

IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA LENGUA EN LA POBLACIÓN DE LA VEREDA
GRANIZAL SECTOR EL PINAL DEL MUNICIPIO DE BELLO (ANTIOQUIA)

POR:

LEIDI TATIANA IBARGUEN MARTÍNEZ

MARIA ALEJANDRA ZAPATA RESTREPO

LUISA MARÍA ZAPATA MÉNDEZ

ASESORA

LINA MARÍA ÁLZATE MESA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS SECCIONAL BELLO

POLITÉCNICO INTERNACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TÉCNICA PROFESIONAL EN SALUD ORAL

BELLO (ANTIOQUIA)

2014

Importancia del cuidado de la lengua en la población de la vereda Granizal sector el Pinal del
municipio de Bello (Antioquia)

Por:

Leidi Tatiana Ibarguen Martínez

María Alejandra Zapata Restrepo

Luisa María Zapata Méndez

(Asesora)

Lina María Álzate Mesa

Trabajo de grado para optar al título de técnico profesional en salud oral

Corporación Universitaria Minuto de Dios seccional Bello (Antioquia)

Politécnico internacional

Técnica profesional en salud oral

Bello (Antioquia)

2014

Nota de aceptación

Presidente de jurado

Jurado1

Jurado2

Jurado 3

Bello, Antioquia agosto 22 de 2014

DEDICATORIA

...A nuestras familias por todo su apoyo y esfuerzo
para que lográramos culminar nuestros estudios y
obtener este gran logro para nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la vida y la fortaleza para enfrentar los retos que se nos presentaron en el camino, a la universidad por todas las enseñanzas transmitidas y en especial a nuestra asesora Lina Alzate por su paciencia, tiempo y esfuerzo para que este proyecto fuera llevado a cabo.

ÍNDICE

	PP.
Introducción . . . . .	. 6
Planteamiento del problema . . . . .	. 7
Objetivo general . . . . .	. 10
Objetivos específicos . . . . .	. 11
Justificación . . . . .	. 12
Marco teórico . . . . .	. 13
Resultados . . . . .	. 34
Análisis . . . . .	. 42
Conclusiones . . . . .	. 45
Recomendaciones . . . . .	. 46
Anexos . . . . .	. 48
Bibliografía . . . . .	. 51

INTRODUCCIÓN

Con el siguiente proyecto se quiere dar a conocer la importancia que le da la población de la vereda Granizal del municipio de Bello- Antioquia al cuidado de la lengua y los respectivos hábitos de higiene oral que tienen, con el fin de analizar los resultados obtenidos y así intervenir la población a través de charlas educativas y jornadas de promoción y prevención para educar tanto a niños como adultos acerca de la manera adecuada de cuidar su salud bucal y en especial la limpieza de su lengua.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un estado de confort, donde un ser está en capacidad de adaptarse a un medio para poder vivir en armonía con su homólogo. Pero esto depende de algunos factores como lo son la cultura, costumbres, religión, hábitos de alimentación y de higiene, economía entre otros. Estos factores pueden repercutir para bien o para mal en la salud oral y en especial la salud de la lengua.

“La lengua es un órgano esencialmente muscular, de ricos y variados movimientos, de contorno triangular y base dorsal, que se encuentra ocupando, de hecho todo el piso de la boca, amoldándose a la arcada gingivodentaria inferior. Esta revestida de una mucosa que es asiento de las papilas gustativas; interviene también, de modo importante, en la formación del bolo alimenticio, en su acomodación, empujándolo hacia los dientes, en la modulación de la voz, en el silbido, en la succión y en la acción de mamar” (Santoyo.R.2006.,p.152).

Está conformada por 17 músculos algunos de los cuales son el estilogloso, palatogloso, hiogloso, glosostafilino .En ella existen diferentes tipos de papilas gustativas entre ellas la papilas filiformes, caliciformes, foliadas, fungiformes las cuales son las receptoras del gusto.

“Los desórdenes de la cavidad oral son la causa en un 80-90% de la halitosis, a éstos se añaden los efectos de las bacterias anaerobias que se encuentran en el dorso de la lengua y que forman los diversos compuestos como el sulfuro de hidrógeno, el mercaptano de metilo y los ácidos orgánicos; los cuales favorecen la producción de una corriente de aire fétido que puede ser más ofensiva para el entorno social, que para quien la padece”. (Castellano, E. F. 2012)

Debido a que es una parte importante de la boca, la lengua se debe incluir siempre en la rutina de higiene; ya que en ésta se acumulan gran cantidad de bacterias que si no son eliminadas pueden originar mal aliento, más conocido como halitosis, afectar el sentido del gusto, pues se pueden percibir sabores que no existen, no diferenciarlos o perderlos totalmente. Tal vez hablando en términos mayores, se podría mencionar algunos tipos de patologías como: la candidiasis bucal, que es una infección generada por hongos levaduriformes de las membranas mucosas que recubren la boca y la lengua, el cáncer bucal, glositis, herpes oro-labial.

