

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENFERMEDADES DE LA LENGUA

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

MARTHA SILVIA CASTILLO TREJO



México, D. F.

Septiembre 1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I.- EMBRIOLOGIA.

- A) MUCOSAS.
- B) PARTE BUCAL DE LA LENGUA
- C) FUNCION DE LAS PAPILAS

II.- CONSTITUCION ANATOMICA.

- A) CONCEPTO MORFOLOGICO DE LA LENGUA
- B) MUSCULO DE LA LENGUA
- C) GENIOGLOSO
- D) HIOGLOSO
- E) ESTILOGLOSO
- F) PALATOGLOSO
- G) FARINGOGLOSO
- H) AMIGDALOGLOSO
- I) LINGUAL INFERIOR
- J) LINGUAL SUPERIOR
- K) TRANSVERSO DE LA LENGUA
- L) MUCOSA LINGUAL
- M) VASCS Y NERVIOS DE LA LENGUA

III.- FISIOLOGIA.

- A) MICROSCOPICAMENTE
- B) NEUROANATOMIA DEL GUSTO
- C) FISIOLOGIA DEL GUSTO

IV.- TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA.

- A) MICROGOSIA
- B) MACROGLOSIA
- C) ANQUILOGOSIA
- D) LENGUA FISURADA
- E) GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

V.- TRASTORNOS CAUSADOS POR AVITAMINOSIS

- A) GLOSOPOROSIS
- B) ANEMIA PERNICIOSA
- C) ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO
- D) ANEMIA POR DEFICIT DE NIACINA
- E) ANGINA DE LUDWIN.

VI.- TRASTORNOS DE ORIGEN CONGENITO

- A) NODULO TIROIDEO LINGUAL.

VII.- TRASTORNOS DE ORIGEN NERVIOSO.

- A) GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA O LENGUA GEOGRAFICA

VIII.- TRASTORNOS DE ORIGEN FARMACOTERAPICO.

- A) LENGUA PILOSA

IX.- TRASTORNOS DE ORIGEN BENIGNO.

- A) MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES
- B) LINFAGIOMA
- C) NEURILOMA
- D) MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULOSAS DE LA LENGUA

X.- TRASTORNOS DE ORIGEN MALIGNO.

- A) LEUCOPLACIA DE LA LENGUA
- B) GLOSITIS ATROFICA EN SIFILIS TERCIARIA
- C) GLOSITIS INTERSTICIAL Y CARCINOMA EN SIFILIS TER_ CIARIA.
- D) CANCER LINGUAL
- E) SARCOMA DEL DORSO DE LA LENGUA
- F) ENFERMEDAD DE HODKING
- G) LEUCEMIA AGUDA

XI.- TRASTORNOS DE ORIGEN TRAUMATICO.

A) LENGUA CRANEADA.

XII.- TRASTORNOS DE ORIGEN VIRAL.

A) HERPES ZOSTER

B) HERPES SIMPLE

INTRODUCCION

Es importante saber que la lengua suministra mucha información clínica, ya que este órgano se le debe dar un marcado interés, porque sigue siendo una de las estructuras menos conocidas de la cavidad bucal.

En la lengua podemos encontrar desde trastornos benignos que pasan satisfactoriamente. Hasta algunas patologías más complejas como sífilis, carcinomas, tumores, etc. que el odontólogo bien informado puede detectar a través de los conocimientos ya que podría salvar al paciente de muerte. Haciéndole un diagnóstico a tiempo.

La cavidad bucal es tan importante, porque es una de las vías de entrada de las enfermedades al organismo.

La lengua es tan importante para nuestro aparato digestivo ya que cuenta con la ventaja de llevar los alimentos a cada una de las piezas dentarias para poder efectuarse la masticación posteriormente, la deglución y finalmente la digestión, de ahí se le dá el nombre de que la lengua es " la ventana al sistema digestivo." Pero también es importante para la fonación ya que sin ella no podríamos hablar.

Por eso es importante que tomemos conciencia y al revisar la cavidad bucal no nada más nos fijemos en las piezas dentarias sino revisemos cuidadosamente toda la cavidad bucal.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua está compuesta principalmente de músculo estriado, con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en tres planos. Por lo tanto, en un corte longitudinal de la lengua, perpendicular a la superficie dorsal (corte sagital), observaremos fibras musculares tanto longitudinales como verticales cortadas longitudinalmente, y fibras horizontales en corte transversal.

Tal disposición de fibra muscular estriada es única en el cuerpo permite identificar la lengua con toda seguridad.

Dentro de las haces, cada fibra muscular está formada de endomisio, que tiende a ser algo más grueso en la mayor parte de los demás músculos estriados. El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico situado entre las haces musculares puede considerarse como perimisio.

Contiene los vasos mayores y nervios, diversos puntos, tejido adiposo; en algunas partes de la lengua tiene glándulas incluidas.

A) MUCOSAS

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

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

- 1) La que recubre los dos tercios anteriores, su dorsal de la lengua (cuerpo de la misma).
- 2) La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua). El límite de estas dos partes señala una línea en forma de V.

B. PARTE BUCAL DE LA LENGUA

La mucosa que recubre la parte de la lengua está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas papilas en el hombre son de tres tipos: Filiformes, Fungiformes y Caliciformes.

1) Las papilas filiformes son estructuras relativamente altas, estrechas de forma cónica constituida por lámina propia a partir del cual se extienden hacia la superficie papilas secundarias. La papila primaria está cubierta de epitelio que se hunde formando reventamientos separados para cada una de las papilas secundarias. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas se dividen a su vez en hilos que justifican el término filiforme. El epitelio que recubre las papilas secundarias se vuelve queratínico, pero todavía no sabemos si en el hombre las células superficiales se transformen en verdadera queratina. En algunos animales las papilas filiformes córneas hacen la superficie dorsal de la lengua netamente rasposa.

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

2) Las papilas fungiformes reciben este nombre porque se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal de la lengua como pequeñas setas, más delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada.

No son tantas como las papilas filiformes entre las

cuales se hallan distribuidas: Se hallan en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano.

