

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
Facultad de Odontología

HOSPITAL CLINICO REGIONAL
Servicio Dental
Jefe del Servicio: Prof. Dr. René Louvel B.

LA LENGUA Y SU CLINICA

Por VINKA IVANOVIC YUTRONIC

1955

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
Facultad de Odontología

HOSPITAL CLINICO REGIONAL
Servicio Dental
Jefe del Servicio: Prof. Dr. René Louvel B.

LA LENGUA Y SU CLINICA

Por VINKA IVANOVIC YUTRONIC

1955

LA LENGUA Y SU CLINICA

Por VINKA IVANOVIC YUTRONIC

DOS PALABRAS

Habiendo observado que numerosas afecciones se localizan con predilección en la región lingual, como así también, la susceptibilidad que presenta este órgano ante las diferentes alteraciones que suelen encontrarse en la cavidad bucal, hemos querido, enfocar esta tesis desde el punto de vista de la patología lingual y observar sus manifestaciones clínicas, ya que en nuestro país muy poco se ha escrito sobre el particular, en relación al extranjero.

Antes de terminar, séame permitido agradecer profundamente al Dr. Louvel, titular de Parodontia y Patología Estomatológica y Jefe del Servicio Dental del Hospital Clínico Regional, quién me dió toda clase de facilidades e indicaciones, teniendo además la gentileza de facilitarme observaciones de su causuística particular.

ENFERMEDADES DE LA LENGUA

Para facilitar el desarrollo de nuestro tema, hemos querido ceñirnos a una clasificación, que de acuerdo con los diferentes tratados, consideramos como la más indicada.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE LA LENGUA

- 1.0 Lesiones congénitas
- 2.0 Lesiones traumáticas
- 3.0 Lesiones inflamatorias
- 4.0 Lesiones neoplásicas

LESIONES CONGENITAS: En primer lugar debemos considerar la Aglosia afección rarísima caracterizada por la ausencia total de la lengua por deficiente desarrollo embrionario.

La lengua existe sólo como una pequeña protuberancia redondeada.

La deglución y masticación así como también la fonación se encuentran casi totalmente ausentes.

MICROGLOSIA: En este caso la lengua existe pero es anormalmente pequeña y no hay que confundirla con la atrofia lingual patológica.

MAGROGLOSIA: Consiste en la hipertrofia del órgano sin deformación, aunque a veces puede presentar cierta alteración en su forma. Puede existir al nacer o desarrollarse después. Se presenta casi siempre en aquellos enfermos con cretinismo, idiotez, mixedema, linfoma difuso, etc.

Los diferentes patólogos están de acuerdo en que no todos los elementos que forman la lengua se hipertrofian sino se realiza a expensas de dos tejidos: el linfático y el muscular con esclerosis del tejido conjuntivo; es así, como tenemos dos tipos de Macroglósia: la de origen linfático y la muscular.

Si bien los trabajos realizados por Wagner, sobre infangioma, demuestran perfectamente la participación del tejido linfático, no se puede negar la macroglósia de origen muscular.

MACROGLOSIA DE ORIGEN LINFATICO: Es la más frecuente y puede ser simple, cavernosa o quística; es difusa y determina la hipertrofia general de la lengua. Otras veces es nodular y forma tumores circunscritos en el dorso y borde de la lengua.

Los vasos sanguíneos también suelen sufrir alteraciones conjuntamente con los linfáticos produciéndose un linfangioma.

MACROGLOSIA DE ORIGEN MUSCULAR: Variedad más rara, aquí las fibras musculares se encuentran aumenta-

das en lo que se refiere a su número, sin alterar su forma. Es el tipo característico de los cretinos, además va acompañada con otras hipertrofias.

La literatura describe un caso de macroglosia neurofibromatosa, en la cual, hay alteración del tejido endo y perinervioso, sin participación de ningún otro tejido.

Al principio esta hipertrofia, lo mismo sucede en cualquier tipo, es aparente, luego crece y llega un momento que la lengua casi no puede permanecer en la boca.

En períodos avanzados alcanza dimensiones que semejan un verdadero tumor, lo cual no permite cerrar la boca y como descansa sobre los dientes anteriores inferiores, éstos llegan a incrustarse en la cara inferior produciendo ulceraciones. Como se comprende las funciones linguales se encuentran completamente perturbadas y, como mantienen la lengua fuera de la boca, la saliva fluye en abundancia.

En lo que se refiere a la etiología es muy oscura, si bien es frecuente en los cretinos e idiotas nada en realidad se ha establecido.

LENGUA BIFIDA: Es muy rara y puede presentarse aislada o asociada al labio leporino complicado. La división puede ser de la punta, o alcanzar hasta el pliegue glosopiglótico medio, semejando a veces dos lenguas colocadas una al lado de la otra. Los bordes de la fisura son lisos y recubiertos por mucosa normal, el frenillo intacto puede presentarse dividido en dos.

La bifidez, en realidad, no se ha podido explicar; para His se debería a una adherencia anormal entre el esbozo lingual y el tronco aórtico, que al descender en el tórax, dividiría en dos mitades el esbozo lingual.

LENGUA FISURADA CEREBRIFORME: Llamada también con exactitud, pero con poca delicadeza, lengua escrotal, por su semejanza con el escroto humano, es una lesión congénita que puede ser hereditaria, es más o menos frecuente y pasa fácilmente inadvertida puesto que no produce molestias, y sólo accidentalmente se descubre.

SINTOMAS OBJETIVOS: Son generalmente de volumen algo aumentado y su coloración es de un rojo más intenso que lo normal, puede variar hasta el rojo granate. La cara dorsal se presenta atravesada por surcos profundos, que toman diferentes posiciones en relación al surco central, constituyendo así diferen-

tes tipos: foliado, cerebriforme, etc. El cuadro es más característico cuando se hace sacar la lengua y vemos que se des- pliega en forma de abanico.

TIPO FOLIADO: Los surcos son profundos de bordes cortados a pico dispuestos como la nervadura de una hoja, partiendo desde los bordes hacia el surco central. Las papilas presentan una marcada hipertrofia.

TIPO CEREBRIFORME: Los surcos son menos profundos de bordes redondeados y su disposición anormal semeja vagamente a las circunvoluciones cerebrales.

Al corte histológico ambos tipos se presentan perfectamente tapizados por epitelio uniforme y a veces con ligeras hipertrofias; no hay inflamación ni ulceración, los bordes de la lengua presentan el aspecto característico de un abanico.

SINTOMATOLOGIA: No hay casi ninguna salvo una cierta sensibilidad gustativa y a toda irritación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Cuando se trata del tipo foliado hay que diferenciarlo de la glositis esclerosante sifilítica; la glositis es adquirida y al examen los surcos se presentan inflamados y sanguinolentos. Y en lo que se refiere a la distribución de los surcos: en la glositis sifilítica están siempre dispuestos en sentido longitudinal, paralelos al surco central, en cambio, en la lengua foliada los surcos son transversales más o menos oblicuos y simétricos.

Además la glositis sifilítica es dolorosa y la lengua es dura en su totalidad.

El diagnóstico diferencial se hace más difícil, cuando se trata de una lengua cerebriforme, puesto, que, el aspecto general es más o menos parecido y, aún más, no debemos olvidar que la lengua fisurada puede sufrir en sus surcos procesos de fermentación, por acumulo de restos alimenticios, inflamándose sangrando y haciéndose dolorosa. Aquí sólo nos queda recurrir al examen de laboratorio.

ETIOLOGIA: Para algunos es coexistente con otras mal formaciones maxilodentarias, pero con frecuencia se presenta en personas normales.

PATOGENIA: Existen sólo teorías y es así como Bianchini considera que se debería a un desarrollo anormal de la musculatura lingual superficial y la mucosa se insinuaría en los intervalos, o sea

en los espacios dejados entre las fibras musculares.

Para Payenneville sería la falta de paralelismo en el desarrollo de la mucosa y la musculatura, en particular el músculo lingual superior.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento posible, eso sí que hay que recomendar una rigurosa higiene para evitar las fermentaciones.

LESIONES TRAUMATICAS

Con relativa frecuencia se observan alteraciones linguales producidas por agentes térmicos, cáusticos, microtraumatismos y heridas por armas de fuego o por objetos cortantes.

Estos traumatismos, según sea su naturaleza, son seguidos por una simple inflamación, o bien pueden llegar a producir ulceraciones de cierta consideración.

Cuando el traumatismo es pequeño, se produce un proceso inflamatorio con toda la gama que lo caracteriza (calor, dolor, tumor, rubor), además hay dificultades para mover la lengua, pero, todo este cuadro evoluciona rápidamente y desaparece en pocos días.

Si estamos en presencia de un traumatismo mayor y prolongado, ya no sólo se produce una inflamación, sino que, se forma una úlcera de bordes indurados con exudado gris o amarillento. Su evolución es larga y muchas veces, aunque se elimine la causa, la úlcera sigue tomando un carácter, si se quiere, maligno.

Los restos radiculares, como así también los bordes cortantes de las cavidades producidas por caries y los aparatos protésicos suelen actuar, gracias al roce, por el continuo movimiento lingual, como microtraumatismo llegando a producir ulceritas dolorosas, que desaparecen, al eliminar la causa.

Estas ulceritas están en relación con el diente o gancho de placa causante, aunque suele suceder que muchas veces no se presentan en el sitio del agente causal, así vemos úlceras producidas por caninos, a nivel de los molares, debido a la movilidad de la lengua.

ALTERACIONES CAUSTICAS: Dependen de la calidad del cáustico, tenemos por ejemplo lesiones superficiales producidas por el abuso de astringentes, los germicidas en soluciones concentradas, etc.

Algo más considerable son las quemaduras producidas por medicamentos usados en el tratamiento radicular.

El cuadro es ya más grave, cuando por error o con fines de suicidio se ingieren ciertos cáusticos, que producen grandes quemaduras por su rápida distribución.

Las corrientes galvánicas producidas por la existencia de diferentes metales en la boca, teniendo como electrólito la saliva, (cuya intensidad depende del P. H. de la saliva y del aspecto de la superficie del metal), producen grandes descamaciones linguales, acompañadas con molestias, tales como, la sensación de quemadura y la hipersensibilidad a las especies.

HERIDAS TRAUMATICAS: Las más frecuentes son las producidas durante la masticación, y no tienen ninguna importancia sanando rápidamente.

Más serias son las producidas por un golpe en el mentón, la lengua al ser apriionada entre los dientes puede ser profundamente herida y algunas veces llegar a la sección.

Igualmente serias son las producidas durante una crisis convulsiva, sobre todo en los epilépticos y el tétano (en los epilépticos se producen cicatrices especialmente que sirven muchas veces para su diagnóstico).

Las heridas por instrumentos cortantes son raras, más frecuentes y más graves son las producidas por armas de fuego, puesto que destruyen la masa muscular, la herida es muy irregular y muchas veces quedan cuerpos extraños. (Esquir las óseas, restos metálicos, restos de dientes).

En estos casos la sutura indicada en las heridas debe hacerse con cuidado después de una limpieza rigurosa.

Muchas veces estos cuerpos extraños son perfectamente tolerados, durante meses o años, sin ocasionar ninguna molestia, y pueden pasar inadvertidos. Otras veces, y es lo más frecuente, se produce un absceso circunscrito duro, poco doloroso y comunicado, algunas veces, con el exterior por una fistula, más tarde puede evolucionar hacia un flegmon, de ahí la necesidad de extraerlos a tiempo.

TRATAMIENTO: En general el tratamiento consiste en la eliminación de la causa y en lavados abundantes.

Si se tratara de una herida, se debe suturar habiendo hecho previamente una limpieza perfecta de los cuerpos extraños que hayan podido penetrar y recomen-

dar enjuagatorios con agua oxigenada especialmente después de las comidas.

También debemos mencionar las heridas durante extracción dentaria y así tenemos el caso de una enferma, a quién, al hacerle la anestesia del dentario inferior, para extraer un molar, se anestesió también el lingual, de tal modo que, el Dentista al hacer la presión del forceps extrajo junto al molar un trozo de la lengua, que como estaba anestesiada, el paciente no sintió ningún dolor.

LESIONES INFLAMATORIAS

Las afecciones inflamatorias de la lengua pueden ser superficiales o profundas y seguir un curso agudo, subagudo o crónico. Se presenta con todas las características típicas de una inflamación cuya evolución depende si se trata de un proceso agudo o crónico.

GLOSITIS AGUDA: Se clasifican a su vez en superficiales y profundas.

Las glositis agudas superficiales pueden ser simples manifestaciones linguales de las estomatitis con las cuales coexisten. Su cuadro histopatológico no ofrece diferencia con ellas. Otras veces están en relación con fiebres eruptivas, son los exantemas linguales.

Dentro de las glositis más importantes de este tipo tenemos la glositis de Vincent generalmente va acompañada por la estomatitis de Vincent. La lengua está cubierta por una membrana separable, sobre una superficie inflamada. Al separarla queda al descubierto una superficie hemorrágica irregular. El diagnóstico será bacteriológico.