Tras habernos lavado los dientes usaremos el limpiador lingual para la limpieza de la lengua hay que sacar la lengua y pasar el limpiador a modo de raspado sin presión excesiva desde la zona más profunda de la lengua hacia la parte de la punta de la lengua, y repetimos esta acción varias veces asegurándonos de limpiar todas las partes de la lengua. El raspador debe pasar también de lado a lado de la lengua. Después de cada pasada hay que limpiar con agua el limpiador.

Existen unos limpiadores especiales para la lengua, los llamados limpiadores linguales o raspadores, que pueden adquirirse en dentistas y farmacias entre otros establecimientos. Existen modelos de cepillos de dientes en los que una de las caras es un limpiador lingual. El cepillo de dientes tradicional también puede usarse aunque no ofrecen los mismos resultados que los limpiadores específicos (Limpieza de la lengua.2012).

Es fundamental inculcar en los niños una buena higiene oral no menos importante la limpieza de lingual, para que desde su infancia puedan saber que este también es un órgano al que se le debe dar un cuidado especial, para así evitar que un sinnúmero de patologías que se alojan en la lengua ya que estas pueden afectar muchos órganos del cuerpo; por ello se decidió realizar este trabajo con la población de la vereda Granizal del municipio de Bello (Antioquia).

Para llevar a cabo dicho proyecto la población será atendida en la corporación Las Cometas la cual

“Es un lugar privilegiado de convivencia, es un espacio de crecimiento, encuentro, aprendizaje, experiencias compartidas, conocimiento de los otros y descubrimiento del mundo. Es por esto que la corporación las cometas establece la importancia de formar y orientar a los niños y niñas en el desarrollo de su dimensión afectiva fortaleciendo sus valores morales, buenos hábitos sociales y su deseo de esfuerzo”. (Corporación las cometas.2014)

Por lo tanto es el sitio adecuado para realizar una campaña de promoción y prevención y ayudar a tomar conciencia acerca de la importancia del cuidado de la lengua.

FORMULACIÓN

¿Qué importancia le dan al cuidado de la lengua la población de la vereda Granizal del municipio de Bello-Antioquia?

OBJETIVO GENERAL

Identificar los cuidados que se le da a la lengua en la población de la vereda Granizal del municipio de Bello-Antioquia, con la finalidad de promover una campaña de salud oral que ayude a prevenir posibles patologías bucales a causa de la mala higiene lingual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la lengua.
- Describir la lengua y sus cuidados.

Promover una campaña de salud buco lingual.

JUSTIFICACIÓN

La lengua es un órgano ubicado al interior de la boca, la cual tiene como funciones el gusto, la deglución de los alimentos y la fonación; de lo anterior deriva su importancia y el adecuado cuidado que debemos tener con ésta, puesto que siempre se hace énfasis únicamente en el cuidado de los dientes, y se busca únicamente tener una sonrisa estética, restándole importancia a la lengua, desconociendo las consecuencias de no incluirla en la limpieza. Según lo anterior es necesario fomentar el hábito de higiene lingual a temprana edad, para que al crecer se tenga conciencia de que la boca no está conformada solo por dientes.

Es por esto que se realizará una campaña de p y p en la población de la vereda Granizal del municipio de Bello (Antioquia).

MARCO TEÓRICO

El gusto es uno de los sentidos del ser humano, encargado de percibir los diferentes sabores existentes en el entorno. Los aparatos nerviosos terminales que se ocupan de recibir la información que llega al cuerpo humano referente al sentido del gusto, están diseminados por la parte exterior de la lengua, por eso se considera a la lengua como el órgano principal del sentido del gusto.

Con el fin de comprender la lengua como estructura anatómica se estudiará destacando tres puntos distintos; siendo primero su conformación exterior, segunda su constitución anatómica y por último sus vasos y sus nervios.