Cada una tiene un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria de ella se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el revestimiento. La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias de la lámina propia como hace con las papilas filiformes: Por lo tanto las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Como epitelio del revestimiento no es queratinizado, resulta bastante transparente ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas, y en consecuencia durante la vida, las papilas secundarias altas y, en consecuencia durante la vida, las papilas fungiformes tienen color rojo.

3) Papilas caliciformes hay de siete a doce distribuidas a lo largo de la línea en forma de V que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que recubre la raíz. El término caliciforme recuerda el cáliz y el nombre circunvalada que a veces se recuerda cada una de ellas a una ciudad antigua, está rodeada de un baluarte. En realidad cada una parece torre de dicho foso y lo limpian de residuos.

Cada papila calififorme tiene una papila primaria central de lámina propia. Hay papilas secundarias de lámina propia que elevan desde esta hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila. Las papilas caliciformes son más estrechas a nivel de su inserción que recuerda la de las papilas fungiformes.

C) FUNCION DE LAS PAPILAS

Aunque las papilas filiformes en el hombre no están muy desarrolladas permiten que los niños pasen la lengua a satisfacción a un helado o caramelo. Tales papilas tienen terminaciones nerviosas especializadas por el tacto.

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

CAPITULO 2

A) CONCEPTO MORFOLOGICO DE LA LENGUA

La lengua, órgano del gusto, de la masticación, deglución, succión y articulación de los sonidos, se encuentra sostenida en la cavidad bucal, bajo la forma de como aplanado y colocado en un sentido sagital cuya punta estaría inclinada hacia adelante. Nos ofrece a considerar dos caras, dos bordes, una base y un vértice.

La cara superior es fuertemente convexa; para estudiarla, hemos de dividirla en dos porciones: van anterior o palatina que mira hacia arriba, visible al abrir la boca y una porción posterior o faríngea, formando parte de su pared anterior. Las dos porciones, palatina y faríngea, están separadas por un surco en forma de V, llamado V lingual; las ramas de esta V, abierta hacia adelante, llegan hasta los bordes de la lengua el vértice de la V, mira hacia atrás.

La mucosa que recubre esta cara (mucosa lingual), se explora corrientemente en el examen de todos los enfermos, en estado normal, es de color rosado y húmedo de aspecto arteciopelado debido a las numerosas papilas filiformes entre las cuales se ven sobresalir a veces, pequeñas elevaciones redondeadas de mayor tamaño, son las papilas fungiformes. En la parte posterior y ocupando el surco en V antes citado, hay una fila de papilas también en forma de V, son las papilas caliciformes, las más grandes de todas. Por detrás de la V lingual, la mucosa presenta numerosas eminencias también rodeadas que no son precisamente papilas sino nódulos linfáti-

cos producidos por folículos linfáticos de amígdalas y cuyo conjunto constituye la amígdala lingual.

La cara inferior, menos extensa, descansa sobre el piso de la boca, con lo que se une por un repliegue mediano llamado frenillo de la lengua. En la parte anterior, el frenillo está substituido por el surco; en la parte inferior del mismo y ambos lados de la línea media, sobresalen dos pequeñas prominencias, las carúnculas sublinguales, el vértice de ellas los orificios de los canales de Wharton y un poco hacia arriba los orificios de los canales excretores de la glándula sublingual; es de notar, en las partes laterales de esta cara las dos venas raninas, que siempre son muy aparentes.

BORDES

Van adelgazándose de atrás hacia adelante, libres y redondeados. Corresponden a las arcadas dentarias.

BASE

Amplia, gruesa; esta en relación con el hueso hioides y corresponde sucesivamente de adelante, atrás a los músculos milohioides, geniohioides, al hueso hioides y al epiglotis.

PUNTA O VERTICE

Aplanada de arriba abajo, cuando está en relajación pero es redondeada en forma de punta si se encuentra en protusión correspondiente a los incisivos.

Estas dos partes lo señala una línea en forma de V. El suco terminal dispuesto transversalmente en la lengua.

A) CONSTITUCION ANATOMICA

La lengua está compuesta por: el hueso hioides y dos láminas fibrosas: la membrana hioglosa y el septum lingual o mediano.

La membrana hioglosa parte del borde superior del hueso hioides y se dirige transversalmente hacia arriba y adelante, en el espesor de la base de la lengua, en donde desaparece después de un recorrido de 10 mm.

El septum lingual llamado también fibrocartilado mediano, es una lámina fibrosa, falciforme y vertical, parte del hueso hioides se dirige hacia adelante hasta llegar a la punta de la lengua, conservando siempre una dirección vertical. Es la que separa las fibras entrecruzadas, de los genioglosos.

B) MUSCULOS DE LA LENGUA

La lengua comprende diecisiete músculos, de los cuales ocho son pares: uno es impar, el lingual superior. Todos estos músculos toman el nombre de órgano sobre el cual se insertan, seguido de la terminación glosa. Tres vienen de partes óseas, genioglosa, estiloglosa, hioglosa. Otros nacen de órganos vecinos, palatoglosa, faringo-glosa y amígdalo-glosa.

Los demás vienen de órganos y huesos, en el lingual in-

ferior y el lingual superior que es impar. Todos estos músculos son extrínsecos, existiendo sólo un intrínseco, el transverso de la lengua.

C) GENIOGLOSO

Se inserta por una parte en la apófisis geni superiores situadas en la cara posterior del cuerpo de la mandíbula y por otra parte en la porción posterior de la lengua.

Acción: Hace que la lengua se contraiga sobre sí misma, aplicándola contra el piso de la boca y contra la cara posterior de la mandíbula.

D) HIOGLOSO

Se inserta por debajo, en el cuerpo y hasta mayor del hueso hioides, de ahí se dirige hacia arriba para alcanzar la base de la lengua y entonces se dirige atrás adelante hasta la vecindad de la punta.

Acción: abatidor de la lengua al mismo tiempo que la comprime transversalmente.

E) ESTILOGLOSO

Nace en la apófisis estiloides, se dirige hacia la ba-

se de la lengua en donde termina.

Acción: se dirige a la lengua hacia arriba y atrás aplicándola al paladar.