ETIOLOGIA: Infección por microorganismo de Vincent.

Se presenta en enfermos graves, caquéticos intoxicados, etc., son enfermos en malas condiciones de higiene. Se localiza generalmente en la cara inferior de la lengua a ambos lados del frenillo.

Es una lesión muy dolorosa acompañada con adenitis. En cuanto a su evolución lo más frecuente es que la lesión tienda a su normalidad, siempre que el agente causal sea atacado, disminuyendo así su virulencia. Otras veces hay casos en que se hace rebelde y permanece mucho tiempo en el mismo estado.

TRATAMIENTO:

Colutorios con neosalvarsan 0.90 gr.
Julepe gomoso 200 cc.

O bien Azul de metileno al 4% en tocamientos.

ESTOMATITIS HERPETICA: Se ven muchos casos de infección bucal que no presentan el cuadro típico de la infección de Vincent, pero que antes se clasificaban en este grupo. Tales casos suelen ser agudos y de desagradable evolución para el paciente.

ETIOLOGIA: Chan y Bartels (1942) sugieren que dicho proceso es una manifestación de la infección producida por el virus del herpes simple, afirman que si una persona resulta atacada alguna vez por el virus, es muy probable que sufra ataques sucesivos. Mientras la resistencia histológica es elevada, el virus se mantiene latente y se manifiesta sólo durante los episodios de menos resistencia, tales como, traumatismos, menstruación, fiebre y trastornos gástricos. Ciertos alimentos pueden iniciar un ataque (chocolate, nuez, etc.) incluso la luz solar puede ser una causa desencadenante.

SINTOMAS LOCALES: Existe congestión de los tejidos bucales y se inflama toda la mucosa. En algunos casos se forman ulceraciones en número considerable, éstas son pequeñas lesiones grisáceas rodeadas de un característico halo rojizo y son generalmente muy dolorosas. Las encías son asiento de una inflamación aguda y sangran fácilmente, la mucosa en general se presenta muy inflamada, tomando especialmente el piso de la boca y cara inferior de la lengua.

Se diferencia del Vincent, en que en esta última, las papilas interdentarias se encuentran destruidas y además la mucosa no presenta ese estado inflamatorio tan agudo y al examen bacteriológico no se observa en gran cantidad la simbiosis fuso espiroquetal.

SINTOMAS GENERALES: Va asociada con fiebre, el paciente se siente decaído y es incapaz de comer. A veces puede haber una infección concomitante de las vías respiratorias superiores. Es prudente la ingestión forzada de líquido.

TRATAMIENTO: Sulfa, Aureomicina, Azul de metileno, Acido crómico, etc.

LENGUA SABURRAL Y COSTROSA: Es frecuente en trastornos gastrointestinales, en enfermedades asociadas con fiebre, (fiebres exantemáticas, neumonía, tifoidea, infección séptica) en las estomatitis, faringitis, amigdalitis.

En los procesos gastrointestinales la lengua se presenta cubierta por una sa-

burra densa color gris amarillenta, en las enfermedades eruptivas el dorso lingual está cubierto por una gruesa capa parda o blanca (cuando los enfermos respiran por la boca, el color es blanco). En las faringitis además de la saburra hay gran halitosis.

La saburra consta de epitelio descamado, mucina, leucocitos y microorganismos bucales, que se adhieren por deficiencia en el mecanismo autoclísico de la boca (masticación, salivación, etc.) El color no es patognomónico sino que es producido por la absorción de sustancias colorantes del café, tabaco, alimentos y medicinas.

Cuando el paciente padece de deshidratación la capa saburral puede secarse y determinar el aspecto llamado "Lengua costrosa".

GLOSITIS AGUDAS PROFUNDAS: Son las que comprometen el espesor del órgano pudiendo circunscribirse a una porción, formando un absceso, o bien extenderse a la totalidad de la lengua constituyendo la glositis flegmonosa.

El absceso responde a una infección estreptocócica, que penetra en el tejido celular intersticial, que se hiperemia e infiltra de serosidades y pus, éste se colecciona formando el absceso, la tumefacción es limitada circunscrita y dura, las fibras musculares no son atacadas. Se acompaña de fiebre y alteraciones funcionales dolorosas en la masticación, fonación y deglución. Su evolución se limita a algunos días, el absceso tiende hacerse cada vez más superficial y se abre espontáneamente. Sus causas habituales son: heridas por cuerpos extraños (espinas, cáscaras de pan, etc.) quemaduras, cauterizaciones profundas, diversas fiebres, etc.

LA GLOSITIS FLEGMONOSA: Hoy día es rara, puesto que, su causa etiológica era el tratamiento mercurial intenso. También suelen presentarse en los casos de fiebre puerperal, escarlatina y en sujetos muy cáquéticos (T. B. C., diabetes, etc) El debut es insidioso, hay malestar general con fiebre moderada. Después, bruscamente se agrava el cuadro, con escalofríos, con alza de temperatura, dolores intensos de la lengua, la cual aumenta el doble o triple, se pone muy tumefacta, lo que hace que no quepa en la cavidad bucal, forma prominencia en los espacios interdentarios, este roce con los dientes produce heridas y la parte que aparece fuera de la boca, puede ulcerarse y aún sufrir gangrena, por la presión de los dientes. La tumefacción puede abarcar especialmente

la base de la lengua e invadir las vías respiratorias, obstruyendo muchas veces la glotis. La deglución y la emisión de las palabras es casi imposible como así también la respiración, las alteraciones generales son moderadas. Su curso es variado puede evolucionar hacia la formación de un absceso que se va haciendo superficial y se abre en la cavidad bucal, curando luego el proceso, otras veces, y son las más raras, evolucionan hacia la gangrena, o bien puede invadir el tejido celular del cuello, entonces el cuadro general se empeora terminando con una septicemia sobreviniendo la muerte en 48 horas.

GLOSITIS CRONICAS: Son más frecuentes y su cuadro clínico es más variado. Pueden ser, a su vez, superficiales o profundas, banales o específicas.

GLOSITIS CRONICAS SUPERFICIALES: Se caracterizan por que la lesión puede abarcar toda la lengua, por ejemplo hiperqueratosis (leucoplasia, esclerosis), o bien la lesión puede limitarse a las papilas en sus prolongaciones epidérmicas (descamación) o a su mismo cuerpo, (depapilación).

De las glositis crónicas superficiales, vamos a considerar la glositis de Moeller en la cual el proceso dominante es la descamación, la melanoglosia o lengua negra pilosa, la glositis exfoliativa Marginal.

GLOSITIS EXFOLIATIVA MARGINAL: Conocida más comunmente por lengua geográfica, es frecuente en los niños de 6 meses hasta 4 años en los adultos y en los ancianos caquéticos. El Dr. Louvel describe un caso de una señora de 30 años en que le aparecen sus placas de glositis, bien marcadas, en los períodos menstruales, y también el de un hombre de 32 años cuyas placas de glositis se exacerbaban con excesos de alcohol.

En los adultos parece relacionarse con las dispepsias, las enteritis, los estados neuropáticos. A menudo es hereditaria y familiar, no parece ser contagiosa.

SINTOMATOLOGIA: Fournier les reconoce los siguientes síntomas objetivos: la exfoliación y el barnizado blanco periférico.

El elemento primordial consiste en manchas, anillos y festones que forman sinuosidades y dibujos caprichosos.

La lesión empieza en la punta de la lengua o en los bordes, se presenta primero un pequeño círculo blanco regular, cuya circunferencia es visible por su ele-

vación y coloración, o bien puede aparecer un arco de círculo pequeño con exfoliación de bordes cóncavos. Esta pequeña circunferencia mide 4 a 5 mm. Y nunca se observa, la regularidad circunferencial, dos días seguidos, puesto que lo que más caracteriza a la lesión, es la movilidad de su evolución, pues aún, en un mismo día, las manchas cambian de estilo, la lesión parece ambulante, según Fournier.

La mucosa se presenta descamada y las papilas han perdido su vaina epitelial. y es por esto, que tiene ese color rojo vivo que varía, sin transición, desde el rojo a un tinte más o menos blanquizco, como la zona que colinda con el tejido sano. A veces como dice Lemonier las papilas filiformes que rodean la mancha están alargadas en forma de vellosidades.

La descamación de la mucosa dura más o menos 15 días. Al principio las manchas son redondeadas y van creciendo desde el centro a la periferia, se van uniendo con las más cercanas, formando grupos caprichosos verdaderamente geográficos.

Ni la sensibilidad gustativa ni la táctil son modificadas; no hay dolor ni infarto ganglionar, eso sí que los enfermos se quejan de ser muy sensibles a los ácidos (vinagre); nunca se produce alza de temperatura ni salivación exagerada.

ANATOMIA PATOLOGICA: Es una reacción banal de la epidermis sin interesar la dermis. En el centro el epitelio se encuentra erosionado y en la periferia se produce una verdadera alteración vesicular de las células, y su invasión por células emigrantes. Nunca se ha encontrado parásitos (Dadier).

En la periferia se ve además proliferación epidérmica con hiperqueratinización. La dermis y los vasos se encuentran intactos.

ETIOLOGIA: Sólo existen teorías y a nada concreto se ha llegado.

La teoría parasitaria establece la posibilidad de la existencia de parásitos causantes de dicha lesión, pero se rechaza puesto que no ha sido posible obtenerla por inoculación ni tampoco es contagiosa.

Parrot la relaciona con la sífilis congénita, pero se ha visto que si bien puede evolucionar en terreno sifilítico no obedece al tratamiento específico.

Hoy día más se acepta la teoría trofoneurótica sostenida por Unna quien se basa en su semejanza con la pelada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se establece fácilmente si recordamos sus ca-

racterísticas: 1.º borde blanco que rodea las áreas descamadas; 2.º la movilidad de las placas mucosas erosivas que tienen ese aspecto circinado, sino son redondeadas u ovaladas.

Se asemeja a veces a las placas sifilíticas haciéndose necesario exámenes de Laboratorio, para su diagnóstico. Se diferencia de la glositis esclerosante, porque esta última presenta sus lesiones fijas, sensibles e induradas.

El reflejo brillante y nacarado de la placa leucoplásica nos da la pauta para no confundirla con ella.

Se diferencia del liquen plano en que éste además suele presentarse en la mucosa de la mejilla y piel.

TRATAMIENTO: Como preventivo se recomienda una rigurosa higiene bucal, con soluciones alcalinas, especialmente después de las comidas. Como higiene general hay que combatir la estitiquiez y disturbios gastro intestinales. Supresión de causas irritantes locales: alcohol, tabaco, especias.

Aplicaciones tópicas por ejemplo con Bálsamo del Perú al 10% en la mañana y por la noche, o bien con la fórmula siguiente.

Glicerina 50 grs.
Hiposulfito de sodio 4 grs.

Colutorios con agua sulfurosa, y toca-ciones con ácido láctico o azul de metileno.

GLOSITIS DE MOELLER: También se le conoce con el nombre de escoriaciones superficiales crónicas de la lengua.

ETIOLOGIA: Su etiología es diversa incluye la alergia, erupciones medicamentosas, alteraciones de los nervios y posiblemente deficiencias nutritivas.

SINTOMATOLOGIA: Se pueden ver áreas atróficas bien definidas. Son regulares y suelen limitarse a los lados de la lengua, pero pueden difundirse al dorso. La lengua es roja brillante y muy dolorosa. El dolor es sin duda uno de sus rasgos más prominentes y resulta particularmente molesto, cuando se ingieren alimentos ácidos o calientes. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la lengua geográfica que es indolora y por la migración de las placas. La glositis de Moeller persiste a pesar del tratamiento pero no es de carácter progresivo.

TRATAMIENTO: A causa de su variedad etiológica se trata con la finalidad de remediar su factor primario o fundamen-

taí; como siempre éste no puede determinarse, a veces hay que comenzar con la terapéutica experimental.

MELANOGLOSIA O LENGUA NEGRA PILOSA: No hay que confundirla con la lengua negra que se presenta de color oscuro debido a la tinción que sufren las papilas, por substancias, tales como el tabaco, regaliz o por pigmentación de origen general, ejemplo: el caso de un carcinoma de la lengua; (para Epstein en la leucemia linfoidea. En cambio en la lengua negra pilosa se producen hipertrofias de las papilas filiformes con intensificación de su color. La presencia del streptothrix o levadura, produce un fieltro grueso, cuya pigmentación proviene de la actividad de las bacterias cromógenas. El hongo *Penicillium nicor niger* es su productor corriente.

SINTOMAS OBJETIVOS: Generalmente comienza en un área reducida del dorso de la lengua, cerca de la V lingual, con tendencia a extenderse y a recidivar después de la extracción. Las papilas filiformes pueden ser desprendidas, aparecen como largos filamentos de apariencia pilosa. El aspecto de la lengua parece en general de un revestimiento con una capa de saburra negra.