Para entrar a discutir la conformación exterior, se definirá la lengua como un “órgano impar, medio y simétrico, tiene la forma de un cono dispuesto en sentido sagital, y cuya punta muy aplanada esta inclinada hacia delante y abajo” (Testut, L.Latarjet, A.1949.p. 519). Comúnmente se señalan en la superficie exterior de la lengua: una cara superior y otra inferior, dos bordes laterales, una base y un vértice o punta.

La cara superior o dorsal casi plana y bastante convexa de la parte anterior a la posterior. En la parte donde se une su porción posterior con sus dos anteriores se pueden observar las papilas caliciformes ubicadas en forma de V, abierta hacia delante; punto denominado “la V lingual”, por delante de ella la lengua tiene una superficie uniforme que se puede relacionar con la bóveda palatina. Se ha descrito en esta cara un surco medio, pero aunque este no existe normalmente, en la lengua se pueden ver surcos o arrugas, unos inconstantes que son congénitos y otras constantes que son tardías. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

En el caso de los surcos congénitos, puede decirse que habitualmente la lengua de los niños es lisa, pero a veces en su cara superior pueden distinguirse profundos surcos localizados por lo general en los bordes laterales. En algunas ocasiones cumplen con un orden en su posición mientras que en otras se muestran irregulares. Esta condición no se medica con los años. A diferencia de las arrugas fisiológicas que “existirían en 60 de cada 100 de los adultos de más de 40 años y serían más frecuentes en la mujer” (Testut, L.Latarjet, A.1949., p. 520). Estas arrugas

se pueden identificar en el surco medio y a medida que el sujeto se acentúan y se multiplican, pero no llegan a los bordes laterales.

Por detrás de V lingual la superficie de la lengua es bastante irregular, pues es en donde se originan las numerosas glándulas foliculares “está en relación, no ya con la bóveda palatina, si no con la cavidad faríngea; en la línea media está limitada por la epiglotis, que la separa de la laringe”. (Testut, L.Latarjet, A.1949., p. 521). Por delante de la epiglotis, es decir, en su parte posterior se ven los repliegues gloseopiglóticos pequeños y mucosos, en sentido anteroposterior, los cuales unen la lengua a la cara anterior de la epiglotis. Referente a estos tres repliegues uno es medio y dos son laterales, cada uno con fascículos de fibras conjuntas elásticas y también musculares estriadas, todo está cubierto por mucosa lingual.

La cara inferior siendo mucho menos extensa, descansa por completo en el suelo de la boca. Algo importante para destacar sobre ella es el frenillo o filete; un surco anteroposterior en la línea media, con forma semilunar muy resistente, capaz de limitar hasta cierto punto algunos movimientos de la lengua como los de la elevación y de proyección hacia delante. En la parte inferior a cada lado de la línea media se encuentran los pequeños tubérculos perforados; estos son los orificios de los conductos de Wharton que llevan a la cavidad bucal la saliva elaborada por la glándula submaxilar y más arriba los conductos excretorios de la glándula sublingual. También a cada lado del frenillo se observan dos eminencias longitudinales de reflejo azulado: las dos venas raninas; sitiadas por debajo de la mucosa. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

La vena ranina hace que la apariencia de la mucosa sublingual tenga un aspecto totalmente diferente al verla por dentro que por fuera. En el primer caso se observa lisa, delgada, de coloración grisácea o ligeramente rosada. Mientras que por fuera es más gruesa, roja y sobre todo irregular, por consiguiente antes de ofrecer una apariencia uniforme, tomando una superficie irregular. Estas dos porciones están limitadas por una línea festoneada de la vena ranina.

Los bordes de la lengua tienen un aspecto redondeado y se relacionan con los arcos dentales, su longitud disminuye gradualmente a medida que se acercan a la punta. Por su parte la base es gruesa y ancha “está en relación sucesivamente de adelante a atrás; 1. Con los músculos milohioideos y geniioideos; 2. Con el hueso hioides; 3. Con la epiglotis a la que se halla unida por los tres repliegues gloseopiglóticos”. (Testut, L.Latarjet, A.1949., p.522)

Y por último en su conformación exterior se describe la punta, también conocida como vértice: delgada y aplanada. En el centro se reúne los dos surcos de la lengua, el inferior y el superior, siendo acentuados según el individuo, divide la lengua en dos mitades similares. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

Después de analizar la lengua desde el punto de vista de su conformación exterior, se pasará a considerar su constitución anatómica desarrollando tres puntos: esqueleto, músculos y mucosa lingual.

El esqueleto ósteofibroso de la lengua está constituido por el hueso hioides, la membrana hioglosa y el septum medio.

