

105
94



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

PATOLOGIA LINGUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Trinidad Balderas Solano

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "Trinidad Balderas Solano", is written over the printed name.



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.

INDICE DE CAPITULOS

| | Pag. |
|--|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| I.- ANATOMIA DE LA LENGUA | 2 |
| II.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA | 17 |
| III.- FISIOLOGIA DE LA LENGUA Y BIOQUIMICA DE LA - SALIVA | 23 |
| IV.- PATOLOGIA: | |
| a) Semiología de la lengua | 33 |
| b) Procesos vegetantes y verrugosos ordena-- dos según su etiopatogenia | 40 |
| c) Sífilis | 41 |
| d) Hipertrofias | 43 |
| e) Traumatismos | 47 |
| f) Miscelaneas de otras lesiones elementales de la lengua | 50 |
| g) Algunas afecciones inclasificables de la- lengua | 55 |
| h) Tumores de la lengua | 57 |
| CONCLUSIONES | 59 |
| BIBLIOGRAFIA | 62 |

INTRODUCCION

El objetivo más importante de la presente tesis es tratar de resumir los conocimientos más relevantes en el campo de la - Patología Lingual, así como su correlación, con la Odontología.

El Cirujano Dentista en la exploración del órgano lingual -- puede ser el primero en detectar una patología en un paciente y canalizarlo a su Médico General ya que muchas enfermedades tienen manifestación en este órgano.

Las lesiones de la mucosa lingual pueden ser clasificadas en dos grupos (1°) las que corresponden a procesos bucales y generales, de localización eventual en la lengua; (2°) el de las enfermedades propias de la lengua. Este último grupo es con secuencia de su conformación anatómica y en especial de la existencia de papilas.

Sin embargo, semiológicamente las lesiones elementales que observamos en la lengua pueden equipararse, en gran parte, a las analizadas en otros sitios de la mucosa bucal, aún en lo que respecta a las enfermedades propias de la lengua. Por ello para un correcto diagnóstico debemos reconocer si la lesión que tenemos a la vista es una mancha, pápula, tubérculo, nódulo, ampolla, etc. Esta manera semiológica de considerar la patología lingual facilita el diagnóstico clínico a poco de hecho el diagnóstico de la lesión elemental.

Por este motivo es muy importante detenerse en el estudio minucioso de este órgano.

CAPITULO I

ANATOMIA

Lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad bucal propiamente dicha y aplanado de arriba abajo en su extremidad anterior. En él radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta.

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

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

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

Bordes. Los bordes de la lengua son convexos y más gruesos

por detrás que por delante; corresponden a la cara interna - de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden degenerar en cáncer lingual.

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

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

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

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

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

El septum lingual o septum medio, lámina fibrosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior de la membrana hioglosa y por abajo en la cara anterior del hue

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

Músculos de la lengua. Son ocho pares y uno impar. De ellos, tres se insertan en los huesos cercanos, a saber: geniogloso, hiogloso y estilogloso; tres se originan en los órganos cercanos: palatogloso, faringogloso y amigdalogloso; dos proceden de los huesos y órganos próximos, y son: el lingual superior y el lingual inferior; sólo uno es propiamente intrínseco, es el transverso de la lengua.

El geniogloso, el más voluminoso de los músculos de la lengua, es aplanado transversalmente. Se inserta en las apófisis geni superiores, desde donde sus fibras irradian hacia atrás; las superiores describen una curva de concavidad anterior y van a terminar a la punta de la lengua, mientras las inferiores se dirigen hacia atrás y abajo, fijándose unas en la base de la lengua y otras en la parte superior de la cara anterior del hueso hioides; las fibras medias se dirigen a la cara dorsal de la lengua y terminan en la mucosa, en la membrana hioglosa, o bien se entrecruzan por debajo de septum lingual con las del lado opuesto.

Por fuera, el geniogloso se relaciona con la glándula sublingual, con la arteria lingual, con el nervio gran hipogloso, con el canal de Wharton y con los músculos estilogloso, hiogloso y lingual inferior. Por su cara interna corresponde al homónimo del lado opuesto. Su acción consiste en levantar y dirigir la lengua hacia adelante por medio de las fi--

bras que van al hueso hioides. En efecto, las fibras superiores dirigen la punta hacia abajo y atrás, en tanto que -- las medias tratan de proyectar el cuerpo de la lengua hacia adelante; obrando en conjunto, reducen la longitud de la lengua y la aplican contra el piso de la boca.

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

El hipogloso se extiende del hueso hioides a la lengua. Posee forma cuadrangular y se inserta por abajo en el borde superior del cuerpo y del asta mayor del hueso hioides; se llama basiogloso al haz que se desprende del cuerpo, y ceratogloso al que se desprende del asta. Después, las fibras se dirigen hacia arriba y ligeramente adelante; al entrecruzarse con el estiloglóso, corren hacia adentro y adelante casi horizontalmente, mezclándose con los haces anteriores del estiloglóso para terminar como él en el septum lingual. Se halla en relación por su cara externa con los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico, con la glándula submaxilar y con el canal de Wharton; está cruzado de atrás adelante por el gran hipogloso y el lingual. Su cara interna se --

relaciona con el constrictor medio de la faringe, con el faringogloso, y está cruzada de atrás adelante por la arteria lingual. Su acción consiste en abrir la lengua, al tiempo que la aproxima al hueso hioides y la comprime transversalmente.

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

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

El amigdalogloso es un músculo delgado que va de la cápsula amigdalina a la lengua. Se inserta por arriba en la aponeurosis faríngea que cubre a la amígdala. Desciende luego entre el faringogloso y la mucosa hasta la base de la lengua, donde se hace transversal y se entrecruza en la línea media con el del lado opuesto. En su porción superior se halla colocado entre la aponeurosis faríngea y la amígdala y abaja cruza por su cara inferior al lingual superior. Es elevador de la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

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

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

El transverso lingual tiene la misma extensión que el septum lingual y recibe su nombre a causa de la dirección de sus fibras. Se inserta en las caras del septum lingual, donde sus fibras se dirigen hacia fuera y se cruzan con las fibras longitudinales de los músculos que encuentran hasta alcanzar la capa profunda de la mucosa del borde lingual, --

donde se fija. Reduce al contraerse, el diámetro transversal de la lengua a la que transforma en un canal cóncavo hacia arriba.

CONCEPTO MORFOLOGICO MACROSCOPICO DE LA MUCOSA DE LA LENGUA.

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

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

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

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

Presenta un surco en la unión de sus dos tercios anteriores-

con su tercio posterior que llamamos surco terminal y divide al dorso de la lengua en dos porciones: La anterior o palatina y la posterior o faríngea.

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

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

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

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

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

Con una frecuencia del 10 al 15% se observan surcos congénitos sobre todo en los bordes laterales o en la parte media --

de la lengua que pueden ser transversales, anastomosados, -- etc. En el viejo se reúnen entre sí dando a la lengua un as pecto estrellado.

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

CONCEPTO MORFOLOGICO MICROSCOPICO DE LA MUCOSA DE LA LENGUA.

Consideramos en la mucosa de la lengua como formaciones semi microscópicas; en el dorso, a las glándulas foliculosas y a las papilas de la lengua; y en la cara inferior a los replie gues de ella y a los orificios de desembocadura de las glán- dulas salivales.

Por delante del surco terminal encontramos una serie de sa- lientes que son producidos por el corion, a los cuales se -- les denominó papilas, atribuyéndose su descubrimiento a Mal- pighi en 1655 y posteriormente han sido descritas por Ruish- en 1751 y Albinus en 1754, con pocas variantes de la des- -- cripción actual. En el estudio histológico destacan los tra- bajos de Loben y Schwann quienes describieron los corpúscu- los del gusto.

Otros autores las dividen en simples y compuestas señalando- dentro de las simples a las hemisféricas; estas últimas nu- merosas y muy pequeñas (microscópicas), pueden presentar for mas cónicas, cilíndricas, etc.

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

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

Se han hecho varias divisiones de las papilas y una que podemos considerar clásica, es la de Testut, que menciona cinco variedades; fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes y caliciformes, siendo estas últimas denominadas con mayor -- corrección circunvaladas.

Estas papilas se encuentran distribuidas irregularmente en el dorso de la lengua, pero son más numerosas en los bordes, en el vértice y por delante de la V lingual. Se describen en 150 a 200 por Sappey, midiendo de 200 micras a 1 mm., de diámetro; su nombre se debe a que tienen aspecto de hongo.

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

Las papilas filiformes, también llamadas coroliformes, son las más numerosas (se calculan en número de 20 000); se encuentran distribuidas en surcos paralelos a la V lingual en los dos tercios anteriores de la lengua. Varían en su aspecto de acuerdo con la posición de las prolongaciones epitelia

les que cuando están libres dan la impresión de radiaciones-filiformes superpuestas en el vértice de la papila; en otras ocasiones están dispuestas de tal modo que estas proyecciones epiteliales pueden encontrarse invertidas hacia dentro o hacia fuera. La porción basal o papila primaria se une al corión de la mucosa por su cuerpo cilíndrico; en general son de color más claro que las fungiformes.