SINTOMATOLOGIA: Como las papilas se presentan muy hipertrofiadas dando el aspecto de vellosidades, son sumamente molestas por la sensación de cosquilleo continuo en el paladar y úvula, causando náuseas muy desagradables.

TRATAMIENTO: Se puede pincelar con una solución de Labarraque, dejándola en su sitio durante un minuto y lavando luego con agua caliente. En casos más graves se aplica una solución al 10 ó al 15% de ácido salicílico en una mezcla de partes iguales de alcohol y glicerina, pues tiene una acción enérgica que macera las papilas córneas. También se ha recomendado, durante unos cuantos días, el raspado seguido de una aplicación de ácido tricloroacético al 50% sobre la superficie previamente seca. Están contra indicados los colutorios oxidantes y el uso del tabaco. Además agregaremos a este capítulo las glositis carenciales y la glositis de Hunter.

GLOSITIS CARENCIALES: Las más frecuentes son las producidas por falta de ácido nicotínico y por falta de riboflavina.

Los síntomas principales de la glositis por deficiencia de ácido nicotínico consis-

ten en: tumefacción y rubicundez de la punta y bordes de la lengua. Al principio las papilas parecen tumefactas luego se atrofian. La rubicundez es de un color escarlata intensísimo, pueden formarse ulceraciones cubiertas por una capa grisácea en la que pueden encontrarse microorganismos de Vincent, sin embargo éstos son indiscutiblemente invasores secundarios. Hay dolor y sensibilidad marcados.

A veces hay alteraciones menos acentuadas tales como enrojecimiento, dolor y atrofia. A veces puede estar tumefacta la lengua en su totalidad.

TRATAMIENTO: La Administración de ácido nicotínico hace desaparecer el cuadro en 48 a 60 horas. El dolor se puede deber a la falta de tiamina (glosodinia).

GLOSITIS CARENCIAL POR ARRIBOFLAVINOSIS: La arriboflavinosis causa marcadas alteraciones linguales diferentes de la anterior. En muchos casos el paciente puede carecer de ambas vitaminas entonces se complica el cuadro clínico.

SINTOMAS: La lengua es de color rojo púrpura y tiene aspecto granuloso. Pueden verse profundas fisuras o zonas descamadas que semejan la lengua geográfica, puede no haber dolor y sensación de ardor. Estas alteraciones suelen acompañar a las queilosis y a las dermatitis seborréicas. Para su tratamiento hay que administrar riboflavina acompañada con ácido nicotínico, piridina, ácido ascórbico y vitamina A. y también clorhidrato de tiamina. En casos agudos se administran 300 a 500 miligramos diarios.

CLOSITIS DE HUNTER: Se observa en la anemia perniciosa.

ETIOLOGIA: Hunter creyó que provenía de una infección crónica. Desde entonces se han descrito muchos casos. Algunos investigadores la relacionan con una carencia del complejo vitamínico B. asociada con la anemia perniciosa. Sin embargo, es clínicamente característico que la glositis cede cuando se domina la anemia.

SINTOMATOLOGIA: Una de las principales manifestaciones consiste en el síntoma dolor, con ardor y entumecimiento de la lengua. En las fases iniciales la lengua presenta un aspecto rojo, luego la atrofia de las papilas fungiformes le da una característica apariencia lisa y cérea especialmente en los lados, aunque toda ella puede estar itesa y anormalmente lim

pia, nunca está saburral. En ocasiones se ven pequeñas vesículas que se rompen y forman pequeñas úlceras. La lengua suele normalizarse con extracto hepático y complejo vitamínico B.

PAPILOMA ULCERADO DEL FRENILLO: Llamado también enfermedad de Riga o de Riga-Fede. Es una enfermedad de la infancia que se caracteriza por la producción a nivel del frenillo, de una excrecencia saliente, del tamaño de una moneda de diez centavos, se presenta cubierta por un exudado blanquizo de aspecto difterioideo. Es una enfermedad muy rara y se presenta en las provincias meridionales de Italia.

SINTOMAS Y EVOLUCION: Los primeros síntomas son difíciles de observar, sólo después de la erupción de los incisivos se hacen más objetivos, pues el niño tiene dificultad para tomar el pecho y se queja mucho. Se presenta bajo la forma de una lesión ulcerosa, a nivel del frenillo, descansa en una base dura ovalada de diámetro mayor transversal, es superficial al principio, y carece de falsas membranas, éstas aparecen después en forma de pseudomembranas diftericas, de color blanco grisáceo o nacarado y más o menos espesa.

En los primeros estados la erosión se presenta sembrada de formaciones necróticas fungiformes, posteriormente la lesión se alarga, los tejidos reaccionan produciendo una pequeña neoformación prominente gris, de superficie lisa y del tamaño de una lenteja, que después alcanza, por hipertrofia e hiperplasia de la mucosa, el tamaño de un grano de maíz o frejol. De consistencia fibrosa y móvil. Los tejidos vecinos no están comprometidos y ni hay reacción ganglionar. Extirpada la pseudomembrana el fondo aparece mamelonado e irregular de bordes sanguinolentos y cortados irregularmente. Hay una ligera psialorrea que está en relación con fenómenos reflejos, producidos por el papiloma del frenillo.

Poco después de su aparición, el niño empieza a enflaquecer, sufre de apatía, el bazo y el hígado se hipertrofian, en seguida aparecen síntomas intestinales, que algunos autores describen como fenómeno diarreicos y otros como de obstinada constipación, después de los cuales, el enfermito muere por caquexia (Pianese).

Cuando el tumor es pequeño y los movimientos de la lengua no están alterados, la absorción de los alimentos se hace

normalmente, todo el cuadro anterior queda reducido a un mínimo.

Aunque varios autores la han relacionado con fenómenos de origen general, en resúmen, podemos decir que la enfermedad de Riga, es una forma mórbida que se caracteriza por un síndrome puramente local, que nada tiene que ver con el cuadro general, que por una coincidencia accidental puede presentarse acompañando a esta lesión.

Clínicamente puede presentarse bajo una forma benigna o maligna.

La localización de la lesión, como así también la presencia de los incisivos inferiores, hacen fácil el diagnóstico. Puede confundirse con la ulceración del frenillo que se observa en la tos convulsiva, pero los accesos de tos nos aclaran el diagnóstico.

PRONOSTICO: Benigno si se trata de niños de buena constitución, en un niño débil el cuadro es más grave.

Si no es diagnosticado a tiempo y sigue su evolución llega un momento en que el niño no puede alimentarse, trayendo como consecuencia una alteración general del organismo.

TRATAMIENTO: Debe ser esencialmente quirúrgico, la extracción de los dientes sólo se hará en el caso que se produjera recidiva.

GLOSITIS DE LOS RECIEN NACIDOS: Se presenta como pequeñas manchas blanquecinas, difusas, en la parte posterior de la lengua con reflejos ligeramente azulados, bordes irregulares y festoneados de forma ovalar.

Estas plaquitas adhieren fuertemente a la lengua, resiste el desgarro con el dedo o al frotamiento con algodón.

DIAGNOSTICO: Se diferencia del Muguet por la extensión, coloración, forma de las placas, por su adherencia a la mucosa. Extirpadas las placas, la mucosa está lisa y desprovista de papilas.

ETIOLOGIA: Se trataría de una lesión parasitaria causada por una levadura especial.

En la literatura médica sólo existe un solo caso relatado por M. Porak.

MUGUET: Es una enfermedad infecciosa de la mucosa bucal, con formación de falsas membranas blancas.

ETIOLOGIA: Es producida por la monilia albicans, que se caracteriza por la formación de micelios rectos o ramifica-

dos, pululan tan solo en un medio ligeramente ácido.

Por circunstancias especiales, tales como desnutrición, desaseo bucal que modifican el medio, haciéndolo propicio para su desarrollo.

Puede presentarse en forma epidémica en colegios, asilos, hospitales, etc., ya que el contagio puede producirse por cucharas, chupetes, lápices, etc.

SINTOMATOLOGIA: Se desarrolla en las capas superficiales del epitelio, produciendo placas blancas nacaradas de aspecto de leche coagulada. Pueden extirparse con una cucharilla, dejando una superficie hemorrágica. Se ven generalmente en los carrillos, encías, lengua y a veces se extienden al paladar y a la garganta. La boca está seca y hay dificultad en la deglución.

Se diferencia de las estomatitis aftosa en que en éstas las úlceras son dolorosas, se ven claramente deprimidas y son precedidas por una fase vesicular, además hay salivación exagerada. Por el contrario en el Muguet la boca está seca, las placas son indoloras y forman relieve en la superficie de la mucosa.

Al examen histológico vemos que dichas plaquitas se encuentran formadas por una gran cantidad de filamentos del micelio del hongo, con múltiples ramificaciones y abundantes esporas libres.

TRATAMIENTOS: Lavados bucales con soluciones alcalinas (leche de magnesia), higiene bucal, alimentación blanda. Sobre las áreas afectadas se hacen tocamientos con agua de cal o con solución diluida de amoníaco (2% de hidróxido amónico) con leche de magnesia (que posee más o menos 8% de hidróxido magnésico), solución lugol azul de metileno al 4%, perborato de sodio.

GLOSITIS CRONICAS PROFUNDAS.

Las glositis crónicas profundas o parenquimatosas son generales o locales.

Las generales son el resultado de lesiones sífilíticas, tuberculosas o leucoplásicas.

Las locales son debido, generalmente, a traumatismos dentales, o anomalías de implantación dentaria, sarro, caries, aparatos protésicos, etc.

Generalmente pasan por tres etapas:

- a) Fase eritematosa, en la que la mucosa se inflama progresivamente.
- b) Fase nodular en que aparece una induración representada por un nódulo de contornos más o menos difusos y de volumen variado.

c) Fase ulcerosa en la cual el nódulo se ulcera, al principio se presenta como una erosión superficial, que al excavarse progresivamente, se convierte en una verdadera ulceración de bordes regulares sinuosos, tallados a pico cuyo fondo granuloso y recubierto de un barniz sanioso, descansa sobre una tumefacción (Rousseau-Decelle).

Tanto la forma nodular como la inflamatoria pueden abarcar la totalidad de la lengua por su dorso, cubrirse de una capa saburral en cuyos bordes se ven impresos los dientes, pues se presenta un edema subepitelial.

El dolor es fuerte y vivo y las funciones linguales se presentan impedidas.

Son interesantes estas ulceraciones, porque tienen mucha semejanza con el chancro y el epiteloma. Eso sí que la presencia de un diente vulnerable, nos hace pensar en su influencia sobre la lesión. Además del dolor que sirve para hacer el diagnóstico, el chancro generalmente es indoloro.

Las raíces o dientes cariados producen ulceraciones en el borde mismo de la lengua, de bordes irregulares, anfractuosos, sangrante, edurecido que podría confundirse con el epiteloma.

DIAGNOSTICO: Se hace basándose en la causa vulnerable y en su desaparición rápida por su eliminación.

Pero puede haber una transformación neoplásica de la ulceración traumática, de tal manera, que si la regresión no es inmediata y continua será necesario practicar una biopsia.

Dentro de las principales glositis crónicas profundas de causa local tenemos la úlcera trófica, las úlceras por decúbito.

ULCERAS TROFICAS: Ocurre en una forma especial, relacionada con el uso local de anestésicos, especialmente si éstos contienen sustancias cáusticas como el fenol. Primero se forma una ampolla después se presenta la descamación del epitelio seguida de necrosis, que da lugar a una úlcera circular, de superficie deprimida y de fondo grisáceo.

ULCERA POR DECUBITO: (Úlcera traumática). Es particularmente común en las bocas de dientes descuidados.

ETIOLOGIA: La lesión producida por los dientes o las dentaduras mal ajustadas puede sufrir una infección crónica de la superficie.

SINTOMAS: La úlcera puede presentar un perfil preciso, de bordes indurados

y exudado entre gris y amarillo en la superficie.

Las paredes pueden engrosarse e incluso formar un crater. Por lo general en el borde lingual y directamente opuesto, se encuentra el factor mecánico, productor de la lesión. Cuando la causa traumática está localizada, se diagnostica fácilmente y con su supresión la curación es rápida.

Las úlceras traumáticas resultan a veces de difícil curación, excepto si se las extirpa.

Para poder excluir el carcinoma está siempre indicado el examen anátomo patológico.

GLOSITIS NODULARES: Haremos ahora una breve reseña de las principales glositis crónicas nodulares o profundas.

ÚLCERA TUBERCULOSA LINGUAL: No entraremos en mayores detalles por lo que se refiere a la tuberculosis en general, sólo enfocaremos sus manifestaciones linguales.

La forma ulcerosa representa la variedad más frecuente que puede encontrarse en la cavidad bucal.

Las úlceras linguales se localizan en la punta y los bordes, por delante de la V lingual y muy excepcionalmente pueden encontrarse por detrás de ésta o sobre el frenillo. Se inicia la úlcera por un enrojecimiento de la mucosa, apareciendo más tarde granulaciones y elevaciones pequeñas constituyendo los tubérculos miliares.