El hueso hioides tiene forma de U, situado en la tercera vértebra cervical, encima del cartílago tiroideos en la pared de la faringe, el cuerpo de este hueso en su parte delantera y sus astas mayores o tiroideas que conforman la rama de la U a cada lado pueden palpase con los dedos índice y pulgar, el hioides puede lesionarse al aplicar una fuerza violenta en el cuello como en el caso de la estrangulación. Mientras que las astas menores o estilohioideas tienen su origen en la unión del cuerpo y las astas menores pero no son palpables.

“El hioides proviene de la fusión anterior de los cartílagos del segundo y el tercer arcos branquiales: el asta mayor y gran parte del cuerpo proceden del tercer arco; el asta menor, el ligamento estilohioideo, la apófisis estilohioides del temporal y el estribo que forma parte de los huesillos del oído derivan del segundo arco”

(Lockhart,R.Hamilton,G.Fyfe,F.1965.,p.58)

Este hueso es cartilaginoso en el recién nacido, aunque en los centros de osificación que acaban de aparecer no, pero en el primer año de vida o después, aparece un centro para cada asta menor, y la mayor junto con el cuerpo se encuentran unidos por cartílago el cual se osifica en la madurez. El hueso hioides brinda una base para los movimientos de la lengua. (Lockhart, R.Hamilton, G.Fyfe, F.1965).

La membrana hioglosa o glosohioidea hace parte también de este esqueleto, siendo una lámina fibrosa ubicada en la zona de atrás de la lengua y dirigida transversalmente. Inicia a partir del borde superior del cuerpo de hioides, desde allí se dirige hacia arriba casi en dirección vertical, desapareciendo en medio de los 8 a 10 milímetros y su amplitud de 28 a 30 milímetros, en cambio, en el recién nacido es de 4 a 5 milímetros y de 10 a 12 milímetros respectivamente.

En la membrana hioglosa se pueden distinguir un borde inferior que se relaciona con el superior del hioides, un borde superior, convexo que se va perdiendo en medio de las fibras musculares de la lengua, la V lingual es su punto más elevado. Una cara posterior que es el arca más trasera de la mucosa lingual, solo está separada de ella por los fascículos del musculo lingual superior, una capa conjunta donde se alojen algunas glándulas salivales los folículos cerrados de la amígdala lingual y los plexos venosos de la base de la lengua. Y finalmente la cara anterior que presta inserción a numerosos fascículos del musculo geniogloso tanto a la derecha como a la izquierda. En la línea media se une con el septum lingual. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

En sentido histológico esta membrana está constituida de fibras de tejido conjuntivo entrecruzadas de diferentes maneras, la mayoría de abajo arriba. A estas fibras se añaden en diversas cantidades otras elásticas.

Y para finalizar la consideración de la lengua según su esqueleto, se pasa a identificar el septum medio o septum lingual definido como una lámina fibrosa, blanco amarillenta, localizada en la línea media entre los dos músculos genioglosos.

Presentando forma de hoz, el septum medio ofrece dos caras laterales, dos bordes y dos extremidades. Las dos caras laterales, izquierda y derecha, sirven como superficie de implantación de numerosos fascículos musculares. El borde superior que es convexo es paralelo a la cara dorsal de la lengua, de la cual está separado de tres a cuatro milímetros, mientras que el inferior, cóncavo, corresponde a las fibras más internas de los genioglosos que se cruzan por debajo de este y por ultimo sus extremidades, la inferior y la posterior. En el caso de la primera es afilada en punta y se pierde desapercibidamente entre los fascículos musculares del vértice de la lengua y la extremidad posterior primero se estrecha, luego se inserta en la membrana hioglosa y el hueso hioides. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

El segundo punto a analizar en la constitución anatómica después de haber explicado el esqueleto de la lengua, son sus músculos; los cuales se dividen en 3 grupos según su inserción de origen, siendo el primer grupo los músculos que se originan en regiones óseas vecinas de la lengua, como lo son el musculo geniogloso, hiogloso y estilogloso, nombres que dejan ver su lugar de inserción. Los músculos que toman origen en órganos vecinos de la lengua, hacen parte del segundo grupo: son el palatogloso, faringogloso y amigdalogloso, el lingual superior y el

lingual inferior que inician a la vez de partes blandas y óseas vecinas de la lengua, con parte del tercer y último grupo. Estos músculos toman origen por fuera de la lengua por lo que son nombrados intrínsecos, sin embargo existe un musculo que pertenece a ella en toda su extensión, por ello intrínseco; el transverso.