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

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

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

Las papilas se unen frecuentemente dos o más por lo cual po-

demos también señalar que pueden ser únicas, dobles o múltiples.

Las glándulas foliculosas situadas atrás de la V lingual son salientes convexas cubiertas por la mucosa, con aspecto de segmento de esfera irregular.

En ocasiones son ovoideas o romboidales con uno o dos orificios (criptas) y constituyen en conjunto la llamada amígdala lingual, por la gran cantidad de folículos que contiene en su mucosa.

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

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

El epitelio que reviste el surco contiene numerosos corpúsculos del gusto formados por dos tipos de células, unas de so

tén y otras neuroepiteliales. Las células de sostén recuerdan tajadas de un melón, más delgadas en sus extremos que en su parte media y van de un extremo a otro del corpúsculo gustativo, siguiendo una línea curva como la duela de una barrica. En su superficie están dispuestas de tal modo que rodean una pequeña depresión central llamada poro gustativo. Las células neuroepiteliales del gusto están entremezcladas con células de sostén en la parte central del corpúsculo.

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

Los botones gustativos, también llamados corpúsculos del gusto por constituir las terminaciones nerviosas del sentido del gusto, están situados sobre el corión de la mucosa en el espesor del epitelio. Son de forma más o menos ovoidea; su extremidad más ancha se halla en contacto con el corión y su extremidad más angosta atraviesa el epitelio superficial, donde desemboca por un orificio circular (poro gustativo) por el cual salen los flagelos gustativos.

Estos corpúsculos están situados en las papilas circunvaladas y en las fungiformes, por lo que se dice que el sentido del gusto radica en la V lingual, en los dos tercios anteriores del dorso de la lengua y sus bordes. En las papilas circunvaladas los corpúsculos se encuentran en los bordes del mamelón de la papila.

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

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

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

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

En el dorso de la lengua, y por tanto en la mucosa de ésta, la circulación linfática de un lado tiene amplias anastomosis con la del lado opuesto; los troncos colectores que se forman se dividen en tres grupos: posteriores medios y anteriores.

Los linfáticos posteriores recogen la linfa de la base de la lengua, descienden unos por la epiglotis y otros por la amígdala, atraviesan el constrictor superior de la faringe y van

a los ganglios yugulares. Los linfáticos medios nacen entre la base y la punta de la lengua, descienden por el piso de la boca, entre los genioglosos, y van a terminar en los ganglios yugulares por abajo de los anteriores. Los linfáticos anteriores o linfáticos apicales de Poirier recogen la linfa de la punta de la lengua, descienden en el espesor del frenillo, atraviesan el milohioideo y en tanto que unos desembocan en los ganglios suprahioides, otros terminan en los ganglios yugulares situados sobre el tendón intermedio del omohioideo.

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

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

El glossofaríngeo suministra ramos terminales a los corpúsculos del gusto, donde penetran con terminaciones del lingual en la base de las papilas, formando un plexo subepitelial -- del cual se desprenden fibras intercorpúsculares, fibras pericorpúsculares y fibras intracorpúsculares; estas últimas van a ponerse en contacto con las células gustativas.

Los músculos de la lengua están inervados en su mayoría por el hipogloso mayor.

CAPITULO II

HISTOLOGIA

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 su superficie dorsal (corte sagital), observaremos fibras musculares tanto longitudinales como verticales cortadas longitudinalmente, y fibras horizontales - en corte transversal.

Tal disposición de fibras musculares estriadas es única en el cuerpo; permite identificar la lengua con toda seguridad.

Dentro de los haces cada fibra muscular está rodeada de endomisio, que tiende a ser algo más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados. El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fi-broelástico situado entre los haces musculares puede considerarse como perimisio. Contiene los vasos mayores de los nervios y, en diversos puntos, tejido adiposo; en algunas partes de la lengua tiene glándulas incluidas.

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

La mucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua tiene especial interés. Todos podemos acordarnos de cuando éramos niños y nos examinaba un médico diciéndonos de "sacar la lengua" para examinar su superficie dorsal. El dorso de la-

lengua puede proporcionar al médico información de dos tipos. 1) Si está muy "saburral" indica que el estado general de salud, y quizá en particular el sistema digestivo, no es adecuado. 2) Algunas enfermedades como la escarlatina y la anemia perniciosa pueden causar alteraciones pueden causar alteraciones específicas a nivel de la superficie de la lengua; por lo tanto, el descubrirlas proporcionará ayuda diagnóstica útil.

La mucosa que reviste la superficie dorsal de la lengua está dividida en dos partes: 1) la que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua (cuerpo de la misma) y 2) la que cubre el tercio posterior o faringeo (raíz de la lengua). El límite entre estas dos partes lo señala una línea en forma de V, el surco terminal, dispuesta transversalmente en la lengua.

La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua es muy diferente de la que reviste su porción faríngea. Está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas papilas; en el hombre son de tres tipos: filiformes, fungiformes y caliciformes.

Las papilas filiformes (filum = hilo) son estructuras relativamente altas, estrechas, de forma cónica, constituidas por lámina propia y epitelio. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia, a partir de la cual se extienden hacia la superficie papilas secundarias. La papila primaria está recubierta de epitelio que se hiende formando revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas secundarias 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 transforman en verdadera queratina. En algunos animales las papilas filiformes córneas hacen que la superficie dorsal de la lengua sea netamente rasposa.

Las papilas filiformes son muy 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.

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 epitelio de revestimiento.

La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias de 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 el epitelio de revestimiento no es queratinizado, resulta bastante transparente; ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y, en consecuencia, durante la vida de las papilas fungiformes tienen color rojo.

Hay de siete a doce papilas caliciformes 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 caliciformes recuerda el cáliz, y el nombre circunvalada que a veces se les da (vallum = baluarte) recuerda que cada una de ellas, a semejanza de una ciudad antigua, está rodeada de un baluarte. En realidad, cada una parece torre de un castillo rodeada de un foso o trinchera. El foso está constantemente lleno de líquido segregado por glándulas situadas más profundamente que las papilas, que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de residuos.

Cada papila caliciforme tiene una papila primaria central de lámina propia. Hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde ésta hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila. Las papilas caliciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre; por lo tanto tienen forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

Funciones de las papilas. Los animales en los cuales las papilas filiformes están muy desarrolladas pueden lamer sustancias sólidas y semisólidas con acción que recuerda la del papel de lija. Aunque las papilas filiformes no están muy desarrolladas en el hombre, permiten que los niños laman a satisfacción un helado o un caramelo. Tales papilas tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto. La mayor parte de papilas fungiformes y todas las papilas caliciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que, al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos causa de la sensación gustativa.

Amígdala lingual. La mucosa que recubre la raíz de la lengua no contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias -

que se observan en esta parte de la lengua dependen de acúmu los de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por de bajo del epitelio. Una disposición de este tipo, es decir, -- con acúmulo de nódulos linfáticos en estrecha relación con -- epitelio plano estratificado, suele recibir el nombre de teji do amigdalar. El que se halla en el techo de la lengua -- constituye la amígdala lingual. Muchos de los nódulos linfá ticos de la amígdala lingual poseen centros germinativos. -- Los espacios que quedan entre ellos están ocupados por teji dos linfático difuso.

Con los linfocitos hay muchas células plasmáticas. El epite lio plano estratificado no queratinizado que recubre el teji do linfático se extiende hacia el interior del órgano a di -- versos niveles, para formar cavidades o diversos fosos. Re -- ciben el nombre de criptas (kriptos = escondido). Los linfo citos emigran a través del epitelio que recubre estas placas de tejido linfático, pero más particularmente a través de -- las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta -- alcanzar la luz de éstas. Las células epiteliales superfi -- ciales del revestimiento de las criptas se descaman en la -- luz de éstas; el resultado es que la luz de las criptas pue -- de contener acúmulos de restos formados por linfocitos y cé -- lulas epiteliales descamadas. Los conductos de las glándu -- las mucosas subyacentes se abren en el fondo de muchas crip -- tas. Esta disposición permite que la luz de las criptas pro -- vistas de tales glándulas se limpie y quede libre de restos. Por este motivo las criptas infectadas no son tan comunes en la amígdala lingual como en el tejido amigdalar de otras lo -- calizaciones desprovisto de glándulas subyacentes que se -- abran en las criptas.

EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA.

En el embrión de cuatro semanas, poco más o menos, la lengua se presenta como dos protuberancias linguales laterales y un abultamiento mediano, el tubérculo impar. Los tres abultamientos resultan de proliferación del mesodermo en las porciones ventrales del arco mandibular. Poco después, el mesodermo del segundo arco, del tercero y de parte del cuarto -- forma otro abultamiento mediano, la cúpula o eminencia hipobranquial. Por último, una tercera prominencia mediana, formada por la porción posterior del cuarto arco branquial, manifiesta el desarrollo de la epiglotis. Inmediatamente detrás de esta formación está la canaladura traqueobronquial y orificio laríngeo, limitada lateralmente por las protuberancias (engrosamientos) aritenoideas.