Las elevaciones son de color rojo obscuro al principio, más tarde grisáceas y finalmente amarillentas representando estas últimas los abscesos miliares, resultado de la fusión de los tubérculos.

En las zonas invadidas por los tubérculos miliares, aparecen procesos infiltrativos, el epitelio se erosiona dando origen rápidamente a la típica úlcera tuberculosa.

Cada uno de los pequeños abscesos que se abren y evacúan su contenido se transforman en una cavidad vacía que constituye una ulceración. Al principio son pequeñas, pero luego, se van uniendo y forman una úlcera de grandes dimensiones, cuyo carácter, a veces sólo puede ser reconocido por los nódulos situados más allá de la superficie ulcerosa (Louvel).

Las úlceras linguales pueden ser únicas o múltiples y tomando diferentes formas (en rágade, en superficie o mixta), tienen un aspecto característico; de contornos dentados, bordes desgarrados, irre-

gulares, desprendidos y sangrantes, cortados a pico, el fondo es irregular amarillento gris sucio, sembrado de granulaciones, de surcos y fisuras.

La mucosa que rodea la ulceración puede presentar una proliferación epitelial, con formación de relieves de aspecto papiloide (Damiani). A veces las regiones circundantes rojas e infiltradas, muestran los granos amarillentos de Trelat o abscesos miliares microscópicos, cuya ulceración posterior parece la prolongación periférica de la úlcera (Alcayaga y Olazabal).

Para su diagnóstico diferencial con la sífilis deben practicarse las pruebas serológicas y el examen bacteriológico, pero de preferencia la biopsia.

Para su diagnóstico es indispensable el estudio roentgenológico del tórax y la prueba de la tuberculina.

LESIONES SIFILITICAS LINGUALES: Se presentan en cualquiera de los tres períodos característicos de la evolución de la sífilis.

La lesión primaria, el chancro se presenta generalmente bajo dos formas: en los casos típicos, se trata de una erosión papilosa anormal redondeada, e indurada pero a veces reviste una forma fisurada de surco profundo, indoloro de base indurada.

A veces es fagedénico, excavado por largas y profundas ulceraciones saniosas del tejido lingual, con pérdida muy considerable de sustancia y se localiza generalmente en la parte dorsal de la lengua, la adenopatía es sub-maxilar, a veces, con gran edema y periadenitis. El chancro sífilítico en casos habituales es una pápula, cuya superficie está erosionada más bien que ulcerada, ésta ulceración, cuando existe no supura, pero deja surgir, cuando se la oprime, un líquido seroso donde se encuentran los treponemas. Su carácter clínico principal es la induración mas o menos marcada de la base. Al examen bacteriológico, cuando se estudia la lesión muy cerca de su iniciación, se observa una zona superficial, en la cual, la capa córnea y la capa granular del epitelio, han desaparecido; por debajo existe una zona de infiltración a la cual se le atribuye la induración.

Las manifestaciones secundarias son más frecuentes. Las placas mucosas aparecen 3 a 8 semanas después de la lesión inicial. Son generalmente múltiples. Su tipo es redondo u ovalado, de superficie algo áspera, de color gris blanquecino y con ligeras manifestaciones hemorrágicas.

Una vez raspadas dejan al descubierto una superficie áspera; en esta fase encontramos gran cantidad de espiroquetas. Más tarde, si no se ha tratado debidamente, a causa de un proceso de esclerosis intersticial, se produce la atrofia secundaria de las papilas linguales, por reducción del riego sanguíneo, como consecuencia de la preexistencia de la endoarteritis. Gracias a ésta atrofia papilar, el dorso de la lengua queda alopecico. Si la lengua está expuesta a la irritación de los productos de la combustión del tabaco u otro agente, se forma una hiperqueratosis epitelial que puede originar las ya bien conocidas placas leucoplásicas.

En la sífilis terciaria las masas nodulares aumentan lentamente sin dolor, hasta que queda toda la lengua invadida. Este tipo de lesión, el goma, tiene tendencia a ulcerarse. A intervalos pueden aparecer masas gomosas cuyo centro es a menudo gaseoso o necrótico.

La curación de estas lesiones pueden formar cicatrices que dan lugar a un proceso denominado glositis esclerosante. Con frecuencia existen, además en el dorso de la lengua, islotes leucoplásicos aislados.

LEUCOPLASIA BUCAL: Llamada también leucoqueratosis de las mucosas, o placas blancas de los fumadores. Es una lesión crónica de la lengua, que se caracteriza por presentar placas blancas de hiperqueratinización, acompañadas de una ulceración del corión subyacente, el cual, sufre un proceso de inflamación crónica.

LOCALIZACION: Aparece en las mucosas, especialmente en la mucosa lingual y muy rara vez en los órganos genitales. En la boca la leucoplasia lingual es la más frecuente, se localiza de preferencia en la mitad anterior del órgano, ya sea en las partes laterales del dorso, como en los bordes o en su parte media, y en casos muy avanzados en la totalidad de la lengua. Con caracteres atenuados se presenta en la cara interna de la mejilla, en forma de triángulo simétrico de base anterior, son las placas comisurales de los fumadores. Muy raramente se presentan en la parte posterior de la mejilla. En los labios aparecen en forma de islotes irregulares, en el paladar más o menos en la parte anterior.

ANATOMIA PATOLOGICA: En su comienzo puede pasar inadvertida, pues no presenta ningún signo subjetivo. A veces se manifiesta como un pequeño proceso eritematoso. Al principio, aparecen

pequeñas máculas de color más intenso que el normal, sembradas de granulaciones debido a la tumefacción de las papilas fungiformes. Luego se presentan las lesiones típicas: endurecimiento blanqueamiento y levantamiento de la superficie. Y da la impresión que está recubierta por un velo fino, a través del cual, se transparenta la mucosa rojiza. Al aumentar de espesor la superficie se opaca y se vuelve blanco grisáceo, las manchas se extienden periféricamente, se hacen confluentes y se fusionan constituyendo la placa leucoplásica.

Su tamaño es muy variado puede ser desde el de un grano de cáñamo hasta llegar a recubrir todo el dorso de la lengua, ya dijimos que se presenta en forma de islotes de cadenas filiformes, en bandas longitudinales que ocupan gran parte del dorso, la superficie de la placa, es lisa y desprovista de papilas, sus bordes son irregulares, festoneados pero netos, elevados o deprimidos; en la variedad papilomatosa las papilas se presentan hipertrofiadas, alargadas y cubiertas por una vaina epitelial de color blanquecino, presentándose más o menos abultadas duras, córneas, de aspecto irregular y separadas por surcos, esta variedad no hay que confundirla con la transformación epiteliomatosa de una lesión primitivamente leucoplásica.

Alrededor de las placas leucoplásicas existen lesiones de vecindad: edema subepitelial de la lengua, cuyos bordes guardan la impresión de los dientes; turgescencia de la venas sublinguales y surcos en la mucosa, debido a la disminución de la resistencia de las fibras elásticas del corión. Cuando las placas son bastante grandes ya toman otros caracteres, la superficie se eriza, produciendo la lengua de gato, constituyendo la leucoplasia verrugosa, que según Dadier es la más próxima al cáncer. En su curso la placa puede sufrir varias complicaciones:

a) **LA DESCAMACION:** Por la cual la capa queratósica, tan adherente en estado normal, hasta el punto que no se le puede desprender sin hacer sangrar la mucosa, se descama en pequeñas laminillas opalinas, que en casos avanzados pueden alcanzar hasta dos centímetros.

b) La desqueratinización, que suele presentarse en aquellos puntos donde se produce una queratinización secundaria, se caracteriza por la caída de verdaderos bloques córneos. Este proceso no nos indica una mejoría sino más bien una complicación grave.

c) La aparición de fisuras y ulceraciones entre las placas de los tipos papilomatoso y verrugoso, abren el epitelio en toda su profundización hasta el corión subyacente. Este estado llamado ulceroso, tiene gran importancia para el diagnóstico precoz del cáncer, pues, aunque su significación en este sentido es discutible, en la práctica siempre debe considerarse como un cáncer incipiente.

HISTOLOGIA PATOLOGICA: En la placa leucoplásica se observa que las lesiones van en el epitelio y en el corión.

El epitelio se presenta hiperplasiado, el cuerpo mucoso de Malpighi aumentado por proliferación (acantosis). Las membranas epiteliales hipertrofiadas se profundizan irregularizando el corión. El estrato granuloso formado por células cargadas de eleidina que se difunden superficialmente en el estrato córneo, el cuál está formado de células sin núcleo o hiperqueratinizadas, produciendo un endurecimiento y la coloración blanco nacarada de la placa.

En el corión se encuentra una hiperplasia consistente en una esclerosis del tejido conjuntivo que consiste en una infiltración linfoplasmocitaria perivascular, hallándose algunas veces, los vasos con lesiones de peri y endarteritis obliterante. Esta hiperplasia coriepitelial ocasiona el levantamiento de las placas.

La transformación de una placa leucoplásica en un epiteloma, constituye un porcentaje, según Dadier, de un 15 á 20% y casi siempre es espino celular, del tipo llamado cancroide. Cuando hay una transformación epiteliomatosa, ésta resulta de la transformación típica de las prolongaciones epiteliales interpapilares o del epitelio que reviste las fisuras o las úlceras. Nunca empieza en la superficie queratinizada sino en una ulceración o en una fisura.

ETIOLOGIA: Aparece casi siempre después de los 30 años, más frecuentemente en el hombre. Son varios los factores que la determinarían, pero pueden resumirse en uno solo; irritación. Los factores que la provocan pueden ser de orden local o general o los dos a un tiempo.

CAUSAS LOCALES: El tabaco, los aparatos protésicos, los traumatismos producidos por mordeduras repetidas a nivel de la interlínea articular, el abuso del alcohol especialmente de licores fuertes, alimentos muy calientes o muy condimentados, etc.

CAUSAS GENERALES: Son todos los cuadros patológicos susceptibles de engendrar alteraciones de la nutrición e irritaciones esclerosas; en primer término la sífilis, considerada como la causa principal, a lo menos, como el factor determinante más importante de la leucoplasia.

SINTOMAS: En los comienzos cuando las placas leucoplásicas son pequeñas, no provocan ninguna molestia, puesto que son indoloras, el paciente posiblemente las ha visto, pero no les da importancia.

A medida que se va extendiendo la placa, el paciente acusa sentir sensación de ardor al roce con alimentos picantes, con bebidas alcohólicas y al fumar, es una sensación pasajera puesto que cesa una vez ingeridos los alimentos o cambiando de posición la boquilla o cigarrillo.

Al continuar progresando la enfermedad, los síntomas subjetivos y objetivos se hacen presentes: De la sensación de ardor se pasa a la sequedad de la lengua, la cual se presenta tirante lisa y realiza sus movimientos con dificultad. En éste estado se puede presentar con facilidad un proceso inflamatorio, y los límites de las placas tan netos en la leucoplasia sufren los estados de transición propios de la inflamación.

TRATAMIENTO: Consiste en eliminar todo factor irritante local (tabaco, alcohol, especies). En los casos leves la desaparición de la irritación causal es suficiente, para que desaparezca la placa leucoplásica o por lo menos se atenúe.

La electrodesecación y la cirugía dan buen resultado en muchos casos. Las drogas cáusticas y las sales de radio están contraindicadas, porque pueden provocar la transformación carcinomatosa.

LESIONES NEOPLASICAS

Pueden ser: benignas y malignas.

TUMORES BENIGNOS: Entre estos tenemos los papilomas, lipomas, fibromas. Además los de origen vascular angiomas y los linfangiomas.

PAPILOMAS.— Es una hipertrofia vegetante del epitelio o del dermis, una simple hiperplasia del cuerpo mucoso de Malpighi o del cuerpo papilar, sin modificar su tipo celular normal, tiene el aspecto de una verruga, puede sufrir en su superficie alteraciones ulcerosas, que no tienden a profundizarse, de manera que,

la masa lingual queda libre; aquí estriba su diferencia con el carcinoma. Abandonado a su suerte como no ocasiona en un principio molestias, las alteraciones pueden alcanzar grandes proporciones. Pudiendo transformarse en un epitelio- ma, de ahí la necesidad de extirparlos rápidamente.

La intervención se hace en cuña o bien se estrangula por medio de una fuerte amarra. Si la herida fuese grande, se sutura.

LIPOMAS: Bastante raros y se encuentran casi siempre en la punta. En su crecimiento va abombando y adelgazando la mucosa de manera que llegan a formarse pliegues.

Su contenido amarillento se transparente a través de la mucosa adelgazada. Sobre el tumor no se aprecian papilas linguales. Por palpación vemos la consistencia semiblanda del contenido graso del tumor que, a veces, se presenta lobulado. Aparece pedunculado o sesil y como no ocasiona molestias puede adquirir tamaños extraordinarios.

La extirpación es fácil pues se puede enuclea sin dificultad.