De los nueve mencionados, ocho son pares y uno, el lingual superior impar, en total pueden distinguir diecisiete dispuestos simétricamente a lado y lado de la línea media.

El musculo más voluminoso es el geniogloso “tiene forma de un ancho triangulo cuyo vértice está situado detrás de la sínfisis mentoniana y cuya base, muy convexa, corresponde a la cara dorsal de la lengua en toda su extensión”. (Testut, L.Latarjet, A.1949.,p. 526)

Su inserción hacia delante a través de un corto tendón en la apófisis, desde allí se dirige hacia arriba y hacia atrás y se irradia como un ancho abanico, permitiendo que sus fibras se muevan en diferentes direcciones. Las inferiores o posteriores oblicuas, hacia el hioides fijándose en su parte superior, las fibras superiores o ascendentes hacia abajo y atrás formando una curva de concavidad anterior y finalizan en la punta de la lengua, y por ultimo las medias, mucho más numerosas que irradian hacia la cara dorsal y culminan en la cara profunda de la mucosa a partir de la membrana hioglosa hasta la punta.

En cuanto a su funcionalidad, las fibras inferiores hacen que el musculo geniogloso dirija hacia arriba y adelante al hioides, las median cumplen con su función directamente sobre la lengua, empujándola hacia delante y determinando su proyección fuera de la boca. A causa de la dirección de las fibras posteriores que es distinta a todas, dirigen abajo y atrás la punta de la lengua, en el momento en que todos los fascículos de este musculo se contraen al tiempo, la lengua se apelotona sobre sí misma, fijándose fuertemente contra el suelo de la boca y la cara posterior del maxilar inferior. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

Al describir la forma en que se relaciona con otras estructuras, se puede decir que por su cara interna esta en relación con su par del lado opuesto, los cuales se encuentran separados tan solo por una delgada capa de tejido céluloadiposo y por el septum medio, en cuanto a sus bordes, el anterior de forma cercana hacia delante, mira hacia la sínfisis mentoniana. Este musculo está cubierto por la mucosa de la cara inferior de la lengua, en el borde inferior reposa en toda su extensión en el genihiodeo que sigue la misma dirección. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

“Por su cara externa con la glándula salival sublingual, el conducto de Wharton, la arteria lingual, el nervio gran hipogloso y los tres músculos hiogloso, lingual inferior y estilogloso”. (Testut, L.Latarjet, A.1949., p.526)

El estilogloso es un músculo delgado además de largo cuya extensión va desde la apófisis estiloides a las regiones laterales de la lengua. Presenta dos inserciones, la primera la zona anterior y externa de la apófisis estiloides, cerca de su punta y la segunda en lo más superior del ligamento estilomaxilar, desde estos puntos se dirige a manera oblicua hacia abajo y adelante ampliándose y doblándose con ligereza sobre sí mismo haciendo que su cara anterior se tienda externa. Cuando llega a los lados de la lengua en la parte de atrás del velo del paladar, se divide según su situación en fascículos inferiores, medios y superiores.

Los fascículos inferiores oblicuos hacia abajo y hacia delante pasan entre las porciones del hiogloso que son dos, y continúan por debajo de él, una parte con los fascículos del lingual inferior y otra con los fascículos del geniogloso, por su parte los del grupo medios siguen el borde correspondiente de la lengua y forman a su paso como este una curva de concavidad interna hasta el mismo nivel de la punta. Mientras que los fascículos superiores o internos van hacia adentro dirigiéndose de manera horizontal al septum lingual. (Testut, L.Latarjet, A.1949)

El músculo estilogloso actúa dirigiendo la lengua hacia arriba y atrás, en momentos hace que repose con fuerza contra el velo del paladar, se relaciona en el exterior con la glándula salival parótida, el músculo de la masticación pterigoideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual, e internamente está relacionado con el ligamento estilohiideo, el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

El músculo hiogloso es delgado, plano, tiene cuatro lados y está localizado en la región lateral e inferior de la lengua, en sus inserciones se puede destacar la inferior con el borde superior del cuerpo hioides, cerca al asta mayor y la segunda en la que participa el labio externo del asta mayor en toda su extensión. La porción de este músculo que inicia desde el asta mayor se nombra por lo general ceratogloso y basiogloso o basihial la del cuerpo mismo del hioides. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