La proliferación y la penetración ulteriores del mesodermo -- subyacente hacia las protuberancias linguales laterales, seguidas de fusión de éstas en la línea media, forman los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua. Así, pues, la mucosa que cubre el cuerpo de la lengua proviene del primer arco faríngeo y es inervada por el maxilar inferior, rama del trigémino. El cuerpo de la lengua está separado del tercio posterior del órgano por un surco en forma de V, llamado surco terminal.

La porción posterior o raíz de la lengua deriva de los arcos branquiales segundo y tercero, y de parte del cuarto. La mucosa correspondiente es inervada por el glosofaríngeo; así, -- pues, parece probable que el tejido del tercer arco branquial crezca más que el del segundo. La porción más posterior de la lengua y la epiglotis son inervadas por el laríngeo superior, lo cual manifiesta que provienen del cuarto arco branquial.

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LA LENGUA

La lengua es el órgano del gusto y posee también sensibilidad térmica, dolorosa y táctil. Con ayuda de la lengua tiene lugar la mezcla de los alimentos durante la masticación y el avance de los mismos durante la deglución. En el hombre, la lengua participa también en el acto del lenguaje articulado. Gracias a la acción de los músculos que la forman pueden desplazarse hacia delante y hacia atrás, hacia abajo y arriba. Las papilas filiformes poseen sensibilidad táctil (son receptoras del contacto). Las demás papilas son gustatorias. Las papilas dan a la lengua un aspecto aterciopelado. En muchas enfermedades (por ejemplo, en las gastrointestinales), el aspecto exterior de la mucosa lingual sufre cambios, lo cual se tiene en cuenta al establecer el diagnóstico.

En la mucosa de la raíz de la lengua hay una acumulación de tejido linfóide, la amígdala lingual.

El Sentido del Gusto. El gusto es función de los botones gustativos; su importancia depende de que permite seleccionar los alimentos según los deseos de la persona y también según las necesidades tisulares de orden nutritivo.

Hay por lo menos cuatro sensaciones primarias de gusto: ácido, salado, dulce y amargo. Sin embargo, sabemos que una persona puede percibir centenares de gustos diversos. Son posibles todas las combinaciones de las cuatro sensaciones primarias, de la misma manera que todos los colores del espectro son combinaciones de tres sensaciones coloreadas primarias según ya describimos.

Sensaciones Primarias del Gusto. Estudios psicológicos han demostrado que diferentes botones gustativos corresponden a tipos diferentes de estímulos del gusto; se admiten, en general, cuatro clases de botones gustativos, correspondientes a las cuatro sensaciones primarias: salada, ácida, dulce y -- amarga.

Sabor Acido. Está causado por ácidos, y la intensidad de la sensación gustativa es aproximadamente proporcional a la concentración de iones hidrógenos. En otras palabras, cuanto -- más fuerte es el ácido, más intensa la sensación.

Sabor Salino. El gusto salado depende de sales ionizadas. La calidad del gusto varía algo de una sal a otra, porque las -- sales también estimulan otros botones gustativos en grado variable. Los cationes de las sales son los principales res--ponsables del gusto salado, pero los aniones también contribuyen, por lo menos en parte.

Sabor Dulce. No depende de ninguna clase aislada de productos químicos. Una lista de algunos productos químicos que -- causan este sabor es la siguiente: azúcares, glicoles, al--coholes, aldehidos, cetonas, amidas, ésteres aminoácidos, -- ácidos sulfónicos, ácidos halogenados y sales inorgánicas de plomo y berilio.

Obsérvese específicamente que casi todas las sustancias que--causan sabor dulce son productos químicos orgánicos las úni--cas sustancias inorgánicas que originan sabor dulce son al--gunas sales de plomo y berilio.

La sacarosa, el azúcar corriente de mesa, se considera que -- tiene índice de 1. Obsérvese que una de las sustancias tieti

ne índice 5 000 veces mayor que la sacarosa. Sin embargo es ta substancia extraordinariamente dulce, denominada P-4 000, por desgracia es muy tóxica y no puede utilizarse como endulcorante.

La sacarina, por otra parte, es también más de 600 veces más dulce que el azúcar de mesa; como no es tóxica puede emplear se impunemente como agente aduclcorante.

Sabor Amargo. El sabor amargo, como el dulce, no depende de un solo tipo de agente químico; aquí también, las substancias que dan sabor amargo son casi todas de tipo orgánico.

Dos clases particulares de substancias tienen especial tendencia a causar sensación amarga: las substancias orgánicas de cadena muy larga y los alcaloides. Estos últimos incluyen muchos de los medicamentos utilizados en medicinas, como quinina, cafeína, estri^cnicina y nicotina. Algunas substancias que al principio tienen sabor dulce más tarde dejan resabio amargo. Ocorre así con la sacarina, lo cual constituye un inconveniente del producto para algunas personas. Algunas substancias tienen sabor dulce en la parte anterior de la lengua, donde se halla localizados principalmente los botones del sabor dulce, y sabor amargo en la parte dorsal de la misma, donde están sobre todo los botones gustativos del amargo.

Cuando tiene gran intensidad, el sabor amargo suele hacer -- que la persona o el animal rechacen el alimento. Eso indudablemente tiene importante papel en la sensación, porque muchas de las toxinas mortales de las plantas venenosas son alcaloides, y éstos tienen todos sabor intensamente amargo.

Umbral para sabor. El umbral para estimulación del sabor -- ácido por el clorhídrico es en promedio de 0.0009 N, para el sabor salado con cloruro sódico de 0.01 M; para el sabor dulce con sacarosa 0.01 M, y para el sabor amargo con quinina - 0.000008 M. Obsérvese especialmente que la sensibilidad para el amargo es mucho mayor que para los demás, lo cual haría pensar que esta sensación tenga importante función protectora.

Botones Gustativos. Los botones gustativos, que son los órganos para el gusto, son cuerpos ovoides que miden de 50 a 70- μ m. Cada botón está hecho de células de sostén y de 5 a 18- células ciliares, que son los receptores gustativos. Las células receptoras tienen, cada una, cierto número de cilios - que se proyectan en el poro gustativo, abertura que se encuentra en la superficie epitelial del botón gustativo. Las terminaciones amielinizadas de las fibras nerviosas sensitivas están enrolladas de una manera muy íntima. Cada botón-gustativo está inervado por cerca de 50 fibras nerviosas e, inversamente, cada fibra nerviosa recibe una entrada de impulsos de 5 botones gustativos en promedio. Si el nervio -- sensitivo es seccionado, el botón gustativo degenera y finalmente desaparece. Sin embargo, si el nervio se regenera, las células circunvecinas se organizan en nuevos botones gustativos, presumiblemente como resultado de alguna especie de efecto químico inductor ejercido por la fibra en regeneración.

Los botones gustativos están situados en la mucosa de la epiglotis y de la faringe y en las paredes laterales de las papilas fungiformes y caliciformes. Las papilas fungiformes - son estructuras redondeadas que se encuentran en la punta y-

en los bordes de la lengua; en cambio las papilas caliciformes son estructuras prominentes dispuestas en forma de V en la parte posterior de la lengua. Las pequeñas papilas filiformes cónicas que cubren el dorso de la lengua usualmente no contienen botones gustativos. En el hombre existe un total aproximado de 9,000 botones gustativos.

Vías Gustativas. Las fibras nerviosas sensitivas de los botones gustativos situados en los dos tercios anteriores de la lengua viajan por la cuerda del tímpano, rama del nervio facial. Las fibras del tercio posterior de la lengua alcanzan el tallo cerebral a través del nervio glossofaríngeo. Las fibras de otras áreas no pertenecientes a la lengua van al tallo cerebral en el nervio vago. A cada lado, las fibras del gusto, mielinizadas pero de conducción relativamente lenta, de estos tres nervios, se juntan en el bulbo raquídeo para formar el fascículo solitario. Las neuronas de segundo orden se encuentran localizadas en el núcleo de este fascículo y sus cilindros cruzan la línea media y se unen al lemnisco medial, terminado junto con las fibras de la sensibilidad táctil, dolorosa y de la temperatura en el núcleo ventral posteromedial del tálamo. Los impulsos son enviados desde allí hasta el área de proyección gustativa de la corteza cerebral en la piel de la circunvolución postrolándica. El gusto no tiene un área de proyección cortical separada, sino que se encuentra representado en la parte de la circunvolución postrolándica que sirve a las sensaciones cutáneas de la cara.