FIBROMA: Los fibromas de la lengua son generalmente pequeños a lo sumo del tamaño de una almendra, brotan de la profundidad de la masa lingual, tienen una base ancha. Los superficiales son a menudo pedunculados, sobre todo cuando se localizan en el borde de la lengua. No producen ni molestia alguna, ni se ulceran. Su crecimiento es lento, lo que los diferencia de los tumores malignos, además se diferencian de los lipomas en que éstos son muy blandos al tacto. Pronto dificultan la movilización de la lengua. Por último hay que diferenciarlos del goma, el cual sabemos que tiene tendencia a la destrucción tomando gran parte de la lengua.

TUMORES VASCULARES: Algunas veces se presentan en la cara inferior de la lengua y en sus bordes laterales, muy rara vez en la punta. Son tumores circunscritos del tamaño de un guisante, cuyo contenido azulado obscuro se transparente a través de la delgada capa de mucosa que los cubre. Cuando no son muy grandes no causan molestias, pero cuando ya poseen un volumen mayor, puede suceder que por mordedura, o por el roce con dientes cariados, se producen grandes hemorragias. Por extirpación y sutura curan radicalmente. También suelen presentarse hemangiomas que se reconocen

fácilmente por su forma redondeada o alargada, su consistencia blanda y su color azulado. A veces pueden presentarse asociados con un hemangioma cavernoso de la cara, también éstos se diagnostican con facilidad por su forma lobulada y su color azulado, que los destaca de la masa lingual, cuya lesión puede ocasionar violentas hemorragias. Por presión sobre el tumor se hace desaparecer el contenido, apareciendo al cesar la fuerza. Los pequeños angiomas se pueden extirpar con facilidad; pero aquellos grandes, que abarcan desde la base de la lengua o el velo del paladar, hasta los labios presentan graves consecuencias, por las incohercibles hemorragias que se producen, sobre todo, cuando desembocan arterias en el tumor, entonces el peligro es grande.

Como tumores benignos raros de la lengua hay que citar los neuromas y los endoepiteliomas.

”

TUMORES MALIGNOS DE LA LENGUA

SARCOMA: Es muy raro. Al contrario de lo que sucede en el cáncer, aquí son los jóvenes los atacados y el porcentaje es igual en el sexo masculino como en el femenino. El tumor se desarrolla en la submucosa, o bien tiene su punto de partida, en los septum conjuntivo de la musculatura. El sarcoma de la base de la lengua crece difusamente e invade con facilidad el velo del paladar, determinando estenosis del istmo de las fauces. El crecimiento es muy rápido y las molestias escasas. Los dolores sólo aparecen en períodos más avanzados, o sea, cuando ha sufrido destrucción ulcerosa; la participación ganglionar se hace en un período más tardío.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta el fibroma por la duración de su crecimiento y aclararemos el diagnóstico por medio de una biopsia.

Se extirpa quirúrgicamente y se continúa con radioterapia.

CARCINOMA: Se le considera extraordinariamente grave, incluso cuando se opera precozmente los resultados son muy poco satisfactorios. Su evolución dura más o menos un año, al cabo del cual acaba con la vida del paciente. Es más frecuente en el hombre. En su etiología desempeña un papel muy importante la leucoplasia, que aparece con mucha frecuencia en los fumadores. Pues tan pronto como la leucoplasia sufre ulceración, la transformación carcinomatosa ya está en

plena evolución. De ahí, que todo caso de leucoplasia debe mantenerse en constante observación. Sin embargo, se ha podido constatar que el cáncer aparece muchas veces en aquellas partes de la lengua donde no presentaba placas leucoplásicas. Aparece preferentemente en el borde lateral de la lengua y especialmente en su segmento posterior. Las molestias no son inmediatas. Cuando el enfermo acude al médico ya presenta ulceraciones relativamente grandes. Muchas veces va donde el médico no por el cáncer sino por las molestias de los ganglios cervicales que aparecen con relativa precocidad y pueden alcanzar gran extensión. De ahí que siempre se examina la lengua en caso de adenitis cervicales. Se inicia muchas veces como una simple úlcera traumática a la cual no se ha dado ninguna importancia, pero más tarde llama la atención del paciente la rebeldía de la lesión a todo tratamiento. La úlcera continúa creciendo, sin causar dolor, hasta que por el aumento de su superficie, la profundidad y la extensión adquiridas y el dolor que aparece casi permanentemente, cuando el cáncer ha invadido e infiltrado una gran porción de la misma. Los movimientos de la lengua se hacen penosos. El aumento del volumen de la lengua por el tumor, hace que ésta haga protrusión hacia el lado de la lesión. Es de rápida evolución y muy pronto, toma fácilmente los pilares del velo y la mucosa de la faringe. Todo se transforma en una masa dura e inextensible, de manera que la lengua apenas puede moverse, la digestión y la fonación están casi totalmente anuladas. A medida que el tumor se ulcera se produce una fetidez que es muy molesta para el paciente, hay además sialorrea abundante. Una forma felizmente poco frecuente es la nodular. El paciente nota un aumento de volumen local en una región cualquiera de la lengua, de evolución lenta, a veces indolora, otras con dolores en las regiones vecinas (oídos, faringe). De pronto la superficie nodular se ulcera haciéndose dolorosa al tacto y tomando la forma de un cráter lleno de fungosidades.

Hay que tener en cuenta el compromiso ganglionar tanto de los ganglios submaxilares como cervicales según sea su localización. Cuando toma el paladar toma los ganglios pterigomaxilares. Su pronóstico, sólo en el caso de intervenir precozmente, daría ciertas esperanzas.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial habrá que tener en cuenta la úlcera traumática, tuberculosa y sífilítica, ayudándonos en el diagnóstico por

medio de una biopsia, que es siempre imprescindible.

TRATAMIENTO: En el caso que la lesión no fuera muy extensa y no comprometiera gran parte de la lengua se podría intentar un tratamiento quirúrgico seguido por radioterapia o bien radiumterapia.

NEURINOMA: Las células de la vaina de Schwann forman unos tumores especiales llamados neurinomas, que por su estructura se diferencian de los fibromas ordinarios tan sólo por algunas peculiaridades. Las células fusiformes constituyen trabéculas, bandas y remolinos sin mucha sustancia fibrilar. Las características de la estructura se ponen especialmente de manifiesto en la posición de los núcleos, los cuales forman bandas paralelas, por estar situados a la misma altura (núcleos en empalizadas).

Los neurinomas pueden localizarse en todos los nervios y aún suelen presentarse en el acústico.

Existen todas las formas posibles de transición entre estos neurinomas puros y los fibromas también puros: si abunda la formación de fibras conectivas, el neurofibroma adquiere una estructura cada vez más parecida a la del fibroma, mientras que en algunos lugares del neurofibroma encontramos la disposición de los núcleos que es típica del neurinoma.

Habiéndose presentado en nuestro servicio algunas alteraciones de origen nervioso y vascular diremos algunas palabras sobre neuralgia y várices linguales.

NEURALGIA LINGUAL: Es muy rara, el dolor afecta la forma de paroxismo con intervalos de alivio, otras veces es continuo, aunque exacerbado por todos los movimientos de la lengua, por la masticación, la locución; al examen de la boca o por la abertura exagerada de los maxilares. No hay ninguna alteración en la estructura lingual. El dolor no está siempre localizado en el territorio del nervio lingual o del glosso faríngeo, por lo general, se extiende en casi toda la lengua. Las causas de las neuralgias del nervio lingual son aún desconocidas.

Para su tratamiento se ha empleado quinina (uso interno) y tocaciones con mentol. También se ha ensayado inyectando morfina directamente en la musculatura lingual.

Si las neuralgias son muy intensas se puede extirpar el nervio lingual.

NEUROSIS: Las neurosis se clasifican generalmente en depresión reactiva, neu-

rosis de ansiedad, histeria, neurosis obsesiva e hipocondriasis.

La ansiedad es el síntoma más corriente de todas las neurosis. Los enfermos a pesar de lo ridículo están temerosos de algún terrible desastre, enfermedad o muerte.

Las fobias son miedos específicos de naturaleza histérica, tales como el miedo a los ratones, serpientes, truenos, etc.

La hipocondria ocurre más frecuentemente en la edad madura, en mujeres menopáusicas. El paciente suele quejarse de sensaciones peculiares en su cuerpo, que considera causas de grave enfermedad, aunque en realidad no exista nada patológico. La glosodinia es frecuente.

EDEMA ANGIONEUROTICO: Es un edema agudo circunscrito, caracterizado por el aumento de volumen pasajero de zonas limitadas de la piel y de las mucosas. Es de causa alérgica. Las partes más frecuentemente afectadas son: la cara, los párpados, mejillas y labios y región lingual. Por lo común desaparece espontáneamente. Hemos empleado con buen resultado el uso de adrenalina bajo la lengua y medicamentos desensibilizantes.

VARICES

Se llaman así las dilataciones permanentes y patológicas de las venas. La causa es una alteración de la pared. Las fibras elásticas y musculares desaparecen, siendo reemplazadas por tejido conjuntivo.

Aparecen generalmente hacia los 50 años, pero se observan también en los niños y las personas jóvenes.

RESUMEN

De más o menos 1.000 casos observados hemos encontrado sólo 54 con alteraciones linguales de los cuales 18 con lesiones congénitas, 5 traumáticas, 19 inflamatorias, 9 neoplásicas, 2 con varices lingual, 1 con edema angio neurótico y 1 caso de neurosis.

Además debemos decir que en los enfermos con alta temperatura por ej. en los casos de fiebre tifoidea, la lengua se

presentó, en los primeros días de la enfermedad, húmeda, pegagosa, cubierta de una capa saburral de color gris, gris amarillento, gris pardo, formada por células epiteliales, bacterias y restos alimenticios. Los bordes rojos libres de saburra en los cuales, muchas veces, se observó la impresión de los dientes ya que generalmente existía en estos procesos edema lingual.

También observamos con claridad el triángulo tífico, nombre que recibe una zona limpia y encarnada que suele presentarse en la parte anterior de la lengua.

A medida que avanza la enfermedad, la lengua se hace más y más seca, se endurece, se cornifica, dando un aspecto característico (lengua de loro). Si en este estado se descuida el aseo bucal la lengua se cubre con una capa fuliginosa que tiene el aspecto de costra, pudiéndose asociar este cuadro con graves estomatitis.

También hemos observado que en los enfermos que están postrados mucho tiempo en cama, como por Ej. los tuberculosos, presentan una lengua saburral, por falta de higiene, de color rojo pálido, húmeda, depapilada y lisa.

Además no podemos dejar pasar por alto el comportamiento de la lengua, ante las alteraciones gastro intestinales y queremos establecer que casi en todos los casos permanece libre de alteraciones y no sucede, como creían los clásicos, que la lengua era el espejo del estómago. Eso sí que, en casos mórbidos se observan, con toda certeza y regularidad, alteraciones de la superficie lingual, por ej. en las peritonitis en las que hay una hipertrofia de las papilas y sobre todo en la anemia perniciosa en la que las alteraciones linguales, al contrario de las peritonitis, son de carácter atrófico.

La superficie lingual nos servirá plenamente como medio de diagnóstico de los cuadros carenciales, especialmente la avitaminosis B.

No queremos dejar de citar que en sujetos sanos, bajo una fuerte impresión, pueden presentar, casi instantáneamente, el cuadro característico conocido con el nombre de lengua sucia. A veces también puede presentarse en sujetos perfectamente sanos, estando en relación, según se haya o no realizado la limpieza bucal o ingerido alimentos.

NUESTRAS OBSERVACIONES

Observación N° 1



Fig. N° 1 Lengua foliada

M. B. A. 20 años, soltera, empleada

EXAMEN BUCAL: Lengua algo voluminosa con marcados surcos de bordes cortados a pico, convergentes hacia el surco central.

La enferma dice que cuando fuma mucho siente pequeñas molestias linguales.

DIAGNOSTICO: Lengua surcada del tipo foliado.

TRATAMIENTO: Solamente aseo riguroso.

Observación N° 2

C. P. C., 21 años, soltera, doméstica.

ANT. HEREDITARIOS: Padre muerto. Madre sana. 5 hermanos sanos.

ENF. ANTERIORES: No acusa.

ENF. ACTUAL: Embarazo sin incidentes.

EXAMEN BUCAL: Al examen lingual presenta un cuadro típico de lengua cerebriforme. Los surcos son poco profundos de bordes redondeados y de disposición irregular.

DIAGNOSTICO: Lengua cerebriforme.

TRATAMIENTO: Aseo riguroso especialmente después de las comidas.

Observación N° 3

E. B., 28 años, soltera, su casa.

ENF. ACTUAL: Desde hace 5 años, algias en el bajo vientre izquierdo. Además se queja de lumbalgias y de astenia.

EXAMEN BUCAL: Cavidad bucal normal. La lengua presenta surcos más o menos profundos irregulares y de un color rojo más intenso que lo normal.