F) PALATOGLOSO

Está comprendido en el pilar anterior del velo del paladar. Se observa por arriba, en la cara inferior de la aponeurosis palatina, hacia abajo, termina en la base y sobre el borde de la lengua.

Acción: dirige la lengua hacia arriba y atrás.

G) FARINGOGLOSO

Es un fascículo del constrictor superior de la faringe, que continúa hacia adelante con los bordes laterales de la lengua.

H) AMIGDALOGLOSO

Es un pequeño músculo aplanado y delgado, situado en la parte externa de la amígdala palatina. Nace por fuera de esta glándula, en la aponeurosis faríngea y desciende hacia la base de la lengua. En este punto cambiando de dirección para hacerse transversal gana la línea media (pasando por de

bajo del lingual superior) y se entrecruza con el lado opuesto. Unidos entre sí los dos músculos, forman una especie de cincha que dirige hacia arriba la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

I) LINGUAL INFERIOR

Se inserta por detrás, en las astas menores del hioides y terminan hacia adelante sobre la mucosa que reviste el vértice de la lengua.

Acción: abatidor y retractor de la lengua.

J) LINGUAL SUPERIOR

Músculo impar, nace por detrás en el asta menor del hioides y en la cara anterior de la epiglotis; sus fibras se dirigen de atrás hacia adelante, bajo la mucosa de la cara superior de la lengua, donde termina.

Acción: es elevador y retractor del vértice de la lengua.

K) TRANSVERSO DE LA LENGUA

Está formado por fibras transversales que van de la mucosa de los bordes de la lengua al séptum lingual.

L) MUCOSA LINGUAL

La mucosa lingual envuelve al órgano en su totalidad con excepción de la base, sobre el contorno del cual se observa reflejarse para continuarse con la mucosa vecina.

M) VASOS Y NERVIOS DE LA LENGUA

Las arterias destinadas a la lengua, provienen de la arteria lingual y accesoriamente de la palatina inferior y faríngea inferior. Las venas se reúnen en un tronco común, la vena lingual propiamente dicha, la cual desemboca en la yugular interna.

Los linfáticos del vértice van a los ganglios yugulares del grupo subesternal.

CAPITULO 3

FISIOLOGIA DE LA LENGUA

La cara dorsal de la lengua está cubierta por numerosas protuberancias pequeñas llamadas papilas.

Las papilas son de tres tipos:

- 1) Las filiformes.
- 2) Las fungiformes.
- 3) Las caliciformes.

Los botones gustativos son todos semejantes desde el punto de vista histológico, independientemente de la sensación gustativa primaria específica que se produce más fácilmente en cada región de la lengua.

Los botones gustativos se encuentran en gran número sobre las papilas caliciformes, con frecuencia moderada sobre las papilas fungiformes todas sobre la superficie de la lengua, y en número regular en las papilas foliadas.

También se localiza botones gustativos dispersos sobre el paladar blando, el pilar anterior del mismo de las fauces la pared posterior de faringe y la cara posterior de la epiglottis.

A) MICROSCOPICAMENTE

Microscópicamente cada botón gustativo aparece como un cuerpo ovoide pálido de unas 72 micras de longitud, está enclavado en el epitelio que lo rodea. Cada botón gustativo se abre la superficie epitelial a través de un pequeño poro gustativo externo.

Hay dos tipos de células, las células de sostén en forma de huso y las células gustativas neuroepiteliales.

B) NEUROANATOMIA DEL GUSTO

Los impulsos aferentes procedentes de las papilas gustativas se reciben y transmiten a cerebro por 3 vías nerviosas separadas, cada una de las cuales funciona en una área general diferente de la boca y lengua. Los impulsos procedentes de dos tercios anteriores de la lengua pasan primero hacia el nervio trigémino (V) de ahí por medio de la cuerda del nervio facial (VII) y entonces hacia el haz solitario dentro del tallo cerebral.

C) FISIOLOGIA DEL GUSTO

Estímulos químicos y sensaciones gustativas primarias

pueden considerarse en forma individual los estímulos eficaces que se necesitan para dar origen a cada una de las sensaciones sobre la lengua.

DULCE

No es sencillo el grupo de sustancias químicas que dan origen a la sensación de dulzura. Gran número de compuestos orgánicos pertenecientes a muy diversas clases químicas producen esta sensación así glicolís, alcoholes, azúcares, aminoácidos, cetonas, aldehidos, ácidos alhogenados, amidas y estéres "saben" dulce en diversos grados, si bien las proteínas, general, no producen sensación gustativa.

AGRIO

Los ácidos dan origen al sabor agrio: la intensidad de la sensación producida es aproximadamente proporcional al logaritmo de la concentración ión hidrógeno, más el anión es el que excita a los receptores.

SALADO

Los aniones de las sales ionizadas son los que producen principalmente el sabor salado amargo las sustancias químicas que producen sabor amargo, suelen ser compuesto or-

gánico procedentes de dos clases químicas principales alcaloides y sustancias orgánicas en grandes cadenas localización de sensación gustativa.

Por lo general lo dulce percibe y localiza más claramente en la punta de la lengua, lo agrio a los lados y lo amargo más atrás.

Esta última sensación si es lo suficientemente intensa de ordinario de origen a rechazo de la sustancia hacia afuera de la boca. Sin duda una respuesta ejerce una función protectora del individuo, porque concentraciones muy bajas de alcaloides extremadamente tóxicas del sabor.

CAPITULO 4

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA

A) MICROGLOSIA

DEFINICION

La microglosia es una anomalía congénita que se manifiesta por una lengua pequeña.

ETIOLOGIA

Es muy rara ya que se ha registrado por lo menos en un caso de ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento es una anomalía comúnmente llamada aglosia.

TRATAMIENTO

No hay ya, que son obvias las dificultades que un paciente con aglosia o microglosia encontrará para comer.

B) MACROGLOSIA

DEFINICION

La lengua agrandada se debe al crecimiento excesivo de la musculatura.