FISIOLOGIA DEL GUSTO

Estimulación de los receptores. Los receptores del gusto -- son quimiorreceptores que responden a las sustancias disueltas en los líquidos de la boca que los bañan. Estas sustancias parecen evocar potenciales generadores, pero no se sabe cómo las moléculas en solución actúan en las células receptoras para producir estos potenciales. Una teoría reciente se basa sobre la hipótesis de que los cilios de los receptores tienen una película superficial polielectrolítica. De acuerdo con esta teoría, la fijación de los iones a esta película causa una distorsión en la disposición espacial de la película con el consiguiente cambio en la distribución de la densidad de carga. También hay evidencia de que las moléculas -- que provocan el sabor se unen a proteínas específicas en los botones gustativos. La unión de sustancias con los receptores debe ser débil porque usualmente se requiere un lavado con agua relativamente pequeño, para abolir un sabor.

Modalidades básicas del gusto. En el hombre existen cuatro sabores básicos: Dulce, ácido, amargo y salado. Las sustancias amargas son gustadas en la parte posterior de la lengua: las ácidas a lo largo de los bordes; las dulces en la punta y las saladas en la parte anterior del dorso. Las sustancias ácidas y amargas también son gustadas en el paladar. -- Los botones gustativos no difieren histológicamente en las diferentes áreas, pero la existencia de diferencias fisiológicas ha sido demostrada en animales registrando la actividad eléctrica de las fibras nerviosas que parten de botones gustativos únicos. Estos estudios muestran que algunos botones gustativos responden sólo a los estímulos amargos, mientras que otros responden únicamente a los salados, a los dulces o a los ácidos. Algunos botones responden a más de una

modalidad de estímulo, pero ninguno a las cuatro. Un hallazgo curioso, de significado fisiológico desconocido, es la demostración de que en el gato, en el perro, en el cerdo y en el mono rhesus existen botones gustativos que responden a la aplicación de agua destilada. Por tanto, presumiblemente es tos animales pueden "gustar el agua". Los botones gustativos de este tipo no se encuentran en la rata ni en el hombre.

BIOQUIMICA DE LA SALIVA.

La saliva tiene como función más importante la de humedecer y lubricar el bolo alimenticio; desde el punto de vista digestivo es importante por contener la amilasa salival o ptialina, enzima que hidroliza diversos polisacáridos, como los almidones, el glucógeno y las dextrinas, hasta formar el disacárido maltosa. La amilasa introduce una molécula de agua en las uniones glucosídicas 1,4- o sea, que se detiene su actividad a nivel de las ramificaciones, ya que éstas están formadas por uniones 1,6-. La amilasa requiere Cl- como activador.

El pH de la saliva habitualmente es cercano a la neutralidad, condiciones en las cuales puede actuar la amilasa salival, - la cual, sin embargo, es inactivada totalmente a pH menores de 4. No solo el pH, sino también la pepsina inactiva a la amilasa, de manera que los almidones deglutidos y en contacto con la amilasa se digieren de manera muy imperfecta, pues al llegar el bolo al estómago, y ser mezclado ampliamente -- con el contenido gástrico ácido y rico en pepsina, se inactiva la amilasa y se interrumpe la digestión de los almidones. Durante las varias horas de permanencia del alimento en el - estómago, los carbohidratos, en general, no sufren modificaciones de importancia, pues la actividad hidrolítica del ácido clorhídrico a la temperatura del cuerpo humano es de muy-escasa magnitud.

Es en el intestino donde los carbohidratos, tanto polisacáridos como disacáridos, sufren los procesos digestivos de ma--yor importancia.

En el duodeno se vie
amilasa pancreática,
ca muy parecida a la
amilasa que ataca a
geno a nivel de cual
to las de la maltosa
cialmente la maltosa
los que abundan las
de atacarlas. Para
cáridos se requiere
De esta manera se ob
queño, de los que, e
tosa y glocosa. La
de 6.9, pero puede a
abajo de esta cifra

El disacárido maltos
dos provenientes de
ración alguna en el
acción de las enzima
carbohidrasas, entre
vierte a la maltosa
que fragmenta la sac
sa, que actúa sobre
glucosa y otra de ga

En realidad, en el j
son estrictamente es
plo, la sacarasa de
también ataca a la m
como una a-glocosida
bargo, como la sacar
ranósidos (como la s

derarla como una B-fructosidasa.

Llega un momento en que, salvo por pequeñas cantidades de -- maltosa que pueden ser absorbidas directamente, se obtiene -- en la luz intestinal una mezcla de monosacáridos: los ingeridos con la dieta y aquellos provenientes de la degradación de los disacáridos y de los polisacáridos alimenticios. Entre ellos destacan la glucosa, la fructuosa y la galactosa, -- además de muy pequeñas cantidades de manosa y pentosas de -- origen alimenticio.

CAPITULO IV

SEMILOGIA DE LA LENGUA

LESIONES ELEMENTALES PRIMITIVAS DE LA LENGUA:

Manchas

Son cambios de coloración de la mucosa que no hacen relieve. En la lengua muchas veces estas manchas se acompañan de modificaciones papilares, especialmente atrofas de las papilas. Se trata, en estos casos, de lesiones mixtas atrofico-maculosas.

Manchas blancas

Debemos citar el liquen y la leucoplasia. El liquen en la lengua puede presentarse en forma de manchas miliares, lenticulares, en forma de placa o mapa o en red. A veces es erosivo, vegetante, atrófico, escleroatrófico, pigmentario, etc. Este polimorfismo indica que en esta localización el liquen no es muy característico.

Manchas negras

Entre las manchas negras de la lengua citamos la lengua ne-gra simple. Hay que diferenciarla de inmediato 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. También la ingestión de ciertos alimentos - puede cubrir la lengua de un color negruzco (seudomancha); - éstas no son auténticas manchas pues no están en la mucosa, -

sino sobre ella. El uso de quimioterápicos o antibióticos - como las sulfamidas, la penicilina, etc., pueden asimismo oscurecer el epitelio lingual.

Pardas

El color pardo por hiperpigmentación melánica puede ser observado en la enfermedad de Addison, en la enfermedad de Basedow y también como un proceso fisiológico racial. Actualmente con el uso frecuente de antipalúdicos de síntesis para el tratamiento del lupus eritematoso, actinodermatosis, etc., se ven pigmentaciones pardas iatrogénicas o medicamentosas.- El liquen puede producir manchas pardas o más frecuentemente de tinte azulado muy características. Se ha visto un caso de síndrome de Whipple con pigmentación lingual. Los procesos inflamatorios pueden dejar residualmente manchas melánicas, en particular en personas racialmente bien pigmentadas.

Rojas

Pueden observarse (1) sin modificación de las papilas linguales; (2) con atrofia de las mismas o (3) con hiperplasia papilar. Las atrofias papilares se producen en general cuando se alteran los elementos que intervienen en los procesos de oxirreducción del epitelio. Por ello hay atrofia en las carencias férricas, de vitamina B, de ácido nicotínico, etc.

(1). Sin modificación de las papilas linguales. En la poliglobulia o enfermedad de Vaquez la lengua es difusamente roja y las papilas linguales no se atrofian.

(2) Con atrofia de las papilas linguales. Las manchas rojas con atrofia pueden ser difusas o localizadas. A veces pare-

cen más erosiones que manchas. Difusas una de las más conocida en la lengua de Moeller, que se caracteriza por "manchas color rojo vivo, netamente delimitadas, con pérdida de la superficie epitelial, sin ulceraciones ni secreción y sin tendencia a extenderse en superficie, con sensación de quemadura muy molesta". También es conocida como glositis de Moeller. Localizadas. Se presentan por lo general en áreas. Se denominan glositis en áreas y se las observa en el estreñimiento, en neurópatas, en la vejez y a veces por causas indeterminables.

(3) Manchas rojas de la lengua con hipertrofia de las papilas, encontramos alrededor del 6° día de la iniciación de la escarlatina donde vemos aspectos sucesivos denominados 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.

Violáceas

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

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 del corion. Los enfermos padecen también de disfagia, alteraciones esofágicas, -- gastritis, alteraciones unguales (coiloniquia o uña en cuchara).

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 se observa también en el xantoma diseminado y en la lipoidoproteinosis.

Papilomas

Los papilomas linguales son muy frecuentes y generalmente -- originados por traumatismos (papilomas hiperplásicos sim- -- ples). También pueden ser displásicos.

Las papilas linguales, por irritación mecánica, pueden hipertrofiar y dan origen a pequeños papilomas. No es infre- -- cuente este hallazgo.

Queratosis

Es una lesión elemental constituida por estratificación o -- acúmulos de escamas. La queratosis lingual se observa en la leucoplasia de segundo grado y en algunas leucoqueratosis malformativas o displásicas y en líquenes. También la aspergilosis puede dar queratosis que adquieren aspectos lenticulares.

