. Esta hipertrofia se cita también - en hiperclorhidrias.

Manchas violáceas.

Los cardíacos tienen la lengua de color violáceo y también los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (ahorcado, edema de glotis, etc), ó crónica. En el síndrome de Sjögren la lengua es generalmente violácea en su totalidad, y en su tercio posterior en la arriboflavinosis y en el síndrome de Plummer Vinson.

Manchas pálidas.

La lengua puede presentarse pálida en el último período de las anemias secundarias. En el síndrome de Plummer Vinson hay además, sensación de quemadura. La lengua es nacarada, fisurada y como arrugada por atrofia de corion.

Manchas amarillas.

El color amarillo de la mucosa lingual se ve en las ictericias y más raramente en las xantosis. La coloración se percibe con mayor nitidez en la cara ventral. Este color lo hemos observado también en el xantoma disseminado y en la lipoidoproteinosis.

Manchas azules.

En la lengua, el color azul puede observarse en los cardíacos, en las intoxicaciones por bismuto, mercurio, en las

metahemoglobinemias, en las eriasiosis, etc. El liquen al involucionar deja un tinte azul - viláceo que se mezcla con las redes blanquecinas.

Seudomanchas.

Es necesario reconocer las denominadas seudomanchas producidas no por cambio de coloración de la mucosa sino por depósitos de sustancias colorantes sobre la misma, como puede observarse después de la ingestión de frutillas, vino, medicaciones con hierro, láudano ó por el tabaco. También en casos de moniliasis.

Tatuajes.

Son de coloración diversa y pueden verse en los bordes cara ventral de la lengua por penetración de amalgama.

CAPITULO IX

"LESIONES LINGUALES DE ORIGEN TRAUMATICO"

- a) **Por agentes mecánicos.**
- b) **Por agentes físicos.**
- c) **Por agentes químicos.**

LESIONES LINGUALES DE ORIGEN TRAUMATICO.

Fundamentalmente son tres tipos de lesiones linguales: lesiones causadas por agentes mecánicos, por agentes físicos y químicos.

a) Por agentes mecánicos.

Las lesiones de este tipo en lengua, no es frecuente - que presenten heridas graves, dichas lesiones se deben generalmente a causas externas, principalmente por armas de fuego, objetos proyectados por explosivos ó accidentes de otra índole. Son más comunes las heridas en lengua, labios y carrillos, provocados por caídas; en estos casos los bordes incisales de los dientes accionan sobre dichas zonas; esto se observa con mayor frecuencia durante los cuadros convulsivos.

En general se puede establecer que casi todas las heridas en cavidad bucal son laceraciones, desgarres ó contusiones, rara vez se trata de heridas incisivas de bordes nítidos, pero cualquiera que sea la naturaleza de la herida, la hemorragia copiosa y el dolor, son características de estos traumatismos.

La mayor parte de las heridas linguales curan rápidamente gracias a la rica vascularización del órgano.

Si la lesión es pequeña ó reducida, el tratamiento consistirá en eliminar la causa y aplicar un antiséptico como azul de metileno al 1% ó yodo al 3%. En casos de heridas graves, lo primero es cohibir la hemorragia; posteriormente, si lo amerita se reconstruirá por planos y se le dará la te-

rapia adecuada para evitar la infección secundaria.

b) Por agentes físicos.

Están consideradas dentro de estos agentes, la electricidad, el calor y las radiaciones.

Quemaduras Térmicas.- Son producidas principalmente por la introducción a la boca de alimentos calientes, en ocasiones por cigarrillos ó bien accidentes por una mala manipulación del cauterio intrabucalmente. También se producen quemaduras en la lengua por dejar caer accidentalmente materiales de impresión calientes.

Las quemaduras superficiales forman vesículas que al romperse liberan linfa, después se forma tejido fibroso - que substituye al tejido quemado, la mucosa se presenta - roja e inflamada. Si la lesión se debe al electrocauterio, será profunda y dicho tejido expuesto se cubrirá por una escara. Si la lesión la produce el electrocauterio, será profunda y dicho tejido expuesto se cubrirá por una escara.