ETIOLOGIA

La macroglosia se debe al crecimiento excesivo de la musculatura y la macroglosia secundaria puede ser el resultado de un tumor de la lengua como linfagioma hemangioma difuso de la neurofibromatosis o a veces por bloqueo de los linfáticos eferentes en caso de la acromegalia, el hiperpituitarismo en el adulto la lengua agrandada es un hallazgo común y quizá ocurra como resultado de la relajación de los músculos al par del crecimiento de la mandíbula, además puede haber macroglosia en el cretinismo o hipertiriodis o congénito pero su patogenia en estos casos es más obscura.

DIAGNOSTICO

La macroglosia cualquier tipo que sea puede producir desplazamiento de los dientes y mala oclusión debido a las fuerzas de los músculos que intervienen y la presión ejercida por la lengua sobre los dientes hay festonamiento en los bordes laterales de la lengua y la adaptación de las puntas

de los festones en los espacios interproximales de los dientes.

TRATAMIENTO

No hay; excepto eliminar la causa primaria aunque en algunos casos se ha realizado el recorte quirúrgico para reducir el volumen del tejido presente.

C) ANQUILOGLOSIA

La anquiloglosia completa se produce como resultado de la fusión entre la lengua y el piso de la boca.

La anquiloglosia parcial, o la común, " lengua atada" es una anomalía mucho más frecuente y suele ser el resultado del frenillo lingual corto o insertado demasiado cerca de la punta de la lengua. Debido a la restricción de los movimientos de la lengua. Los pacientes con este defecto experimentan dificultades fonéticas, principalmente en la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos. Aunque algunos casos de anquiloglosia parcial se corrigen por sí solos. La mayoría quirúrgicamente mediante el seccionamiento del frenillo.

D) LENGUA FISURADA

(LENGUA "ESCROTAL")

La lengua fisurada es una malformación que se manifiesta clínicamente por múltiples pliegues o surcos pequeños en su cara dorsal, que suelen irradiar de un surco central a lo largo de la línea media de la lengua.

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

Este material se quita mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y limpieza de la superficie con un cepillo dental o gasa.

E) GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

La glositis romboidea media, anomalía congénita de la lengua, se produce presumiblemente 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.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La glositis romboidea media se presenta clínicamente como una placa rojiza, ovoidea, adamantiforme o romboidal en la cara dorsal de la lengua, inmediatamente por delante de las papilas caliciformes. Del resto de la lengua destaca nítidamente una superficie plana o ligeramente elevada a veces mamelonada, que carece de papilas filiformes. Es más evidente cuando el resto de la lengua es suburral o las papilas son abundantes y opacas.

TRATAMIENTO

Para esta lesión no se necesita tratamiento alguno pues es inocua. La única importancia clínica radica en que a veces se le confunde con el carcinoma del dorso, de la lengua; pero de todos los sectores de la lengua el dorso será casi siempre el lugar donde las probabilidades de hallar un carcinoma sean las menores.

CAPITULO 5

TRASTORNOS CAUSADOS POR AVITAMINOSIS

A) GLOSOPOROSIS

El dolor o ardor de la lengua es un complejo sintomático que puede resultar molesto.

Los pacientes con lengua dolorosa y ardosa se pueden dividir en dos grandes grupos:

- 1) En un primer grupo
- 2) En el otro grupo, estos síntomas no se acompañan de cambios clínicos reconocibles.

Los síntomas pueden corresponder a varias enfermedades generales, deficiencia nutricional de complejo B, anemia, carencia de hierro, diabetes no diagnosticada o deficiencia gonal.

Los síntomas de la lengua dolorosa y ardosa que acompañan cambios generales de color, a veces con atrofia papilar, deben hacerse pensar en un trastorno general.

En ocasiones, pueden ser útiles la distribución y el color de las lesiones para reconocer la etiología.

Las causas de las lesiones linguales pueden plantear

un problema, diagnóstico muy difícil pero hay que ser prudente al adelantar una explicación psicógena de las lesiones cuando se observan lesiones en la lengua.

TRATAMIENTO

Es buscar eliminar los factores irritantes locales debe darse atención especial a la identificación y corrección de ciertos hábitos que pueden ocurrir irritación lingual, es posible emplear un antimicrobiano no irritante.

B) ANEMIA PERNICIOSA

Este tipo de anemia es causada por un déficit de vitamina B12.

ETIOLOGIA

Debido a un déficit de (factor intrínseco) responsable de la resorción de la vitamina B12 y secretado por ciertos puntos de estómago. Existe anemia macrocítica megaloblástica y una incapacidad para secretar el ácido clorhídrico después de la estimulación máxima con histamina.

DIAGNOSTICO

Los pacientes presentan debilidad general, anorexia y adelgazamiento, vértigos y embotamientos y ormigueos de las extremidades.

A menudo existen síntomas bucales en forma de:

- 1) Parestesia lingual.
- 2) Sensación urente pruriginosa de la mucosa bucal.
- 3) Trastorno del gusto.
- 4) Intolerancia para las prótesis dentarias.
- 5) Sequedad en la boca.

Los enfermos con anemia perniciosa revelará en el 50 y 60 % de los casos de alteraciones que consisten en desaparición de las papilas filiformes y fungiformes.

En casos avanzados del dorso de la lengua se presenta atrófica completamente lisa, muy rubicunda que a veces asienta de pequeñas erosiones.

La lengua aparece flácida debido a la disminución del tomo muscular normal.

La lengua de anemia perniciosa puede mostrar una pequeña lobulación, las alteraciones de la anemia perniciosa son a veces características que pueden establecer un diagnóstico provisional. En algunos casos los síntomas linguales, subjetivos no se presentan asociados con alteraciones clínicas y pueden ser confundidos con una glosodina. En caso de una anemia perniciosa existen a veces ulceraciones bucales.

C) ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO

La anemia por déficit de hierro puede deberse a una hemorragia crónica. A un aporte insuficiente de hierro o una absorción deficiente del mismo.

Es más frecuente en mujeres que en hombres la edad predilecta es de tercera a cuarta década de la vida.