Esclerosis

En la lengua se manifiesta como un endurecimiento de la mucosa que se hace imposible de plegar. Este aspecto suele verse en la esclerodermia generalizada, en la cual la lengua -- aparece también retraída y pequeña. La sífilis terciaria, - además de gomas y esclerogomas, fisuras o úlceras, da la denominada esclerosis lingual, o lengua glaseada o de vidrio. - La esclerosis puede ser superficial o profunda. En la primera forma aparecen islotes poco numerosos o una lesión única-roja o descolorida, lisa, dura, con fisuras o leucoplasias a veces. La forma profunda toma el músculo, por lo general en los bordes o en la mitad anterior; las fisuras o surcos citados dividen la superficie de la lengua en lóbulos. La lipoidoproteinosis provoca una cierta esclerosis, retracción y adherencias linguales, y también la amiloidosis, que se acompaña con elementos con el aspecto de granos de sémola o sagú.

Necrosis y necrobiosis

Las necrosis y necrobiosis de la lengua pueden ser, en pri--mer término, mecánicas, físicas y químicas. En las necrosis aparece un surco que va aislando las partes destruidas para-dejar una ulceración que se reparará por cicatriz (ejem., necrosis por radium). El galvanismo, el fenol, la aspirina y-el perborato de sodio también pueden ocasionar necrosis. Como procesos infecciosos capaces de determinar necrosis o necrobiosis debemos citar la glositis membranosa piógena, excep-cional infección superficial determinada por los piococos.

Inflamación

En ocasiones la lengua se encuentra aumentada de tamaño en -

su totalidad aunque muy discretamente (sin que pueda hablarse de elefantiasis) o bien agrandada parcialmente por procesos inflamatorios. Las causas pueden ser múltiples pero la patogenia es generalmente alérgica, por alimentos, proteínas, etc. En muchos de esos casos los dientes dejan su impresión denominándose a este aspecto indentación. Muchas de las lenguas rojas no son máculas puras sino más propiamente máculas inflamatorias (con infiltración).

Las úlceras y ulceraciones de la lengua

Son consecutivas, por lo general, a necrosis, necrobiosis, -tubérculos y gomas. Las úlceras traumáticas son algunas veces producidas por malposiciones dentarias o prótesis. Pueden confundirse con epitelomas y a veces iniciarlos. En -- las de causas infecciosas encontramos la úlcera tuberculosa que tiene particular interés. La descripción clásica es: -- Que se observa en la edad adulta, especialmente en hombres; por lo general en la punta o en los bordes de la lengua. Po-- co profunda, de bordes irregulares, deshilachados, despegados, en los que por transparencia pueden observarse manchas o gránulos amarillos. Esta úlcera es blanda, duele con el -- movimiento y no durante el reposo. Es muy sensible al tocar la. Su evolución es crónica.

Edema

El edema en la lengua puede ser agudo como en las alergias -- de tipo alimenticio formando parte del cuadro del edema de -- Quincke. Los edemas crónicos se ven en enfermedades infec-- ciosas, en pénfigos y penfigoides y como secuela de radiacio-- nes. También en algunos procesos neurológicos aparecen como manifestación distrófica, pero todos estos edemas se acompa--

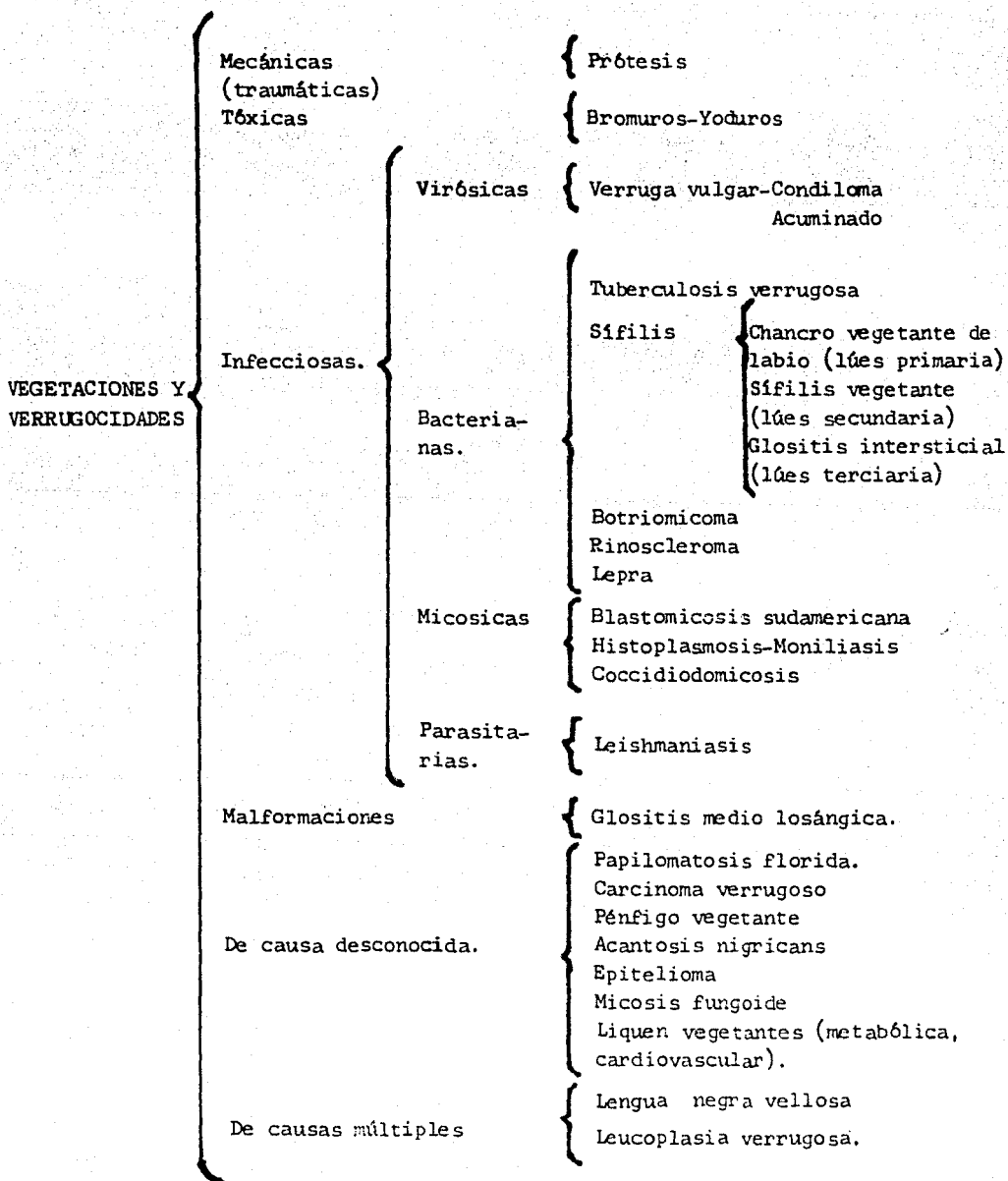
ñan de otras lesiones elementales. Hay edemas por administración de corticoides y los de las hipoproteinemias. Otros edemas pueden verse en cardíacos, nefríticos y por carencia de proteínas.

El nódulo

El nódulo necrótico de lengua se observa en la periadenitis mucosa necrótica recurrente y, en general, en los cuadros de aftosis.

PROCESOS VEGETANTES Y VERRUGOSOS ORDENADOS SEGUN SU ETIOPATOGENIA.

Las lesiones vegetantes y verrugosas son muy frecuentes e importantes en la mucosa bucal. A pesar de su agrupación semiológica conjunta la mayoría presenta caracteres que permiten su individualización y diagnóstico:



La vegetación es una lesión importante en la lengua. Se observa sobre todo en las enfermedades infecciosas crónicas.

La sífilis en el período secundario puede desarrollar aunque por excepción una lesión vegetante en la mitad posterior del dorso de la lengua, que, por su aspecto, suele denominarse - "en dorso de sapo". En la sífilis secundaria tardía se puede ver en la cara ventral de la lengua en especial, una lesión circunscripta, blanquecina grisácea, elevada, vegetante, con contornos arciformes y hendiduras que parten de él - hacia el interior, con un aspecto muy característico. La -- glositis intersticial del período terciario es también de tipo vegetante. La leucoplasia, cuyo origen o terreno sifilítico en la lengua es bastante frecuente, en su tercer período adquiere un carácter verrugoso.

Se cita además la lepra como factor de vegetaciones linguales. Las micosis, en especial la blastomicosis y la monilia sisis, pueden también originar vegetaciones en la mucosa lin-- gual.

La papilitis foliada es otro proceso vegetante propio de la lengua es la inflamación de las papilas foliadas. En muchas ocasiones esta lesión es el origen de cancerofobia. En la - mayoría de los casos, histológicamente, encontramos una hi-- perplasia de los folículos linfáticos. En la zona de las papilas foliadas se ven epitelomas.

Sífilis:

El chancro blando ha vuelto a tener incidencia significativa. Es necesario pensar en ese diagnóstico frente a un chancro - genital. El diagnóstico de la sífilis se hace sobre la base

de los caracteres clínicos de las lesiones y se confirma -- por el hallazgo de la espiroqueta en ellas, por las reacciones serológicas y eventualmente por la histopatología.