DIAGNOSTICO: Lengua surcada del tipo foliado.

Observación N° 4

H. Z., 28 años, casada, su casa.

ENF. ACTUAL: Consulta para conocer edad del embarazo. Sin molestias hasta hace 8 días en que nota edema de la cara impidiendo abrir los ojos, las piernas y pies impidiendo colocarse los zapatos.

Hubo además discreta cefálea y molestias visuales con visión borrosa.

EXAMEN BUCAL: Mucosa bucal normal. Lengua con surcos más o menos profundos e irregulares. No tiene molestias.

DIAGNOSTICO: Lengua surcada del tipo foliado.



Fig. N° 2 Lengua surcada del tipo cerebriforme

Observación N° 5

F. A., 18 años, soltero, desocupado.

ENF. ACTUAL: 6 meses que tiene molestias urinarias, consistentes en poliuria, ardor miccional y orinas turbias, en ocasiones hematurias totales. Baja de peso de 10 kg. con intensa anorexia.

EXAMEN BUCAL: Presenta gran cantidad de sarro. Gingivitis exudativa.

Lengua con surcos profundos e irregulares. El paciente dice no haber tenido nunca molestias.

DIAGNOSTICO: Lengua escrotal.

Observación N° 6

D. V., 32 años, viuda, su casa.

ENF. ACTUAL: Desde hace más de un año presenta dolores articulares localizados en las rodillas que le dificultan la marcha y desde hace dos semanas presenta dolor y tumefacción en las articulaciones de la muñeca y mano izquierda.

EXAMEN BUCAL: Mucosa normal, lengua con surcos no muy marcados, pero dispuestos en forma que asemejan las circunvoluciones cerebrales.

DIAGNOSTICO: Lengua cerebriforme.

Observación N° 7

I. M., 34 años, casado, obrero.

ENF. ACTUAL: Desde hace 5 años, molestias dolorosas epigástricas que desaparecen con la ingestión de alimentos haciéndose presente media hora después de comer.

EXAMEN BUCAL: Gran cantidad de sarro, encías algo sangrantes. Parodontitis. Lengua con surcos profundos irregulares de bordes cortados a pico, color rojo obscuro. Indolora y nunca ha producido molestias.

DIAGNOSTICO: Lengua escrotal.

Observación N° 8

L. Q. A., 17 años, soltera, su casa.

ENF. ACTUAL: En amenorrea desde el 25 de octubre del 46. Embarazo sin control y sin incidencias, hasta estos últimos días en que presenta dolor localizado en el hipogastrio sin irradiación y que se presenta en la posición de pie.

EXAMEN BUCAL: Lengua surcada de color algo pálida. Los surcos son poco profundos, pero cerca del borde se hacen más marcados y se bifurcan.

No ha tenido molestias.

DIAGNOSTICO: Lengua surcada del tipo foliado.

Observación N° 9

G. S. S., 31 años, casada, su casa.

EXAMEN BUCAL: Mucosa bucal normal. En la lengua presenta surcos poco profundos de bordes redondeados y se encuentran dispuestos en tal manera que asemeja a la masa cerebral.

DIAGNOSTICO: Lengua surcada tipo cerebriforme.

Observación N° 10

M. S. C., 25 años, soltero, obrero.

Se presenta por ciertas molestias en la región lingual, al examen se puede constatar la presencia en la parte posterior de la lengua a nivel de los molares, un poco por debajo del borde, una úlcera un poco mayor que el tamaño de una lenteja de bordes irregulares, engrosada, de fondo sucio, cubierta por un exudado amarillento, muy dolorosa y dificulta la movilidad lingual.

DIAGNOSTICO: Úlcera traumática producida por restos radiculares.

TRATAMIENTO: Se recomienda la inmediata extracción de los restos radiculares, se hacen tocaciones con azul de metileno.

Observación N° 11

J. M. G., 54 años, casado, agricultor.

EXAMEN BUCAL: La lengua presenta en la región correspondiente al C. S. I., una pequeña úlcera traumática de bordes irregulares inflamados de fondo rojizo con exudado fibrinógeno.

Hay dolor sobre todo al comer.

DIAGNOSTICO: Úlcera traumática producida por restos radiculares de la pieza 12 y 14.

TRATAMIENTO: Se extraen las piezas causantes.

A los pocos días el proceso se ha reducido y su evolución es muy favorable.

Observación N° 12

Señora de 55 años, que está en cama por una pleuresía recidivante, debiendo estar en determinada posición, hacia el lado izquierdo, y teniendo en esa zona en el maxilar inferior como últimas piezas los premolares sanos, el choque de la lengua produce una úlcera sumamente dolorosa que le impide el movimiento e incluso la deglución.

Se receta ácido nicotínico en inyección y al mismo tiempo, como se trata de dientes sanos y por el estado de gravedad de la enferma no deben extraerse, se confecciona una gotera de acrílico bien lisa y bien pulida hacia el lado lingual; en esta forma la herida ulcerosa de la lengua cicatriza más o menos a los diez días. El aparato se extrae diariamente para hacerle su higiene colocándolo nuevamente en su sitio.

Observación N° 13

Caballero de 75 años, en cama por una afección prostática, teniendo en el maxilar inferior en el lado derecho una corona de oro de artistas demasiado rectilíneas, la que produce, por la posición en cama, una úlcera como en el caso anterior.

Se sigue la misma terapéutica ya que por prescripción médica no es posible extraer la corona causal.

Observación N° 14

Señor de más o menos 36 años, actualmente recibió un balazo a nivel de la cara. La bala penetra en el maxilar inferior, un poco por delante del ángulo, atraviesa totalmente la lengua, dejando un verdadero túnel y se incrusta en la rama maxilar al lado opuesto.

Observación N° 15

M. S., 2 días, lactante.

El parto se presenta sumamente difícil; el médico se ve obligado a llevar a cabo la maniobra conocida por Mauriceaux consistente en introducir dos dedos en la boquita y tirar al niño de ella.

Con esta desagradable maniobra se produjo un desgarro de la base de la lengua que abarca hasta los pilares del paladar hay un proceso inflamatorio con un ligero exudado fibrinoso que se presenta como pseudo membranas.

Además, hay una gran tumefacción de las glándulas sublinguales, que se ven haciendo eminencia en la cavidad bucal. A los pocos días el desgarro ha evolucionado favorablemente y las alteraciones glandulares desaparecen.

Observación N° 16



Fig. N° 3 Absceso lingual

L. V., 44 años, casado, jornalero.

ANAMNESIS: El paciente dice que más o menos hace 15 días empieza a sentir molestias en la lengua, algo así como un escozor luego se hace un poco dolorosa y nota que en el centro más o menos de la lengua, se empieza a formar un sollevamiento, las molestias se intensifican, el aumento de volumen continúa alcanzando el tamaño de una aceituna produciendo

do fuertes dolores que impiden la deglución y fonación.

Al examen vemos que se trata de un aumento de volumen circunscrito localizado más o menos en el centro del dorso de la lengua, a la palpación tiene cierta fluctuación. Es sumamente dolorosa, la mucosa se presenta lisa de color rojo vivo y brillante. Hay mucho dolor e inmovilidad lingual.

DIAGNOSTICO: Absceso de la lengua.

TRATAMIENTO: Se anestesia con novocaína y se incinde ampliamente, permitiendo así el vaciamiento del absceso. Se deja abierta la herida y se recomienda analgésicos y sulfas.

EVOLUCION: A los cinco días, el enfermo fué dado de alta siendo su estado muy satisfactorio.

Observación N° 17



Fig. N° 4 Lengua geográfica

F. D.

ENF. ACTUAL: Esta enfermita llega a la clínica aquejada por una glosodinia producida por la irritación y ulceración de un pequeño angioma, cuya descripción la hacemos en afecciones neoplásicas.

Al examen de la cavidad bucal vemos que además de dicho tumorcito poseía la típica lengua geográfica.

El cuadro es, como se puede apreciar en la Fig. N° 4, verdaderamente característico, zonas color rojo vivo descamadas

limitadas por un halo blanquecino, dispuesto en tal manera que asemeja perfectamente parte de un mapa geográfico.

No le produce molestias, salvo cierta sensibilidad especial para ciertas comidas muy condimentadas.

DIAGNOSTICO: Lengua geográfica.

TRATAMIENTO: Se le recomienda aseo minucioso después de las comidas.

Observación N.o 18

I. I., 25 años, casada, su casa.

EXAMEN BUCAL: La enferma se presenta en el servicio dental, hospitalizándose en estado de gravedad.

Al examen bucal la enferma presenta toda la mucosa bucal enrojecida presentando en la mejilla paladar blando y pilares del velo y muy especialmente en la lengua una serie de plaquitas blanquecinas como verdadera leche cuajada. No nos fué posible tomar foto dado el estado de la enferma.

PIEZAS AUSENTES: 3, 19, 29, 30, 6, - y 10.

PIEZAS QUE DEBEN EXTRAERSE: Ninguna.

DIAGNOSTICO: Muguet.

Observación N° 19

L. L., 15 días, hombre lactante.

ENF. ACTUAL: Desde hace varios días presenta lesiones bucales que no pasan con tratamiento casero.

Presenta numerosas plaquitas blanquecinas como leche coagulada, fuertemente adheridas a la mucosa bucal y lingual, tanto en las mejillas, paladar blando como dorso de la lengua el resto de la mucosa de color rojo vivo.

DIAGNOSTICO: Muguet.

TRATAMIENTO: Profiláctico y curativo.

PROFILACTICO: Alimentación adecuada e higiene rigurosa del biberón, de la boca y general del niño.

Observación N° 20

E. P. I., estudiante, soltera.

ENF. ACTUAL: La enferma nos dice que hace más o menos una semana sintió molestias en el labio inferior, a nivel de los premolares; dice que tenía como unas ulceritas muy dolorosas, creyendo que se trataría de algo sin importancia no se preocupó mayormente. A los pocos días se le presenta una amigdalitis aguda, con alta temperatura. Siente fuertes dolores en la cavidad bucal especialmente al comer.

Al examen vemos que las encías se encuentran completamente inflamadas, dolorosas y muy hipertrofiadas.

La lengua saburral con una serie de vesículas herpéticas en el vértice, además se presentan dichas vesículas en el paladar blando y mejillas. Son muy dolorosas y se encuentran cubiertas por una membranita blanquecina, el tejido que las circunda se presenta de un rojo intenso. Todo este cuadro va acompañado por una periadenitis aguda.

DIAGNOSTICO: Estomatitis herpética.

TRATAMIENTO: Buchadas con leche magnesia, tocamientos con neorivanol, vitaminas C y B.

5. VII. 47.— Su evolución ha sido muy lenta, con grandes molestias bucales. El estado general es casi normal. Se recomienda tocamientos con azul de metileno.

12. VII. 47.— Las vesículas desaparecen completamente; sólo queda una ligera gingivitis. Se recomienda que siga con las tocamientos y no deje de aplicarse las vitaminas.

A los diez días de la última observación la enferma se presenta en muy buen estado salvo una ligera hipertrofia de las papilas interdentarias.

Observación N° 21

A. T., 39 años, casada, costurera.

ENF. ACTUAL: Más o menos a las cuatro de la tarde ingiere un vaso de sulfureto, pierde el conocimiento un cuarto de hora y al volver presenta grandes vómitos sanguinolentos que se repiten como a la hora después hay gran dolor en la cavidad bucal y en el epigastrio. No había defecado ni orinado hasta la hora del ingreso.

EXAMEN BUCAL: Presenta numerosas ulceraciones pequeñas en casi toda la mucosa bucal. En la lengua el dorso y especialmente en la punta cerca del borde. Hay gran dolor y dificultad para hablar y deglutir.

DIAGNOSTICO: Ulceraciones de la cavidad bucal y parte superior del aparato digestivo, por la ingestión de sulfureto.

TRATAMIENTO: Subnitrito de bismuto. Una cucharada cada 3 horas.

Suero fisiológico 3 litros; coramina, una ampolleta; alimentación láctea.

Observación N° 22

P. S. C., casada, de 68 años, lavandera.

ENF. ACTUAL: Como la enferma casi no puede hablar es imposible tomarle datos, pero la persona que la trae nos cuenta que hace más o menos 4 días nota que los labios aumentan de volumen y que la enferma se queja de dolores en la cavidad bucal.

EXAMEN BUCAL: Nos llama la atención el gran aumento de volumen de los labios especialmente el superior, al examen intrabucal se observa la lengua también muy aumentada de volumen, la mucosa bucal en general se ve enrojecida presentando tanto en el piso de la boca, como en la cara inferior de la lengua y cara interna de los labios falsas membranas de color grisáceo blanquecino en partes coloreadas por coágulos sanguíneos. Además observamos varias ulceraciones de bordes irregulares cubiertas por dichas pseudomembranas. Hay halitosis exagerada, sialorrea, dificultad para hablar y deglutir acompañada de mucho dolor.

DIAGNOSTICO: Estomatitis úlcero membranosa de Vincent.