El tratamiento consiste principalmente en prevenir la infección de la lesión; antibioticos ó antisepticos ligeros, según el tipo de lesión, será la terapia base, con un estricto método de higiene.

Quemaduras Eléctricas.- Son poco frecuentes las lesiones de este tipo y pueden compararse a las producidas por instrumentos calientes, la gravedad de la lesión varía según la intensidad de la corriente eléctrica. Son muy raras y se observan en personas que acostrumbran probar polaridad con la punta de la lengua.

Sus síntomas y su tratamiento son semejantes a los provocados por una quemadura por instrumento o alimento calientes.

Quemaduras por Irrradiación.- La epitelitis es el resultado que ocasiona el uso de grandes dosis de rayos X ó radio para el tratamiento de tumores, ya que el efecto de ambos es esencialmente igual.

La irradiación excesiva de la mucosa lingual causa una marcada reacción inflamatoria; la mucosa se encuentra pálida y se presenta una área de eritema definido con ó sin vesiculaciones de este edema, ulceración y esfacelación.

La reacción es retardada y desaparece después de diez días.

Al microscopio se observa edema en la red mucosa y alteración de los capilares, arterias y venas. Se ha mencionado que las venas presentan un engrosamiento de la túnica interna ocluyendo la luz del capilar y destruyendo las fibras elásticas y músculos de las paredes produciendo edema indurado.

El tratamiento es paleativo, además de establecer métodos adecuados de higiene y si las lesiones son graves, se tratará también con antibióticos para evitar infecciones secundarias.

Quemaduras por Agentes Químicos.- Este tipo de lesiones en boca es frecuente observarlas en niños, sobre todo quemaduras causadas por sosa cáustica. En ocasiones suelen ser provocadas por el uso excesivo y prolongado indistintamente de astringentes y germicidas. El perborato de sodio

es a veces usado sin el consejo del dentista y en las personas que abusan de este medicamento se han visto quemaduras dolorosas de la mucosa lingual y bucal, presentando manchas blancas del epitelio.

La acción del preborato de sodio depende de la alcalinidad de la solución, neutralizándose dicha acción con fosfato monocálcico.

La aplicación imprudente de ácidos, álcalis, yodo, fenol y sulfato de cobre, que son irritantes, pueden causar serias quemaduras de la mucosa.

Otros medicamentos que se ingieren y que por su retención en la boca, producen irritación local de la mucosa son la aspirina y el sulfatiazol.

La acción del agente según su fuerza, determina la gravedad de la lesión además de la duración de su influencia. La lesión por la quemadura generalmente es en forma local, pero también es frecuente observar que la acción de la sustancia perjudicial se distribuye rápidamente por toda la mucosa por medio de la secreción salival siendo en algunos otros casos una acción que neutraliza ó disminuye el efecto nocivo de la sustancia.

Las quemaduras localizadas por aspirina (ac. acetil salicílicos), generalmente forman una ampolla, la que una vez distribuída deja el epitelio arrugado parcialmente y plegado sobre el área.

La mayoría de las quemaduras en la boca cicatrizan sin tratamiento específico. También, como en las lesiones antes mencionadas, es necesario prevenir la infección secundaria. En casos crónicos con alteraciones irreversibles se recurrirá a la extirpación quirúrgica.

C O N C L U S I O N E S

- 1) Consideramos a la lengua como uno de los más importantes órganos del cuerpo humano.
- 2) Se forma desde el primer mes de desarrollo a partir del primero, segundo y tercer arco branquial.
- 3) La lengua puede ser considerada como una masa muscular que toma origen en los arcos óseos que sostienen el piso de la boca, y que, levantando la mucosa bucal y cubriéndose con ella, sobresale a la vez en la boca y en la faringe.
- 4) La lengua estudiándola estructuralmente presenta:
a.- Un armazón osteofibroso (Hueso hioides y dos láminas fibrosas, la membrana hioglosa y el septum medio); b.- Diecisiete músculos, quince extrínsecos y dos intrínsecos; c.- Mucosa, que presenta su máximo grosor en la cara dorsal; d.- Vasos, arterias, (lingual, palatina inferior y faringea inferior), venas (profundas, dorsales y raninas), nervios (motores, de sensibilidad general y de sensibilidad especial).
- 5) Conociendo el desarrollo embriológico de la lengua el odontólogo identificará anomalías congénitas y de desarrollo fácilmente.