DIAGNOSTICO

Se presenta en bastante frecuencia en la cavidad oral en un 39% hay atrofia de las papilas linguales y, un 14 % de quelosis angular. Las alteraciones linguales suelen ponerse en manifiesto en primer lugar por atrofia de las papilas filiformes de la punta de la lengua y los bordes laterales de la misma. En casos extremos todo el dorso de la lengua tiene un aspecto liso y lustroso, la lengua puede ser muy dolorosa, es pálida o muy roja, también algunas zonas de la mucosa oral pueden ser pálidas. Se ha sugerido que puede haber una relación entre un déficit en enfermos anémicos.

D) DEFICIT DE NIACINA

La niacina o ácido nicotínico es una de las vitaminas que pertenecen al complejo vitamínico B. El déficit, de esta vitamina produce la pelagra. Esta enfermedad se ha erradicado en la mayor parte del mundo, pero aún es endémica en algunas geográficas en las que los vegetales verdes y en la carne escasean también se observan en etílicos.

SINTOMAS

Los síntomas prodrómicos de la pelagra son anorexia, adelgazamiento, trastornos dispépticos, diarrea, dolor abdominal y sensación de quemazón en diversas partes del cuerpo. Posteriormente se presentan la dermatitis de las zonas expuestas al sol también el sistema nervioso resulta afectado en la parte inicial de la evolución de la pelagra aparecen las alteraciones orales en forma de glositis, estomatitis y gingivitis; que pueden construir las manifestaciones clínicas presentes en este momento las alteraciones más características son las de la lengua, en el estadio inicial de la enfermedad solo la punta y los bordes de la lengua están tumefactos y rojos en casos avanzados y graves.

La lengua presenta una pequeña atrofia papilar y el enrojecimiento se hace intenso. En algunos casos la lengua puede estar tan tumefacta que es posible observar las impresiones dentarias en los bordes de la lengua.

E) ANGINA DE LUDWIN

Es una celulitis acentuada que por lo general comienza en el espacio submaxilar y afecta en forma secundaria a los espacios sublinguales y submentoniano. Por lo común no se considera que la enfermedad sea una verdadera angina de Ludwin, salvo que estén afectados todos los espacios submandibulares.

ETIOLOGIA

La fuente principal de la infección está en los molares inferiores con lesiones periapicales o periodontales, pero también proviene de heridas penetrantes en el piso de la boca, como la de la bala o por arma blanca o por osteomielitis en una fractura mandibular compuesta.

El segundo y tercer molar son dientes más frecuentemente citados como fuente de infección.

DIAGNOSTICO

La angina de Ludwin se manifiesta como una hinchazón acartonada, de desarrollo rápido, del piso de la boca y la consiguiente elevación de la lengua la tumefacción es firme, dolorosa y difusa sin signos de localización, hay dificultad para comer y tragar, así como para respirar. Los pacientes

suelen tener fiebre bastante elevada, pulso rápido y respiración acelerada, también se registra una moderación leucositosa a medida que la enfermedad continua, la hinchazón abarca el cuello puede provocar edema y glositis.

Esto puede llevar un grave riesgo de muerte por asfixia.

TRATAMIENTO

Antes del advenimiento de los antibióticos, la enfermedad tenía un índice de mortalidad muy elevado debido a las asfixias y sepsis grave.

TERAPEUTICA

La terapéutica a seguir son antibióticos, eliminar agentes causales, el edema de glotis, que llega a establecerse con rapidez suele requerir la traqueotomía de urgencia e impedir la asfixia.

CAPITULO 6

TRASTORNOS DE ORIGEN CONGENITOA) NODULO TIROIDEO LINGUAL

La tiroides lingual es una anomalía en la cual se encuentran folículos de tejido tiroideo en la lengua, originados posiblemente en un esbozo embrionario que no emigró a su posición predestinada.

ETIOLOGIA

Se cree que el agrandamiento benigno del tejido tiroideo lingual se debe a algunos casos a la insuficiencia funcional de la glándula tiroides principal del cuello.

DIAGNOSTICO

La tiroides lingual se manifiesta clínicamente como una masa nodular en la base de la lengua, o cerca de ella, por lo general en la vecindad del agujero ciego y con frecuencia pero no siempre en línea media.

Esta masa que comúnmente aparece situada en la profunu

didad y no como la lesión exofítica superficial tiende a tener superficie lisa.

Tanto la tiroides lingual como la glándula pueden dar origen a adenomas y adenocarcinomas de lengua.

TRATAMIENTO

Las manifestaciones clínicas exigen eliminación quirúrgica y la terapéutica para ulceraciones extensas se usará ácido láctico, rayos ultravioleta y yodoformo.

CAPITULO 7

TRASTORNOS DE ORIGEN NERVIOSOA) GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA
(LENGUA GEOGRAFICA)

La glositis migratoria es una lesión interesante de etiología desconocida, aunque se ha sugerido que podría tener un fondo psicossomático.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión consiste, por lo general en múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes de la lengua con forma corciniada irregular.

Las zonas de descamación permanecen por un corto tiempo en un sitio y luego cicatrizan aparecen en otro sitio; dan origen a la idea de migración. No es raro que las lesiones más pequeñas se unan. Pueden persistir por semanas y meses y después de ceder espontáneamente solo para reaparecer en una fecha posterior no hay predilección por ningún sexo.

TRATAMIENTO

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

CAPITULO 8

TRASTORNOS DE ORIGEN FARMACOTERAPICOA) LENGUA PILOSA

La lengua pilosa, afección poco común pero no específicamente un trastorno del desarrollo, pero es mejor considerarla como otras lesiones linguales de este grupo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta afección 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 sobre la superficie dorsal. El color de las papilas varía de blanco amarillento pardo o incluso negro, según su pigmentación por factores extrínsecos como el tabaco, ciertos alimentos, medicamentos o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal.

Las papilas que pueden ser de considerable longitud ocasionalmente banean el paladar del paciente y producirán el reflejo el vómito.

ETIOLOGIA

Aunque la etiología se desconoce, se ha sugerido que algunos microorganismos, en particular hongos podrían ser factor excitante, es cierto que pueden cultivar muchos tipos de microorganismos del raspado de las papilas, incluido Candida Albicans, pero no hay pruebas de una relación causa efecto.

TRATAMIENTO

Es una lesión benigna, el tratamiento es empírico.