TRATAMIENTO: Localmente, tocamientos con neorivanol, colutorios con agua oxigenada, buchadas con salvarsan y ju-lepe gomoso, además se le administra suero y penicilina.

Observación N° 23

O. Ll., 27 años, soltero, comerciante.

ENF. ACTUAL: Hace dos noches atrás recibió un golpe con un palo en la cabeza por lo cual fué traído a la Asisten-

cia Pública donde fué atendido, procediéndose a suturar las heridas y a cohibir la hemorragia.

EXAMEN BUCAL: Se observa en la lengua las papilas algo tumefactas de color rojo vivo. Hay dolor que impide la movilidad lingual.

DIAGNOSTICO: Glositis carencial.

Observación N° 24

R. R. R., 6 años, preescolar.

ENF. ACTUAL: Niña de 6 años que ingresa por presentar desde hace 4 días fiebre, cefálea y lesiones de aftas a los labios, lengua y paladar blando con adenitis submaxilar con dentadura en mal estado se hace el diagnóstico de estomatitis herpética aguda y se trata con penicilina general 5.000 U. cada 3 horas y local 1.000 U. por c. c. en tocaciones.

La temperatura se normaliza al 9º día y se da de alta a los 12 días con indicaciones de seguir tratamiento dental.

Observación N° 25

E. T., 20 años, soltera.

A consecuencia de la ingestión de un polvo blanco que no puede precisar la enferma siente en la cavidad bucal y en la garganta sensación de ardor. Como a la una y media hora presenta vómitos de sangre con gran dolor en la región epigástrica y precordial. Los vómitos continuaron toda la noche cesando en la mañana de hoy. El cuadro anterior se acompaña de un cuadro febril y emisión de orina de color rojo.

Presenta ulceraciones muy dolorosas de bordes irregulares, fondo sanguinolento en los labios, en su cara interna, en la región lingual, especialmente en la punta cerca del borde del lado derecho presenta una úlcera del tamaño de una lenteja muy dolorosa.

Sialorrea abundante, y dificultad para hablar, y especialmente para deglutir, puesto que en la faringe se observan regiones sumamente enrojecidas; además existe un edema de la glotis.

DIAGNOSTICO: Ulceraciones producidas por la ingestión de un cáustico.

TRATAMIENTO: Suero fisiológico 3 litros (Fleboclisis); Cloruro de sodio al 10 por ciento 10 cc.; Dominal, 0,50, una vez al día.

DE LA CASUÍSTICA DEL DR. LOUVEL

Observación N° 26



Fig. N.º 5 obsérvese la lesión ulcerosa tuberculosa en el dorso de la lengua

L. R. L.

EXAMEN BUCAL: Enfermo que presenta en el tercio anterior de la cara dorsal de la lengua una ulceración de forma romboidal del tamaño más o menos de una moneda de veinte centavos; bordes más o menos lisos, cortados a pico, fondo sucio, sanioso, lleno de granulaciones amarillentas de Trélat, base de implantación sin infiltración tumoral, o sea, no hay en ninguna parte de la base de la lesión, endurecimiento.

Extraordinariamente dolorosa, incluso produciendo molestias no sólo en la alimentación sino también al hablar o hacer cualquier movimiento con la lengua.

El enfermo expresa que hace 4 meses más o menos a la fecha del examen (9 de octubre de 1946), que nota la aparición de esta úlcera, la que en ningún momento ha tenido tendencia a la cicatrización, ni a regresar siquiera en la evolución.

La ausencia de induración, la ausencia de infarto ganglionar y la presencia de dolor, nos hacen, desde luego, además de los cuatro meses de evolución, desechar un posible diagnóstico de chancro sifilítico.

La ausencia de tumoración y la ausencia de adenopatía, además de la forma con granulaciones amarillas con que se presenta la úlcera en nuestro enfermo, nos hacen rechazar un posible diagnóstico de cáncer en la lengua.

La ausencia de factores mecánicos traumatizantes nos hablan en contra de una úlcera de este origen.

Por otro lado, tratándose de un enfermo con un proceso tuberculoso pulmonar antiguo y con un proceso tuberculoso genital, existiendo además una úlcera de cuatro meses de evolución sumamente dolorosa, sin endurecimiento ni ganglios y con la producción de granulaciones amarillentas en su fondo, pensamos pues, encontrarnos frente a una úlcera tuberculosa secundaria de la mucosa de la lengua.

Para confirmar nuestro diagnóstico hacemos una biopsia, la que nos da el siguiente resultado:

RESULTADO DEL ANALISIS: El material enviado se compone "de un trocito cuneiforme revestido de un lado de mucosa". "Microscópicamente el revestimiento de mucosa lingual está interrumpido en gran parte de un extenso proceso tuberculoso prevalentemente productivo y con escasa tendencia a la caseificación".

DIAGNOSTICO: Tuberculosis crónica productiva en parte ulcerosa de la lengua".

CASUISTICA DEL DR. LOUVEL

Observación N° 27

P. R. O.

EXAMEN BUCAL: El enfermo presenta en el vértice de la lengua, una lesión del tamaño de una lenteja grande, de tipo ulcerativo y recubierta de una pseudo membrana que podremos interpretar como un exudado fibrinoso. La úlcera levemente solevantada bordes confluentes y ondulados, descansa sobre una superficie relativamente dura, no hay gran dolor. La úlcera es baja, de fondo ligeramente granuloso casi rugoso y recubierta de la pseudomembrana de que hemos hablado. Aparentemente podría impresionar como un chancro, pero la evolución de cuatro meses, el pequeño dolor y la ausencia de adenopatía, nos hacen desear dicho diagnóstico.

Por consiguiente, pensamos, entonces que podría tratarse, en atención del terreno del enfermo, de una úlcera de ori-

gen tuberculoso, pero como no podemos descartar la posibilidad de un carcinoma, decidimos hacer una biopsia.

RESULTADO DE LA BIOPSIA: "El material enviado se compone de un trozo cuniforme de la lengua con superficie granulosa. Microscópicamente falta en parte el revestimiento de mucosa por un proceso inflamatorio tuberculoso con formación de un tejido de granulación típico.

DIAGNOSTICO: Proceso inflamatorio crónico tuberculoso" de la lengua. Dr. Herzog".

DE LA CASUISTICA DEL DR. LOUVEL.

Observación N° 28

Se presenta al Servicio Dental don C. O., de 57 años de edad, quien relata que hace más o menos seis meses ha notado una ulceración en el borde derecho de la lengua, ulceración que no está en relación con raíces dentarias, ni dientes cariados, al contrario, se trata de un hombre de campo y con muy buena dentadura. En su anamnesis no acusa ningún antecedente tuberculoso ni pulmonar; sólo dice notar hace más o menos seis meses esa ulceración que ha ido poco a poco en aumento y que le produce molestias para la masticación, así como dolor, en especial al ingerir alimentos calientes o aún tibios, además expresa que al tocar la úlcera con un algodón o aún con el dedo nota exacerbación de la sensación dolorosa.

EXAMEN BUCAL: En el borde derecho de la lengua, cerca de la punta se puede observar una ulceración lineal, bastante profunda en la musculatura de la lengua, y la cual llama la atención por cuanto el fondo mismo de la ulceración es sucio, sanioso, pero, presentando gran cantidad de granulaciones amarillas, que clínicamente interpretamos como granulaciones de TRELAT. No se observan adenopatías ni hay infección aguda de la ulceración bucal, tampoco hay base inducida de ella.

Por los datos clínicos enumerados, en el primer momento pensamos en un chancro, pero la falta de adenopatía y de inducción nos hicieron desistir de dicho diagnóstico, pensamos en un carcinoma o en

una lesión tuberculosa de la lengua y como el único medio que nos aclararía la duda era la biopsia, la hicimos y nos da el siguiente resultado:

“RESULTADO DEL ANALISIS: El material enviado se compone “de un trocito del tamaño de un lentejón. Microscópicamente se trata de lengua cuyo revestimiento de mucosa normal está interrumpido en parte por un proceso inflamatorio crónico específico en forma de un tejido de granulación característico en forma de nodulitos de células epitelioideas y células gigantes de Langhans y un halo linfocitario. En parte se nota también caseificación”. Este proceso se extiende por debajo del epitelio pero el “último fuera de una ligera tendencia proliferativa no muestra signos de malignidad”.

DIAGNOSTICO: Proceso inflamatorio ulceroso tuberculoso de la lengua. Dr. Herzog”.

A la vista el informe del anátomo-patólogo no nos quedó duda respecto a la naturaleza de la lesión y una vez más insistimos ante los clínicos al enfrentarnos ante lesiones ulcerativas crónicas de la lengua, pensar en el acto en la posibilidad de un chancro o de un carcinoma, pero nunca dejar de lado la posibilidad de una lesión tuberculosa que a pesar de no ser tan frecuente entre nosotros, como las demás lesiones tuberculosas de la mucosa bucal, tiene siempre un pequeño porcentaje que es digno de mención en la clínica de estas afecciones.

CASUISTICA DRA. LUZ VIVALDI.

Observación N° 29

E. M.

DIAGNOSTICO: Anatomo-patológico. Tuberculosis pulmonar crónica cavernosa de ambos lóbulos superiores.

LABIO: En el inferior, cerca de la comisura, herpes múltiples, además se aprecia en el borde externo una ulceración del tamaño de un poroto de bordes irregulares de fondo granuloso sucio, el resto del labio en franca descamación su epitelio.

LENGUA: En el borde izquierdo y cerca del vértice existe una ulceración del tamaño de una lenteja y con los caracteres iguales a la anterior.

Observación N.o 30

CASUISTICA DR. LOUVEL



Fig. N° 6 Placas mucosas

Enferma de 36 años, más o menos, de profesión prostituta, presenta placas mucosas en la mucosa vaginal y lingual. Reacción de Khan positiva con cuatro cruces. Se observan en la parte superior de la lengua las placas mucosas.

CASUISTICA DR. LOUVEL

Observación N° 31



Fig. N° 7 Placas mucosas

Enferma asilada en un cabaret, que presenta lues secundaria florida con gran

cantidad de placas mucosas en la superficie de la lengua. Al ultra se constata una gran cantidad de espiroquetas específicas. La enferma presenta además, placas mucosas en los genitales.

Observación N° 32



Fig. N° 8

Nótese placa leucoplásica en el borde izquierdo

R. C., 28 años.

Nos viene a ver para consultarnos por ciertas molestias que siente a nivel de la lengua cada vez que mantiene mucho rato en la boca la pipa encendida; dice tener la sensación de escozor, pero eso sí que es pasajera, pues pasa al dejar de fumar.

En el examen vemos que más o menos a nivel de los premolares y molares hay zonas de color blanco nacarado, áspera, al tacto y de forma más o menos ovalada. En atención a la historia que nos cuenta el enfermo y a la forma como se presenta la lesión no nos cabe duda de que nos encontramos ante un caso de placas leucoplásicas debidas a la irritación del tabaco y aún más, el enfermo nos cuenta que fumaba varios cigarrillos diarios, luego por comodidad opta por usar pipa.

TRATAMIENTO: Se suprime en lo posible el tabaco, el alcohol y comidas condimentadas.

Observación N° 33

V. A., 46 años, viudo, obrero.

EXAMEN BUCAL: Llama la atención la presencia de extensas placas queratinizadas tanto en la mejilla cerca de la comisura como así también en la lengua; aquí la queratinización es más leve. La superficie es muy áspera y de color blanco nacarado.

El enfermo nos dice que no ha tenido ninguna molestia. Fuma bastante y además no niega que bebe con frecuencia. Pero no debemos olvidar que hizo un chancro 10 años atrás.

DIAGNOSTICO: Pseudo leucoplasia.

TRATAMIENTO: Supresión del tabaco y alcohol por ser su acción irritante.

Observación N° 34



Fig. N° 9

Obsérvese fibroma del borde izquierdo de la lengua

E. R. P. Encontramos en el borde izquierdo de la lengua a nivel de los premolares, un pequeño fibroma pedunculado de superficie lisa y coloración normal.

No es doloroso; eso sí que, la enferma nos cuenta que antes en esa región tenía raíces que constantemente le herían la lengua. En efecto, le falta la pieza 13 y el tumorcito se encuentra al mismo nivel de dicho diente.

DIAGNOSTICO: Fibroma pedunculado del borde izquierdo de la lengua.

TRATAMIENTO: Se estrangula con una fuerte amarra con hilo de sutura.

Observación N° 35



Fig. N° 10. Nótese pequeño fibroma en el dorso lingual

O. B.

EXAMEN BUCAL: Gran cantidad de tártaro. Paradentitis en 12. Hipoplasia del esmalte. Presenta en el dorso de la lengua un pequeño aumento de volumen del tamaño de una lenteja, pediculado, de superficie mucosa normal, sin síntomas de alteración inflamatoria; da la impresión de que se continúa la mucosa de la encía con la del tumor sin variaciones.