En la lúes tardía (terciarismo) los caracteres clínicos no suelen ser tan concluyentes y la reacción del V.D.R.L., pueden ser negativa. La histopatología, en ocasiones es dudosa. En este caso, la FTA-ABS tiene mayor valor, así como la prueba terapéutica.

Manifestaciones bucales de la sífilis.

La infección sifilítica se hace en la gran mayoría de los casos por contagio de tipo venéreo (contacto intersexual).

La sífilis precoz en la lengua se observa un tipo fisurado. Se localiza en la mitad anterior comenzando por la punta; se ve una fisura y al separar sus bordes se aprecia una erosión que la rodea. La segunda forma de chancro lingual atípico es el llamado de infiltración plástica en el cual aparece -- con una zona dura infiltrada e indolora.

El chancro sifilítico de lengua se observa con una erosión central, rodeada de un marco inflamatorio, con base indurada. No hay dolor, en ocasiones.

Tratamiento:

En la actualidad la penicilina es la medicación antisifilítica más eficaz y segura. No se conocen casos de resistencia del treponema a dicha medicación.

H I P E R T R O F I A.

Llamamos hipertrofia o elefantiasis a un aumento de tamaño - de una región o de todo un sector topográfico como, por ejemplo, el labio, la encía, la lengua. La Hipertrofia de la -- lengua lleva el nombre de macroglosia, la de la encía macrullia, la del labio macroqueilia.

En realidad, el término elefantiasis habitualmente es usado para referirse a lesiones de tipo crónico y en especial de origen linfático. Tampoco la denominación de hipertrofia se emplea clínicamente. Es más bien de uso histológico. Sin embargo, no hemos hallado otras denominaciones más adecuadas para esta lesión semiológica tan importante de la mucosa bucal.

Según su origen las elefantiasis pueden ser:

- 1° Tóxicas, como la producida por la dilantina, que trae una elefantiasis de la encía de tipo fibromatoso.
- 2° Infeciosas, como la macroqueilia de la blastomycosis sudamericana o de las erisipelas a repetición, del herpes, de los lupomas, del granuloma inguinal, de las leishmaniasis, de la lepra o la macroglosia de los sifilomas difusos.
- 3° Displásicas, generalmente congénitas, como la macroglosia congénita o la lengua escrotal y también la hipertrofia gingival de la fibromatosis difusa.

4° Metabólicas, como la observada en la lengua de la amiloidosis.

5° Endócrina, como la macroglosia del hipotiroidismo y la -- acromegalia.

CUADRO DE PROCESOS QUE DAN ELEFANTIASIS O HIPERTROFIAS

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Elefantiasis o Hipertrofia | Tóxicas | { Elefantiasis de encía por dilantina. |
| | Infecciosas y parasitarias. | { Macroqueilia de la blastomicosis sudamericana, de las queilitis glandulares, de las erisipelas a repetición, de las furunculosis y de la tuberculosis, herpes, granuloma, inguinal, lepra, leishmaniasis, filariasis. |
| | | Macroglosia sifilitica. |
| | | Macroglosia de la histoplasmosis |
| | | Macrulia del rinoscleroma. |
| | Displásicas o Malformativas. | { Macroglosia congénita-lengua escrotal |
| | | { Hipertrofia fibrosa de las tuberosidades. |
| | | Macrulia de la fibromatosis difusa. |
| | | { Elefantiasis de encía de la esclerosis tuberosa. |
| | | { Hemangiomas y hemolinfangiomas. |
| Sanguíneas o Hemáticas | { Macrulia hipertrófica de la leucemia aguda. | |
| | { Macrulias hipertróficas de los linfomas. | |
| Metabólicas. | { Macroglosia y macrulia por amiloidosis. | |
| Endócrinas. | { Hipotiroidismo (macroglosia), Macrulia hiperplásica de la pubertad y embarazo. | |
| | Macroglosia acromegálica. | |
| Blastómas | { Epitelioma espinocelular de labio. | |
| Patogenia alérgica | { Edema de Quinke (Macroqueilia y macroglosia). | |
| Patogenia Discutible | { Aftosis de Beheet | |
| | { Macroqueilitis de Miescher y síndrome de Melkersson Rosenthal. | |
| | { Macroqueilia y macrulia de la acantosis nigricans. | |

IMPORTANCIA Y DIAGNOSTICO DE LAS HIPERTROFIAS O ELEFANTIASIS BUCALES.

Algunas hipertrofias de la lengua, de los labios y de las en cias acompañan a otras manifestaciones o lesiones elementales. En esos casos la hipertrofia es un epifenómeno y tiene en si menor importancia diagnóstica: tal es el caso del herpes simple (vesículas en ramillete) y de otras enfermedades infecciosas: blastomicosis sudamericana (erosiones lardáceas con puntillado rojizo), sífilis (esclerosis de lengua), tuberculosis, etc., de algunos procesos malformativos y blastomas: hemolinfangioma, angiomas, epiteliomas; de la aftosis (necrosis); de la lengua escrotal (surcos exagerados); de la queilitis apostematosa (pus e infiltración, adenopatías), y de los linfomas. Pero en otros casos reviste capital importancia, pues es la única lesión aparente. .

La macroglosia del mongólico y del hipotiroideo puede ser re conocida porque se acompaña de manifestaciones evidentes del origen de esa elefantiasis que le restan valor semiológico.

En cambio, la macroglosia de una histoplasmosis es un elemen to de diagnóstico a tener en cuenta porque en ocasiones, es uno de los signos más ostensibles. Es una lengua grande, -- enorme, a veces con una fisura medio lingual bien evidente. -- Se observa en adultos; hay sialorrea: el paciente ha enfla-- quecido y, por lo general, es desdentado. Se asocia frecuen temente a tuberculosis pulmonar. Casi siempre el médico -- frente a un tuberculoso pulmonar con úlceras linguales piensa en una causa común y se descuida la posibilidad de la -- existencia asociada de histoplasmosis. Esa macroglosia con ulceración o fisura medio lingual es muy característica del proceso.

Traumatismos:

Los traumatismos dentarios y protéticos son causa frecuente de procesos prácticamente benignos (la hiperplasia de la mucosa palatina, de los surcos vestibulares y linguales, etc.) y de otras lesiones que pueden sufrir la transformación cancerosa (úlceras traumáticas, leucoplasias) y que es necesario saber reconocer.

En individuos neuróticos, por la costumbre de morderse continuamente las partes blandas de la boca, suelen observarse lesiones provocadas por los dientes o prótesis, llamadas morsicatio buccarum (mucosa mordiscada). Los dientes pueden dar lugar, además, a heridas incisivas en casos de accidentes, ataques de epilepsia, etcétera.

Los dientes, al apoyarse sobre la lengua o mucosa, son los agentes de la llamada "indentación" o impresión dental que se observa a menudo, sobre todo a nivel de la línea de oclusión o articulación dentaria intermaxilar.

Los traumatismos de la mucosa capaces de ser determinados -- por los dientes o las prótesis son:

- (1) Mordeduras accidentales;
- (2) Ulceraciones y úlceras traumáticas;
- (3) Mucosa mordiscada o morsicatio buccarum;
- (4) Lesiones por decúbito;
- (5) Lesiones del borde lingual (glositis marginal).

Mordeduras accidentales:

Esta forma de lesión traumática es bastante usual. Puede -- producirse al hablar o al comer, por lo general en esos ca-- sos se observan lesiones pequeñas en la lengua.

Suelen presentarse casos más severos en accidentes (choques, caídas, etc). Las heridas de la lengua se acompañan, por lo común, de dolor intenso y muchas veces, según la intensidad del traumatismo, de hemorragia, hematomas y pronunciado edema, que alteran la masticación, la deglución y la fonación.

La mala oclusión o las malposiciones dentarias pueden dar lu gar a diversos tipos de traumatismos, generalmente crónicos.

Histológicamente las mordeduras accidentales suelen traducir se en heridas cortantes.

Ulceraciones y úlceras traumáticas:

La úlcera traumática suele ser causada por traumatismos con-- tinuados y de poca intensidad.

Los diversos factores etiológicos en juego pueden ser: una - pieza dentaria cariada o fracturada (en cada caso, con bor-- des cortantes o filosos), así como malposiciones dentarias, - aparatos protéticos mal adaptados o con bordes sobreextendi-- dos, ganchos, etc.

La úlcera traumática es un proceso de observación frecuente. Se presenta por igual en los dos sexos y a cualquier edad. - Por ser considerada como lesión estadísticamente precancero-- sa, es de mayor importancia evolutiva después de los 40 años.

Se localiza casi siempre a nivel de los bordes de la lengua (especialmente en el tercio medio), aunque en ocasiones puede manifestarse en su cara ventral.

Morsicatio Buccarum.

Este proceso ejecutado como hábito se observa en pacientes de toda edad, sin distinción de sexo, que presentan, por lo común, alteraciones emocionales (estado de tensión, neurosis, etc.).