Con frecuencia, los residuos de los alimentos se acumulan profundamente entre las papilas e irritan la lengua. En estos casos, se cepillará la lengua con un cepillo dental para favorecer la descamación y quitar los residuos; otros autores observaron una serie de casos que respondieron notablemente al tratamiento prodofilino con desaparición de lesiones en pocos días.

CAPITULO 9

TRASTORNOS DE ORIGEN BENIGNO

A) MIOBLASTOMO DE CELULAS GRANULARES

Es un tumor de células un poco raro pero controvertido.

ETIOLOGIA

Se presenta en muchas partes del organismo pero por lo lejos y por su sitio predilecto de aparición es la lengua.

HISTOLOGIA

El mioblastoma benigno de células granulares se componen de bandas y fascículos de las células grandes de 20 a 40 micras de diámetro con citoplasma eosinofilo extremadamente granular.

CLINICAMENTE

El aspecto de la lesión dependerá considerablemente de

su localización, las lesiones en la lengua suelen ser nódulos únicos en el suelo de la lengua, propiamente dicho. También podría haber elevación de tejido presenta hiperqueratosis clínica. Este tumor aparece a cualquier edad sin predilección definida.

TRATAMIENTO

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, no es de esperarse que haya recidiva.

B) LINFAGIOMA

El linfagioma, tumor benigno de los vasos linfáticos, es la contraparte menos común del hemangioma, y han surgido discusiones sobre verdadera naturaleza de esta lesión similares a las originadas en el torno al hemangioma.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría de los casos de linfagioma están presentes en el momento del nacimiento. La distribución por sexos de linfagioma está dividida en forma casi pareja.

MANIFESTACIONES BUCALES

El linfagioma intrabucal es más común en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosas vestibular encías y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono levemente rojo.

Las depresiones más profundas se presentan como nódulo o masas sin alteraciones significativas de la textura superficial o el color. En algunos casos, están atacadas zonas de tejido relativamente grandes. Si está afectada la lengua se produce un apreciable crecimiento y esta característica clínica se aplica con el nombre de " macroglosia ".

TRATAMIENTO

El tratamiento de un linfagioma es considerablemente diferente al de un hemangioma. Probablemente, la extirpación quirúrgica sea el tratamiento más conveniente, puesto que el linfagioma es más radioresistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio, que el hemangioma.

Estas lesiones tienen respuesta a recidiva después de su extirpación.

C) NEURILOMA DE LA LENGUA

También llamado Schwannoma o neuriloma, es un tumor benigno bastante raro que se origina en la vaina del nervio y al parecer deriva de la vaina de Schwann.

El tumor que puede originarse en cualquier nervio con mielina suele ser único aunque se ha publicado casos de tumores múltiples.

La lengua es la localización más frecuente de los neurilomas intraorales, el tumor puede presentarse en forma de nódulo submucoso o como formación que sobresale en forma de cúpula de una superficie mucosa.

En general está bien delimitado y es de consistencia firme en la mayoría de los casos el neuriloma no da ninguna molestia el tumor se descubre por tumefacción.

CLINICAMENTE

El tumor puede recordar un tumor de la glándula salival o mucocele.

D) MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULOSAS DE LA LENGUA

El mioblastoma de células granulos, conocido también por tumor de Abrikossoff o micoma mioblástico es un tumor benigno que aparece en distintas localizaciones viscerales, mucosas y cutáneas, una tercera parte de las cuales aproximadamente asientan en la lengua en este caso el punto de implantación predilecta es el borde lateral. El tumor puede aparecer en otras zonas de la mucosa bucal el mioblastoma de células granulosas no tienen predilección en la edad y el sexo. Por lo general el tumor es nódulo pequeño, circunscrito duro y solitario. Los mioblastomas de células múltiples son raros.

Un cierto número de células granulosas tienen una superficie blanquesina, que es debido a una hiperplasia pseudoe^upiteliomatosa del epitelio que recubre el tumor.

Como el nombre lo indica el tumor ha sido considerado de naturaleza miógena, pero otras investigaciones han demostrado que es de origen neural. Otra posibilidad es que el mioblastoma de células granulosas no sea neoplásico, sino re^upresente acumulaciones histocíticas.

CAPITULO 10

TRASTORNOS DE ORIGEN MALIGNOLEUCOPLASIA DE LENGUA

Después de su localización más frecuente, la mucosa bucal y las comisuras, las leucoplasias se encuentran por orden decreciente, en la cresta alveolar, la lengua los surcos bucales, el suelo de boca, la mucosa labial, la cara inferior de la lengua, el paladar óseo y el borde de la lengua, en la mucosa bucal y las comisuras son más frecuentes las lesiones bilaterales y simétricas.

Las leucoplasias que afectan la lengua pueden localizarse en el borde, el dorso de la cara inferior.

Cuando la leucoplasia se localiza en el dorso de la lengua las papilas desaparecen en todos los casos de leucoplasia lingual debe practicarse un examen serológico, a causa de que se ha sostenido que la sífilis tardía predisponente al desarrollo de la leucoplasia en esta localización las leucoplasias de la lengua pueden estar difusas o localizadas.

B) GLOSITIS ATROFICA EN SIFILIS TERCIARIA

En los enfermos afectos de sífilis terciaria se observa con tendencia lesiones linguales. Comprende la glositis ulcerativa, glositis esclerosa y la glositis gomosa. Descrita como lengua plegada o glositis atrófica, la alteración más precoz es un estado en el cual existe atrofia de las papilas filiformes y fungiformes. Ella es provocada por una vasculitis difusa que eventualmente una endarteritis obliterante con déficit circulatorio de la superficie lingual.

La superficie de la lengua pálida muestra una desaparición casi total de las papilas y la parte central del dorso de la lengua presenta un aspecto ligeramente lobulado. Además, existe una quelitis angular bilateral.

La glositis sífilítica atrófica se halla muy a menudo asociada con leucoplasia, la cual no difiere al tabaco y otros irritantes, aun cuando una leucoplasia extensa que afecta a la mayor parte de la superficie lingual debe despertar la sospecha de una base sífilítica.