- 6) Encontramos que en gran número de las lesiones de origen traumático se deben a accidentes. El cirujano dentista puede ser causante de lesiones como quemaduras por materiales de impresión, sustancias químicas, etc.
- 7) Cuando existen trastornos en la nutrición por ingestiones insuficientes, desequilibradas ó problemas digestivos, las deficiencias vitamínicas y nutritivas van a ser causantes de alteraciones linguales.
- 8) En la lengua encontramos anomalías que son signos de una enfermedad sistémica, así como también las causadas directamente por un microorganismo.
- 9) Ciertas lesiones linguales involucran únicamente la mucosa y generalmente su tratamiento consiste en una adecuada higiene.

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

- 1.- DIAMOND MOSES
ANATOMIA DENTAL, CABEZA Y CUELLO
SEGUNDA EDICION
UTHEA.

- 2.- GRINSPAN DAVID
ENFERMEDADES DE LA BOCA
SEMIOLOGIA, PATOLOGIA CLINICA Y
TERAPEUTICA DE LA MUCOSA BUCAL
TOMO I
EDITORIAL MUNDI

- 3.- HAYES LOUIS V.
DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS
ENFERMEDADES DE LA BOCA
PRIMERA EDICION
UTHEA

- 4.- ORBAN
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES
SEXTA EDICION
PRENSA MEDICA MEXICANA

- 5.- PATTEN BRADLEY M.
EMBRIOLOGIA HUMANA
QUINTA EDICION
EDITORIAL EL ATENEO

- 6.- QUIROZ FERNANDO
ANATOMIA HUMANA
SEXTA EDICION
EDITORIAL PORRUA, S. A.

- 7.- TESTUD, L. Y JACOB, O.
COMPENDIO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA
SALUNT EDITORES, S. A.

- 8.- THOMA
PATOLOGIA ORAL
PRIMERA EDICION
SALUAT EDITORES

- 9.- ZEGARELLI, KUTSCHER HYMAN
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
PRIMERA EDICION
SALUNT EDITORES, S.A.

- 10.- J. J. PINDBORG
ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA
MUCOSA ORAL
TERCERA EDICION
SALUAT

- 11.- M. STRASSBURG AND G. KNOLLE
DISEASES OF THE ORAL MUCOSA
A COLOR ATLAS
BUCH UND ZETISCHRIFTON DIZQUINTESENZ
BERLIN AND CHICAGO

- 12.- ROY M. SMITH, JAMES TURNER
ATLAS OF ORAL PATHOLOGY
MOSBY

- 13.- WILLIAM R. TYLDESLEY
ATLAS A COLOR DE MEDICINA ORAL
YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS INC.

- 14.- JOHN GIUNTA
PATOLOGIA BUCAL
INTERAMERICANA

- 15.- W. A. D. ANDERSON, THOMAS M. SCOTTI
ANATOMIA PATOLOGICA BASICA
NUEVA EDICION
MOSBY

- 16.- ROBBINS ANGELL
PATOLOGIA BASICA
SEGUNDA EDICION
INTERAMERICANA

- 17.- CABRINI ROMULO
ANATOMIA PATOLOGICA BUCAL
MUNDI

- 18.- VELAZQUEZ TOMAI
ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
PRENSA MEDICA MEXICANA

- 19.- M. DECHAUME P. LAUDENBACH
ESTOMATOLOGIA
TORAY MASSON S. A.

- 20.- PINDBORG
CANCER Y PRECANCER BUCAL
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA

21.- J. J. NEUGEBAURR
ATLAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
ROCHE