Clínicamente la mucosa mordiscada se presenta, la mayoría de las veces, bajo la forma de ligeros pliegues blanquesinos -- edematosos, con descamación superficial, ubicados en la línea de oclusión dentaria. Se observa regularmente en los bordes de la lengua.

Tratamiento.- Consiste en psicoterapia y sedantes. Es fundamental hacer comprender al paciente el origen de su lesión.- Como tratamiento local son útiles los ungüentos con corticoides, masajeando la zona afectada.

MISCELANEA DE OTRAS LESIONES
ELEMENTALES DE LA LENGUA.

Telangiectasias y varicosidades.- Las ectasias vasculares -- pueden aparecer como manchas y hasta por un excesivo desarrollo dar lugar a tumores (hemangiomas); en ocasiones adoptan el aspecto de cordones vasculares simples o tortuosos elevados sobre la superficie mucosa. En este último caso se denominan várices o varicosidades, como las seniles, sublinguales que a veces son motivo de glosodínias.

Las varicosidades linguales.- Pueden estar asociadas a esofágicas. En casos de hematemesis de difícil diagnóstico, la comprobación de várices linguales indica la posibilidad de que la misma sea provocada por várices esofágicas.

Cuando no adoptan esa disposición de cordón tortuoso, la denominación corriente es la de ectasias vasculares o telangiectasias que a veces se asocian a pequeñas dilataciones denominadas microaneurismas.

Induración:

En ciertos procesos como en la calcinosis, la lipoido-proteinosis y algunos cánceres del piso de la boca, la mucosa se indura. Sus bordes pueden ser difusos o circunscriptos y su consistencia va de lo fibromatoso a lo cartilaginoso. No pudiendo ubicar este aspecto de la mucosa dentro de las lesiones elementales ya conocidas, porque sus características clínicas e histológicas son diferentes de la esclerosis, creamos necesario utilizar para dichas ocasiones la denominación de placa indurada. Se acompaña por lo general de eritema, dolor, secreciones espesas ubicadas en los surcos gingivoyuga

les o vestibulares anteriores y de fisuras, especialmente --
linguales. Trastornos de la deglución, de la masticación, --
de la palabra y caries, son consecuencias de esta xerostomía.
Ese aspecto de la mucosa, en tales ocasiones, tiene que te--
ner su denominación semiológica que es la universalmente --
aceptada de xerostomía. La lesión es típica del síndrome de
Sjogren, pero otros procesos que señalaremos en el capítulo-
de síntomas pueden también dar xerostomía.

Hematoma Lingual:

Es una colección sanguínea que se produce en el interior de--
la mucosa a la que infiltra. Puede ser traumática o no. En
este último caso forma generalmente parte de alguna enferme-
dad purpúrica. Se observa en especial en la enfermedad de --
werlhof. Debe diferenciarse de las ampollas hemorrágicas, --
lesión de contenido líquido, de formación suepitelial super-
ficial cuyo mecanismo de producción y aspecto difieren del --
hematoma. En ocasiones la sangre de una ampolla se coagula-
en su interior y puede presentarse aún más a confusión con --
los hematomas.

Surco:

Lesión lineal que recuerda exactamente la fisura o grieta pe-
ro sin presentar solución de continuidad en su fondo es de-
cir, que la recubre mucosa sana.

Se observa, en especial, en la lengua escrotal y en procesos
con atrofia de papilas linguales. La sífilis secundaria ori-
gina surcos a causa del edema e infiltrado plasmocitario. --
También pueden verse surcos en algunas malformaciones en es-

pecial en la disqueratosis hereditaria familiar intraepite--
lial de Witkop, en la enfermedad de Darier y en el nevo blanco
esponja.

Atrofia e hipertrofia de las papilas linguales:

Las papilas se modifican o alteran con frecuencia; tanto en--
la mayoría de las llamadas enfermedades propias de la lengua
como en enfermedades generales. Pueden atrofiarse disminu--
yendo de tamaño o de número, dando a la lengua aspecto liso--
o, por lo contrario, pueden hipertrofiarse.

En la lengua escrotal las papilas fungiformes se destacan en
las salientes o circunvoluciones que separan los surcos.

En la lengua geográfica existe una lesión central atrófica --
rodeada de escamas. En la parte central faltan las papilas--
filiformes y la superficie se presenta roja, brillante con --
algunas papilas fungiformes. En la glositis de Pantrier o --
"romboidal" la placa oval central es despapilada.

Las glositis en áreas se caracterizan por zonas atróficas --
despapiladas que recuerdan mucho a las que pueden verser en--
la sífilis secundaria.

La lengua negra vellosa constituye entre las enfermedades --
propias de la lengua la más ligada a las modificaciones papi--
lares.

La causa fundamental es una hipertrofia de las papilas fili--
formes; las que pueden asemejarse a una cabellera. También--
en la llamada papilitis foliada, estas papilas se hipertro--
fian e inflaman.

Son múltiples los procesos generales que modifican las papilas linguales.

Se sabe que la carencia de factores enzimáticos de la oxidación trae como consecuencia una atrofia papilar. Desaparecen primero las papilas filiformes y secundariamente las fungiformes. Estos factores están ligados a vitaminas del complejo B y el hierro. Por ello hay atrofia papilar en las -- anemias e hipovitaminosis. En las anemias hipocrónicas hay además palidez; en la perniciosa, enrojecimiento y dolor; en las aplásticas, ulceraciones y necrosis. En las hipovitaminosis B la lengua es roja o violácea, dolorosa, y frecuentemente existen asociadas queilitis o queilosis comisural, necrosis, etc.

Otros procesos que dan despapilación son: la enfermedad de Sjogren, cánceres avanzados, cirrosis hepática, vejez, liquen rojo plano, hipotiroidismo.

Las hipertrofias papilares son menos comunes. Se observan en el comienzo de la escarlatina (lengua de fresa o frambuesa). También en algunas hiperclorhidrias y enfermedades de la piel, como acantosis nigricans, enfermedad de Darier.

Lengua saburral:

Es el aumento de la capa de revestimiento normal del dorso lingual constituida por células epiteliales descamadas, mucus, leucocitos, bacterias, alimentos, cristales de colesterol, etc. La saburral se ubica entre las lenguas de hipertrofia papilar. El dorso de la lengua puede aparecer con una capa de revestimiento espesa, blanca, amarilla o parda,

a veces como tostada. La lengua se seca.

La lengua saburral se observa en los casos en que falta el -
arrastre mecánico (fisiológico) de la masticación o la sali-
vación tal como sucede en las enfermedades febriles, deshi--
dratación, operaciones, y peritonitis. También en respirado
res bucales y en afecciones del sistema nervioso.

ALGUNAS AFECCIONES INCLASIFICABLES DE LA LENGUA

Glositis losángica media.- Esta afección, descrita por Broco y Pautrier, consiste en una placa alargada, de consistencia firme, superficie ligeramente mamelonada, color rojizo, absolutamente indolora, localizada delante de la V lingual.

Pasa muchas veces inadvertida por su indolencia y es rebelde a todos los tratamientos, persistiendo indefinidamente.

Lengua escrotal.- Es una malformación congénita, a veces familiar, caracterizada por la existencia de surcos profundos que dan a la lengua un aspecto cerebriforme, comparado también al de la piel del escroto.

Glositis exfoliatrix marginada.- Consiste en la aparición de manchas rojas, de superficie lisa, rodeadas de un borde blanquecino de descamación, de unos 2 mm., de anchura. Cambian incesantemente de forma; se curan unas mientras aparecen otras, y por confluencia dan lugar a lesiones circinadas, anulares, festoneadas.

No determina molestias; la base no está infiltrada; en personas aprensivas es causa muchas veces de cancerofobia.

Su etiología es desconocida, lo mismo que el tratamiento; se confunde por los médicos generales muchas veces con placas sifilíticas, dando lugar a errores lamentables.

Las placas lisas de la lengua se diferencian de la glositis-exfoliatrix por la ausencia de roborde blanquecino. Unas veces son indoloras; otras, coinciden con glosodinia y pueden-

ser motivadas por múltiples causas: tuberculosis, trastornos gastrointestinales, mal estado de la dentadura, etc.

Lengua negra vellosa. - Es un hiperqueratosis de las papilas linguales, desmesuradamente alargadas, llegando a tener algunas veces más de un centímetro, de color negruzco.

Examinadas al microscopio, las papilas aparecen cubiertas -- por una masa queratinizada, cuyas laminillas se imbrican como las escamas de una piña. Esta distrofia, que puede existir aislada o asociarse con otras disqueratosis, como la -- acantosis nigricans, ha sido erróneamente considerada de orí gen parasitario.

Persiste años enteros, sin modificarse, cayéndose temporalmente todas o la mayor parte de las vellosidades, para formar nuevamente al poco tiempo.

No existe tratamiento eficaz. Darier recomienda enjuagues -- alcalinos y pincelaciones con solución alcohólica de ácido -- salicílico al 5 o 10 por 100.