C) GLOSITIS INTERSTICIAL Y CARCINOMA EN SIFILIS TERCIARIA

El goma aparece en el período terciario de la sífilis puede localizarse en cualquier parte de la cavidad bucal, no obstante el paladar y la lengua son localizaciones preferidas. La afectación gomosa de la lengua se produce ya como una goma solitario o bien como numerosas gomas pequeños. El goma de localización superficial a veces recuerda un tumor maligno. La incidencia de pequeños gomas en fase de curación provoca la glositis sifilítica intersticial que conduce de una lengua lobulada a veces asociada con macroglosía.

La superficie de la lengua es también asiento de alteraciones leucoplásicas y en la punta de la lengua se ha desarrollado un cáncer de células escamosas.

Se ha observado que la sífilis es más corriente en los enfermos con un carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua que entre los testigos no obstante, se discute si esta correlación se debe a una glositis sifilítica o bien al tratamiento con compuestos de arsénico usados antes de 1940, así, un estudio reciente ha demostrado que actualmente el porcentaje de enfermos lingual e historia de sífilis no es elevado los ha publicado hasta ahora.

D) CANCER LINGUAL

El cáncer causa más muertes que las lesiones malignas de otras regiones de la cabeza y el cuello, ella se debe a que la lengua está en localización más frecuente del cáncer oral ya que se trata de un órgano extraordinariamente móvil muy irrigado por vasos linfáticos y sanguíneos que facilitan la metastatización. La localización más frecuente es el borde de de la lengua, siendo la superficie ventral mucho menos afectado, lo mismo que el borde lateral.

ETIOLOGIA

Aunque se ha dicho que los factores sistémicos (virales, bioquímicos, genéticos y otros) son las causas más importantes de los cánceres, aún no se conoce la naturaleza exacta de las lesiones. Sin embargo, se ha demostrado que muchos factores predisponentes y desencadenantes tienen un papel importante en el epidermoide reciben un mejor tratamiento por extirpación quirúrgica otros por radioterapia y aún hay otros en que lo mejor es combinar los dos métodos.

Aunque el tratamiento del cáncer se ha descubierto, utilizando una gran variedad de agentes quimioterápicos como uretano, la mostaza nitrogenada, los derivados de la tieti-lenmelámina, los antagonistas del ácido fólico y substancias radiactivas, su efectividad es limitada.

E) SARCOMA DEL DORSO DE LA LENGUA

En la mayoría de las comunicaciones sobre tumores malignos de la lengua se afirma que el 90% a 95% de los tumores son carcinomas. Por lo tanto, el sarcoma de la lengua es un fenómeno raro. Los sarcomas de la lengua pueden ser Linfosarcomas, Fibrosarcomas, Sarcomas Miógenos y Neurógenos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características clínicas más comunes en estos tipos de tumores:

Una masa tumoral sólida y firme, generalmente redondeada de un tamaño que oscila entre una avellana grande y una nuez. Los sarcomas linguales rara vez causan dolor. Al parecer, los hombres resultan más afectados que las mujeres y el sarcoma predominan. En pacientes jóvenes, un cierto número de fibrosarcomas linguales se ha observado que la sífilis es más corriente en los enfermos con un carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua que entre los testigos, no obstante, se discute si esta correlación se debe a una glositis sífilítica o bien el tratamiento con un compuesto de arsénico usados antes de 1940 así, un estudio reciente se ha demostrado que actualmente el porcentaje de enfermos lingual e historia de sífilis no se han elevado como los ha publicado hasta ahora.

F) ENFERMEDAD DE HODGKING

Es un proceso generalizado, de pronóstico fatal, que se caracteriza por una hipertrofia indolora de los ganglios linfáticos y del sistema reticuloendotelial acompañado, de fiebre, anemia, prurito, y pérdida de peso. El máximo de incidencia de esta enfermedad tiene lugar en la década segunda y tercera de la vida la frecuencia es mayor en los varones que en las mujeres en ocasiones la tumefacción de los ganglios linfáticos cervicales en la primera manifestación de la enfermedad, es posible que las amígdalas también se hipertrofian con frecuencia en las fases iniciales, por lo general en algunos de los lados solamente se ha dicho que hay tumefacción de partes blandas de la mucosa bucal alrededor del conducto de Stenson de la encia y de la zona retromolar inferior. Según la experiencia los individuos afectados a la enfermedad de Hodgkin sufren a menudo una considerable atrofia de las papilas linguales.

G) LEUCEMIA AGUDA

En los enfermos leucémicos, esta hipertrofia puede deberse a la presencia de infiltrados leucémicos en otros lugares de la mucosa oral. Especialmente en la lengua y en las comisuras labiales.

Cuando la leucemia se acompaña de tumefacción de glándulas salivales este proceso recibe el nombre de síndrome de Mikulies. En estos enfermos con leucemia aguda, un signo casi constante es notable palidez de la mucosa oral. Manifestaciones más raras de la leucemia son embotamiento o sequedad de la boca. Las ulceraciones o zonas de necrosis de la mucosa oral en los enfermos leucémicos puede explicarse como consecuencia:

Deficientes mecanismos de defensa, de forma que traumatismos mínimos puedan producir graves efectos.

Una trombosis de los pequeños vasos sanguíneos debido a las grandes células atípicas con infarto subsiguiente. Con empleo de los antimetabolitos en el tratamiento de la leucemia ha aparecido una tercera posibilidad de producir ulceraciones orales. Los enfermos leucémicos reciben con frecuencia tratamiento de la base de antibióticos que unido a su debilidad, favorecerá el desarrollo de una candidiasis. En algunos países la leucemia humana tiende a ir en aumento. Por consiguiente, los odontólogos deben estar muy atentos a los casos de enfermos con lesiones de la mucosa oral que no tienen una causa evidente.