No produce ninguna molestia; tal es así que la enferma no recuerda desde cuándo lo tiene.

DIAGNOSTICO: Fibroma.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica, pero, no se realiza porque la enferma se opone.

Observación N.o 36



Fig. N.o 11 -- Fibroma del borde izquierdo de la lengua

A. V.

Se presenta al servicio dental para hacerse una extracción, al realizar el examen bucal vemos que posee un pequeño fibroma en el borde izquierdo de la lengua a nivel de los premolares. Dicho tumorcito tiene el tamaño de una lente-

ja, pedunculado, de superficie lisa, coloración normal. Nunca ha producido molestias y el enfermo no sabe decirnos desde cuándo lo tiene.

DIAGNOSTICO: Fibroma del borde izquierdo de la lengua.

TRATAMIENTO: Se estrangula mediante una fuerte amarra con hilo de sutura.

Observación N.o 37

I. S. C.

EXAMEN BUCAL: La enferma presenta un pequeño fibroma en la punta de la lengua es sésil y de coloración normal de base ancha, de superficie lisa.

Observación N.o 38



Figs. 12 y 13 — Angioma ingual

Enferma que presenta un voluminoso angioma de la lengua en especial en su borde izquierdo. Mientras no hace esfuerzos ni movimientos bruscos el angioma no aumenta mucho de volumen, pero en cuanto hace cualquier esfuerzo se hace erectil y ocupa una gran parte de la boca; vale decir que a veces dificulta enormemente la oclusión de las arcadas. Es peligroso porque en algunas ocasiones al masticar la enferma lo traumatiza produciendo hemorragias muy desagradables y difíciles de cohibir.

CAUSTICA DR. LOUVEL

Observación N.o 39

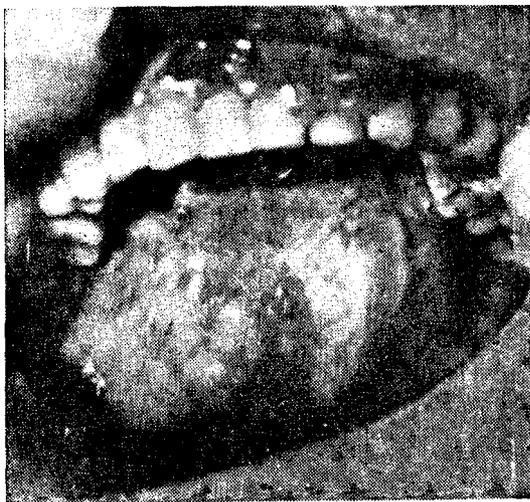


Fig 14 — Várices Raninas

Enferma joven que presenta un angioma plano del labio inferior al mismo tiempo que un gran angioma cavernoso en la encía del maxilar inferior, se inicia más o menos a nivel del central izquierdo teniendo su parte de mayor intensidad en la zona del canino derecho y terminando el aumento de volumen a nivel del segundo premolar derecho más o menos, y además presenta nuestra enferma, intensas várices de las venas raninas que se ven perfectamente en la fotografía adjunta.

Observación N.o 40

J. D., 52 años.

En el año 1940 fué operado de un epitelioma que tomaba la parte más posterior del lado derecho de la lengua y que se continuaba hacia el pilar anterior del velo del paladar del mismo lado y después fué tratado con radioterapia.

Regresa al Hospital porque nuevamente siente muchas molestias en la faringe y cavidad bucal.

Al examen vemos la presencia de una masa neoplásica de color más o menos oscuro que toma, lo mismo que la vez anterior, la parte más posterior de la lengua y eso si que en la región faríngea vemos que la masa tumoral ha invadido casi toda esa región obstruyendo en parte el espacio faríngeo. El enfermo está en un franco estado caquético, pues hay decaimiento general, y se vé muy enflaquecido.

DIAGNOSTICO: Epitelioma recidivante de la lengua y faringe.

TRATAMIENTO: Como ya no es posible hacer nada se hospitaliza en el Hospicio.

NOTA: No fotografiamos el caso porque los movimientos linguales están tan reducidos que casi le es imposible sacar la lengua y además la lesión se presenta como digo anteriormente, tomando la base de la lengua por su lado derecho.

Observación N.o 41



Fig. 15 — Neurinoma

J. S., 24 años.

Hace más o menos un año, dice el enfermo, que empezó a notar un aumento de volumen en la lengua, indoloro y endurecido. Como la lesión aumentara hasta el extremo que este órgano le impide comer y cerrar la boca debido a su gran volumen; además notara que se ulcera en la superficie decide venir del campo a consultarnos. En atención a la historia clínica que nos cuenta el enfermo y a la

forma de la lesión, descartamos tuberculosis y lúes para pensar en un cáncer de la lengua, pero a fin de fundamentar nuestro diagnóstico se toma una biopsia y el histopatólogo nos hace el diagnóstico de un neurinoma, en vista de lo cual enviamos a nuestro enfermo al instituto de radio.

Observación N.º 42

F. C., 42 años.

ENF. ACTUAL: Nos cuenta que posee en la lengua en su parte más posterior a nivel de los molares derechos una herida que le produce molestias y que es muy dolorosa. Al extremo de no poder comer ni hablar con facilidad.

Con estos antecedentes procedimos a examinarla, pero con gran sorpresa nuestra después de observar, minuciosamente la región lingual no logramos encontrar ninguna alteración, y aún más, faltan molares del lado derecho lo que descarta la posibilidad de un traumatismo. Al decirle a la enferma que no existe tal herida, que a lo mejor lo que ella sentía era nada más que dolor (pensando más en una neuralgia lingual). Se manifiesta contrariada con nuestra insinuación e insiste que ella tiene una herida bastante grande en esa región y que, cómo no la veíamos.

DIAGNOSTICO: Ante la reacción de la señora y la ausencia de toda lesión, nos hace pensar en la posibilidad de que nos encontremos ante un cuadro de neurosis. Le recetamos Nuporals creyendo aún en una neuralgia. A los 8 días regresa protestando, porque nada le había hecho el remedio y que ella seguía con sus alteraciones linguales. Ya no nos queda duda de que se trataba de un estado neurótico.

No pudimos seguir observándola porque no quiso regresar más al Servicio.



Fig. N.º 16: Edema Angioneurótico

Observación N.º 43

J. G., 23 años.

Llega a nuestro servicio a consultarnos por ciertas alteraciones del labio y lengua.

Al examen se observa que el labio inferior se encuentra muy aumentado de volumen edematoso, la lengua presenta en la zona correspondiente a los premolares y molares derechos un aumento de volumen circunscrito del tamaño de una aceituna dispuesto en tal forma que cubre la cara oclusal del primer molar inferior. El enfermo nos dice que hace dos días bruscamente le aparece este cuadro, pero que a raíz de haberse mordido dicho tumor siente grandes dolores. En efecto la parte que descansa sobre el molar se encuentra ulcerada, por el traumatismo, lo cual impide en parte los movimientos linguales.

Fig. N.º 17 — Esclerodermia generalizada



Fig. 18 — Esclero Dermia

Observación N° 44

M. C., 52 años.

ENF. ACTUAL: Empieza hace 11 años con molestias parestésicas en los dedos de ambas manos, consistentes en sensación de adormecimiento, dolor, cambio de coloración que a veces es pálida y otras muy cianótica.

Después de un período de 6 años nota que la piel se empieza a apretarse y a pigmentarse con sensación de tirantez y adherencia a los planos profundos, hay además pigmentación y acortamiento de los dedos en este tiempo también siente dolor y molestias a nivel de las extremidades inferiores.

Ahora se observan pigmentaciones en todo el cuerpo con atrofia marcada de la falange de los dedos de las manos, además se observa una deformación de la cara, especialmente en la parte inferior de ella.

Al examen bucal presenta un maxilar inferior completamente atrofiado y sin piezas dentarias, también vemos una marcada miroglosia.

DIAGNOSTICO: El comienzo de la lesión corresponde a una enfermedad de Raynaud que prosigue tomando la forma de una esclerodermia generalizada con atrofias parciales de la falange de los dedos de la mano.

NOTA: Tomamos foto de las manos y rostro ya que nos fué imposible lograr una foto de la lengua porque el orificio bucal está muy disminuído.

Observación N° 45

L. A., 42 años.

Síndrome carencial tipo pelagroídeo. Glositis marginal gingivitis hipertrófica.

Observación N° 46

J. S. R., 39 años.

Lengua húmeda con surcos profundos algo inflamados.

Observación N° 47

R. D. 29 años.

Lengua seca lisa, característica procesos infecciosos.

Observación N° 48

J. B., 36 años.

Lengua tífica, húmeda, pegajosa, cubierta por saburra amarillenta.

Observación N° 49

L. V., 42 años.

Típica impresión de los dientes en los bordes de la lengua debido a un marcado prognatismo.

Observación N° 50

P. B., 32 años.

Venas raninas afectadas por várices.

Observación N° 51

J. M., 41 años.

Pelagra, endomiocarditis reumática e insuficiencia cardíaca. Mucosa de la boca roja; queilosis de los labios, faringe roja, glositis marginal.

Observación N° 52

R. L. B., 36 años.

Glositis exfoliativa marginal.

Observación N° 53

O. L., 28 años.

Típica lengua Geográfica.

Observación N° 54

M. J., 41 años.

Fibroma pequeño del vértice de la lengua.

Observación N.º 55

M. L. V., 20 años.

Estomatitis aúrica. Lengua con pequeñas úlceras cubiertas por fibrina. Halitosis, sequedad.

Observación N° 56

L. B. H., 25 años.

Desgarro lingual a consecuencia de una caída. Se entierra los dientes habiendo necesidad de suturar.

BIBLIOGRAFIA

(Nacionales)

- ACEVEDO HOTT, T.— Contribución al estudio de las alteraciones de la cavidad bucal en el curso de algunas enfermedades agudas. (Tesis 1943). Concepción.
- FIERRO MENDOZA, R.— Principales afecciones bucales en la infancia. (Tesis 1931). Concepción.
- LOUVEL BERT, R.— Glositis exfoliativa marginal. Rev.D. de Chile. 1933.
- LOUVEL BERT R., Tuberculosis bucal. 1946.— Concepción.
- LOUVEL BERT, R.— Sífilis Primaria de las Encías. 1944. Concepción.
- RECCIUS F., A.— Tratado del diagnóstico quirúrgico. 1940.— Santiago.

EXTRANJEROS

- BURCHARD, H. E INGLIS, E.— Tratado de Patología y Terapéutica Odontológicas. 1940. Barcelona.
- BRUHN (A. KANTOROWICZ C. PARTSH La Escuela Odontológica Alemana. 1939.— Tomo I. —Madrid.
- BURNETT, F.— Estados Pre-cancerosos y cáncer de la lengua (Tesis de profesorado 1928).
- COLYER J, F.— Patología y Clínica Odontológica.— 1930.— Barcelona. Ed. Pubul.
- DECHAUME, M Y HOUZEAU.— Syphilis Buccale (Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 1939. París.
- ERAUSQUIN, R.— Anatomía Patológica Buco-Dental, B. Aires 1942.
- FERRARI—VERA.— Patología y Clínica Buco-Dental. B. Aires 1944.
- FINKELSTEIN, H.— Tratado de las enfermedades del lactante. 3ª edición. 1940. Barcelona.
- GAILLARD Y NOGUE.— Tratado de estomatología. Tomo VII. 1925. Barcelona.
- HENAUULT, M.— Affection de la langue. (Encyclopédie Médico Chirurgicale. 1939. París.
- HAYES, L.— Diagnóstico clínico de las enfermedades de la boca. México. 1937.
- MATHIS H. W.INKLER.— Odontología y Medicina Interna. 1945. Madrid.
- MAUREL, G.— Cirugía máxilo-facial. 1944. B. Aires.
- OMES, H.— Cáncer de la langue et de la cavité Buccale. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 1939). París.
- PORT-EULER.— Tratado de Odontología. B. Aires 1943.
- QUERVAIN, P. de.— Tratado de Diagnóstico Quirúrgico. 2ª edición. Buenos Aires. 1934.
- RIBBERT—STEMBERG.— Tratado de Patología General y Anatomía Patológica. 4.a edición. 1933.
- RIBBERTT-HAMPERL.— Patología General y Anatomía Patológica. 4ª edición. B. Aires. 1946.
- RUPPE, CH.— Tuberculose de la muqueuse Buccale et des maxillaires. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale). 1939. París.
- RUPPE, CH.— Pathologie de la Bouche. 1931. París.
- RUPPE, CH.— Sémiologie des affections de la Bouche et des dents, 1935. París.
- SCHUMACHER, S.— Compendio de Histología Humana. 2ª edición, 1942. Buenos Aires.
- THOMA, K.— Estomatología. 1945. México.
- THOMA, K.— Patología Bucal. 1946. II tomo. México.
- VRASSE, R.— Maladies de la Muqueuse Buccale (Gingivo estomatites Encyclopédie Médico-Chirugi. Cale. 1939. París.