TUMORES DE LA LENGUA

Los tumores de la lengua, nombre que usamos en sentido semiológico y que, de acuerdo con su origen, pueden ser malformativos o displásicos, hiperplásicos simples o tumores auténticos o blastomas.

Entre los tumores malformativos encontramos a veces en la -- lengua, tejido tiroideo aberrante (coristomas). Citaremos -- también los hemolinfangiomas.

Entre los tumores hiperplásicos simples mencionaremos los -- quistes, especialmente los mocoides, que es el nombre dado -- a los de las glándulas salivales menores, más corrientes en -- la cara ventral. Son de fácil diagnóstico por su aspecto. -- En caso de duda, su punción da salida a un líquido filante, -- mucoso, de gran elasticidad, que se extiende a manera de -- puente entre la aguja que punza y el quiste., Hemos observa-- do también quistes secundarios a una cisticercosis.

Entre los tumores hiperplásicos es muy común el botriomicoma o granuloma piógeno de naturaleza infecciosa estafilocócica, que sangra y duele, presentando además erosiones del epite-- lio de cubierta. Tiene, por lo general, una estrangulación-- en la superficie de implantación llamada cuello. Otra hiper-- plasia que ha sido observada en la lengua es el queratoacan-- toma o hiperplasia pseudoepiteliomatosa idiopática. Su aspec-- to clínico es el de un epitelio vegetante pero no lo es -- histológicamente. La evolución es aguda y cura espontánea-- mente en meses. Su causa es desconocida, aunque algunos au-- tores sugieren que es virósica.

Los blastomas auténticos pueden ser de origen mesodérmico o ectodérmico.

Los mesodérmicos se clasifican en benignos o malignos. Los benignos son más comunes: fibromas, lipomas y miomas. Entre estos últimos, el mioma de células granulosas es bastante -- frecuente, aunque este tumor, generalmente es de origen malformativo y no un auténtico blastoma. Los malignos (sarcomas en general) son de extrema rareza.

Entre los de origen ectodérmico de naturaleza maligna hallamos a los epitelomas, casi siempre espinocelulares de gran frecuencia y peligrosidad.

Los epitelomas malignos de la lengua aparecen por lo general en hombres, como complicación de lesiones precancerosas -- (leucoplasias, úlceras traumáticas y liquen erosivo y queratótico especialmente). Hay que analizar independientemente los ubicados en el dorso, en el vientre o en los bordes laterales por tener factores predisponentes, signos particulares y malignidad distinta. Su recuperación ganglionar también -- es diferente. El dolor es un síntoma frecuente en estos epitelomas, así como la sialorrea, la halitosis, las hemorragias, la dificultad para hablar y comer y el enflaquecimiento. Pueden ser ulcerados, vegetantes o intersticiales. Los primeros tienen el borde evertido y son indurados. Los epitelomas del dorso y caras laterales en su mitad anterior -- son de menor malignidad que los posteriores. Sus metástasis las hacen, por lo general, en las regiones suprahioides o -- carotídeas. Los del vientre y base de la lengua son muy malignos por su rápida diseminación linfática.

CONCLUSIONES

Se ha podido realizar la elaboración de esta tesis con los datos obtenidos de la exploración directa del paciente y -- con la recopilación de experiencias dadas por diferentes autores; por lo que se concluye lo siguiente:

Es indispensable el conocimiento de la anatomía de la lengua para llegar a un buen diagnóstico.

Histológica y embriológicamente la lengua tiene características muy específicas que debemos tomar en cuenta para poder -- saber diferenciar su estado de salud y patológico.

La Fisiología de la lengua es de suma importancia dada la -- participación activa que tiene en el lenguaje, en la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil y como sentido del gusto.

La saliva juega un papel muy importante dentro de la ecología bucal y en todos los procesos de enfermedades bucales ya sea en forma directa o secundaria, por lo que hay que tener presente su Bioquímica.

Hay que tener presente el estado de salud de un órgano, para poder saber diagnosticar una patología en el mismo.

Las glosopatías que, en la practica, se observan con más frecuencia o aquellas que ofrecen características peculiares, -- son muchas y variadas.

Las llamadas enfermedades propias de la lengua se pueden ver con frecuencia. Ellas son: La lengua escrotal, procesos mal

formativos, la lengua geográfica, de etiopatogenia discutible, que suele asociarse a la lengua escrotal, la lengua negra vellosa, resultante por lo general del uso de antibióticos o de alcalinos; y la glositis de Pautrier o romboidal, - que hallamos dentro de la "V" lingual y que se atribuye a la persistencia del tubérculo impar.

Las leucoplasias adquiridas, con las características que ya hemos señalado (mancha, queratosis y verrugosidad), son también procesos de singular frecuencia en la lengua.

Las despilaciones linguales, casi siempre secundarias a -- procesos carenciales, que obliga muchas veces a intensificar la búsqueda difícil de su etiopatogenia; la glositis en áreas es poco frecuente y dificultoso el hallazgo de su origen y - su tratamiento. Es más bien un síndrome.

Algunas pigmentaciones melánicas linguales son por lo general raciales, pero también pueden obedecer a medicaciones, - entre las que figuran en primer término los antipalúdicos.

Como seudomanchas de color blanco son frecuentes las provocadas por moniliasis; las de color verde se observan en los tomadores de mate.

Los procesos ampollares son de localización lingual frecuente, mereciéndose destacar el aspecto fisurado que ofrece el pénfigo en el dorso de la lengua y que es de importancia - - diagnóstica.

Refiriéndonos a fisuras ocasionalmente la sífilis secundaria tardía, muestra algunas en el dorso de la lengua.

Dentro de las macroglosias, además de la que suele acompañar a la lengua escrotal, mencionaremos como muy importante para el diagnóstico la observada en la histoplasmosis.

Los papilomas son también sumamente frecuentes en la lengua.

Por lo que es importante que el cirujano dentista, realice - un estudio clínico completo, ya que en estos casos al ser el primero en detectar una patología lingual, se puede llegar - al diagnóstico oportuno de un padecimiento general; siendo - esto de gran beneficio para el paciente ya que implica un me - jor tratamiento integral. Manejándose el caso en forma con - junta con el especialista adecuado.

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

DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.

"ANATOMIA HUMANA"

TOMO III CAP. 2

DECIMA TERCERA EDICION

EDITORIAL PORRUA, S.A. 1975

PAG. 69 - 84.

DR. ARTHUR W. HAM Y PROF. THOMAS SYDNEY LEESON.

"TRATADO DE HISTOLOGIA"

CAP. 23, CUARTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1963.

PAG: 567 - 571.

DR. JAN LANGMAN.

"EMBRIOLOGIA MEDICA"

CAP. 12, PRIMERA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1964

PAG: 203 - 204.

VASIL G. TATARINOV.

"ANATOMIA Y FISILOGIA HUMANAS"

PRIMERA EDICION (UNICAS).

EDITADO POR: FERNANDO ALDAPE BARRERA.

YUKON 1 - A MEX. 12 D.F.

PAG: 130 - 131.

DR. ARTHUR C. GUYTON.

"TRATADO DE FISILOGIA MEDICA"

CAP. 52, TERCERA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1967

PAG: 738 - 739.

DR. WILLIAM F. GANONG.
"MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA"
CAP. 10, CUARTA EDICION
ED. EL MANUAL MODERNO, S.A. 1974.
PAG: 132 - 133.

JOSE LAGUNA.
"BIOQUIMICA"
CAP. 7, SEGUNDA EDICION.
ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA. 1970
PAG: 184 - 185.

DAVID GRINSPAN.
"ENFERMEDADES DE LA BOCA"
CAP. III-A, III-C, VII-A,
TOMO I
EDITORIAL MUNDI S.A. C.I.F. 1973
BUENOS AIRES ARGENTINA.
PAG: 107 - 115, 157 - 163, 300 - 330.

DAVID GRINSPAN
"ENFERMEDADES DE LA BOCA"
CAP. XVII, XXIII
TOMO II
EDITORIAL MUNDI S.A. C.I.F. 1973
BUENOS AIRES ARGENTINA.
PAG: 792 - 798, 1,053 - 1,065.

S.N. BHASKAR.
"PATOLOGIA BUCAL"
CAP. V, SEGUNDA EDICION
EDITORIAL "EL ATENEIO" BUENOS AIRES 1974
PAG: 397 - 405.

PROF. DR. JOSE GAY PRIETO.
"DERMATOLOGIA"
SEPTIMA EDICION
EDITORIAL CIENTIFICO-MEDICA 1971
BARCELONA ESPAÑA.
PAG: 962 - 963.

ANTHONY N. DOMONKOS, M.D. F.A.C.P.
TRATADO DE DERMATOLOGIA
SEGUNDA EDICION. CAP. 33
SALVAT EDITORES, S.A. 1975, BARCELONA ESPAÑA.
PAG: 950 - 954.