CAPITULO 11

TRASTORNOS DE ORIGEN TRAUMATICOA) LENGUA CRANEADA

Las impresiones o muescas de los dientes observadas en el borde lateral de la lengua no son un fenómeno raro a causa de su aspecto festoneado, este estado recibe el nombre de la lengua craneada. Las señales producidas por los dientes pueden tener distinta etiología, un gran número de personas presentan un hábito anormal de comprimir la lengua y algunas empujarla ambos hábitos determinan la producción frecuente de impresiones dentarias de la lengua. El paciente que durante largo tiempo ha tenido hábito de comprimir fuertemente la lengua contra los dientes. Como sea que los insisivos inferiores eran asiento de un ostensible atricción poseen bordes muy cortantes el traumatismo, ejercido sobre la lengua era más nocivo que los dientes hubieran tenido superficies lisas de esta manera se establecía un círculo vicioso el traumatismo causaba una inflamación de la periferia de la lengua conduciendo a una ligera macroglosia y ello a su vez era motivo de que las hullas se acercaran. Cualquier hipertrofia de la lengua puede acompañarse por huellas causadas por una enfermedad general, pero cualquier afectación inflamatoria de la boca puede causar hipertrofia lingual.

CAPITULO 12

TRASTORNOS DE ORIGEN VIRAL

A) HERPES ZOSTER

El herpes zoster es una enfermedad viral infecciosa aguda, muy dolorosa e incapacitante que se caracteriza por la inflamación de los ganglios de la raíz dorsal y los nervios craneales extramedulares, junto con erupciones vesiculares de la piel o membranas mucosas en las zonas inervadas por los nervios sensoriales afectados.

El virus neurotrópico que causa esta enfermedad es el mismo de la varicela a veces, los dos padecimientos son casi indistinguibles por sus manifestaciones objetivas y subjetivas. En los dos, hay cuerpos de inclusión intranucleares eosinófilo similares denuncian la infección viral. Ahora se cree que el herpes zoster es causado por la activación del virus incorporado en el etaque previo de la varicela. Es esencia, la infección primaria con este virus produce varicela, en tanto que la infección recurrente origina el herpes zoster.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se cree que el período de incubación abarca entre siete y catorce días, muchas veces comienza después de una lesión de la raíz nerviosa dorsal.

B) HERPES SIMPLE

El herpes simple, enfermedad infecciosa aguda es, probablemente, la enfermedad viral más común que afecta al hombre, con excepción de las infecciones virales respiratorias. Los tejidos que con preferencia ataca el virus herpes simple denominado ahora herpes virus hominis, derivan del ectodermo y son piel, mucosa ojos y sistema nervioso central. El virus con frecuencia es llamado virus dermatrópico debido a la propensión, verdaderamente necesaria, de residir dentro de células de origen ectodérmico, principalmente la dermis.

ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA

Dood y col. hicieron saber en 1939 que era posible aislar el virus del herpes simple en pacientes que sufrían de una gingivomatitis de configuración clínica particular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La estomatitis herpética es una enfermedad bucal común que aparece en niños y en adultos jóvenes.

Es raro que se produzca antes de los 6 meses de edad, de seguro por la presencia de anticuerpos circulantes en el niño, derivados de la madre inmune. La enfermedad que se da en niños es con frecuencia el ataque primario y se caracteriza por fiebre, irritabilidad, cefalea, dolor al tragar y lin

fadenopatía regional. A los pocos días, la boca se torna dolorosa y la encía se inflama intensamente. También puede estar afectados, labios, lengua, mucosa vestibular, paladar, faringe y amígdalas. Al poco tiempo, se forman vesículas amarillentas, llenas de líquido. Se rompen y dejan úlceras poco profundas, irregulares y en extremo dolorosas, cubiertas de una membrana gris y rodeadas de un halo eritomatoso. Es importante reconocer que la inflamación gingival precede a la formación de úlceras por varios días. Las úlceras varían considerablemente de tamaño, y van de lesiones que miden varios milímetros y hasta 1 cm de diámetro.

Curan espontáneamente entre los 7 y 14 días y no dejan cicatriz.

MODO DE TRASMISION

El hecho de que sea posible recuperar el virus del herpes en la saliva de los pacientes durante la enfermedad, lleva la suposición de que la transmisión se produce mediante la infección por gotas, aunque algunos autores creen que es necesario que haya contacto directo.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la infección herpética primaria no es satisfactorio. Obligadamente es solo de sostén y sintomático, puesto que el curso de esta enfermedad es inalterable. La antibioterapia es de considerable ayuda en la prevención de la infección secundaria.

CONCLUSION

A través de esta información podemos concluir que es tan importante desde que el embrión está en gestación porque en esa etapa en algunas ocasiones surgen algunas enfermedades de origen congénito, que con el avance de la ciencia puede corregirse en algunos casos.

Podemos decir que a través de la fisiología por medio de los botones gustativos tenemos la maravilla de detectar los sabores, dulce, agrio y salado, y así poder deleitar los alimentos en nuestra boca.

Debe también saberse que las alteraciones causadas por fármacos, cigarrillos, traumatismos, falta de vitaminas, etc son consecuencia de una patología lingual.

También es importante saber que la higiene bucal no comprende nada más las piezas dentarias y encía, sino también se debe tener higiene en la lengua.

Y así por medio de los investigadores que a través de sus libros debemos aprender y estar actualizados para poder dar un mejor servicio a la humanidad.

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA HUMANA. Alcaraz del Río, A. Tercera Edición, 1979
Editorial Francisco Méndez Oteo.

ANATOMIA HUMANA. Quiroz Gutiérrez, F. Sexta Edición, 1970.

ORAL PATHOLOGY. American Academy of Oral. December, 1982.

FISIOLOGIA. C. GOYTON, A. 5a. edición. Editorial Interamericana. William F. Ganon. Manual Moderno 8a. edición.

PATOLOGIA. Burket. Medicina Bucal. Edición 1973. Editorial Interamericana.

HISTOLOGIA. A.W. Ham., D.H. Cormack. Octava Edición. Editorial Interamericana.

PEND BORG, J.J. Atlas enfermedades de la mucosa oral. Edición 1973. Editorial Salvat.

GORLIN, R.J. y Goldman Tomas H.M. Patología Oral. Sexta Edición, 1973. Editorial Salvat.

WILLIAM G. SH., Hine, K.M. and Leuy, M.B. Tercera Edición, 1977, Editorial Interamericana.

Zegarelli, V.E., Kustscher, A.H., Hyman, G.A. Diagnóstico de Patología Oral. Editorial Salvat, 5a. reimpresión, 1979.