“Estas dos porciones constitutivas del hiogloso, el ceratogloso y el baseogloso, se encuentran a menudo separadas una de otra en su parte inferior por un intersticio

célulo adiposo a través del cual se ve la arteria lingual, más arriba se hallan claramente separadas por los fascículos inferiores del estilogloso, los cuales están situados al principio en la cara superficial del ceratogloso para meterse en seguida por debajo del basiogloso”. (Testut, L. Latarjet, A. 1949., p. 529)

Este músculo tiene importantes relaciones, por ejemplo, su cara profunda se encuentra relacionada con el constrictor medio de la faringe, el faringogloso y geniogloso, la arteria lingual, la cual se aplica contra esta cara y la cruza de forma oblicua de atrás a delante y de abajo arriba. Su cara superficial se puede ver en gran parte cubierta por el milohioideo, estilohioideo y digástrico; músculos suprahioideos, además de estar en relación con la glándula salival submaxilar, con el conducto de Wharton, y con el nervio lingual e hipogloso.

La función del hiogloso es deprimir la lengua, la comprime y la aproxima al hueso hioides, después de que los músculos genioglosos la llevan hacia delante, este la contrae y la regresa a la cavidad bucal.

Siguiendo con el recuento de los 17 músculos de la lengua, se pasa a definir el músculo palatogloso, también llamado glosostafilino, ubicado en el espesor del pilar anterior del velo del paladar, constituyendo su porción central y por ello su esqueleto. En su mayoría se relaciona con la mucosa y actúa al contraerse, dirigiendo la lengua hacia arriba y atrás.

Junto con el palatogloso, el músculo faringogloso también actúa al contraerse, solo que este dirige la lengua en sentido contrario, hacia atrás y arriba, nombre dado a un fascículo de fibras musculares enviadas a los lados de la lengua por el constrictor superior de la faringe, estos fascículos se dividen en superiores e inferiores, siendo los superiores los que costean el borde que les compete de la lengua, llevan la misma dirección que los fascículos del palatogloso y los fascículos medios del estilogloso, que terminan por homogenizarse. Los fascículos inferiores con forma oblicua hacia abajo y adelante pasan por debajo del hiogloso y se mantienen en este punto con las fibras del geniogloso y con las del lingual inferior. (Testut, L. Latarjet, A. 1949)

A su vez después de tomar origen por encima en la porción de la aponeurosis faríngea, la cual cubre la cara externa de la amígdala y dirigirse verticalmente hacia abajo entre el faringogloso y la mucosa, el músculo amigdalogloso alcanza la base de la lengua, allí cambia de

dirección haciéndose transversal, gana la línea media y se cruza con el lado opuesto.
(Testut,L.Latarjet,A.1949)

Cuando los dos músculos amigdaloglosos se contraen dirigen hacia arriba la base de la lengua y hace que repose contra el velo del paladar, esto resulta posible gracias a que los dos juntos forman una especie de cincha, que se relaciona por sus extremidades con las amígdalas y por su parte media con la base de la lengua. Al finalizar su trayecto el amigdalogloso se sitúa por debajo del musculo lingual superior, cruzándolo en ángulo recto, así se relaciona.

Este último musculo medio, único e impar al menos entre los linguales, “está constituido por un sistema de fibras longitudinales y paralelas que se extienden por debajo de la mucosa de la lengua, desde la base hasta la punta”. (Testut,L.Latarjet,A.1949.,p.530)

El lingual superior en su origen posterior, tratándose de inserciones, se divide en tres porciones, una media y dos laterales. La primera se inserta en el repliegue glosopiglotico medio, punto en que la línea une la epiglotis con la base de la lengua y la segunda, es decir las laterales, nacen de las astas menores del hioides tanto a la derecha como a la izquierda. Desde estos sitios estas tres funciones se dirigen hacia arriba y adelante, ampliándose, así se acerca unas a otras formando una única capa muscular que ocupa la parte media de la lengua y la recorre hasta la punta .(Testut,L.Latarjet,A.1949)

Se relaciona por su cara inferior con los músculos subyacentes, por la superior con la cara dorsal de la lengua, con la que está íntimamente relacionado pues es un musculo cutáneo de la lengua y a los lados se pierde con las fibras longitudinales de tres músculos: el palatogloso, faringogloso y estilogloso.

“Cuando se contrae, el lingual superior levanta la punta de la lengua, al propio tiempo que la dirige hacia atrás: es un musculo elevador y retractor de la lengua”.
(Testut,L.Latarjet,A.1949.,p.530)

Por su parte el lingual inferior es un musculo depresor y retractor de la punta de la lengua, este la acorta en su diámetro anteroposterior al tiempo que atrae la misma hacia abajo y atrás. Como indica su nombre el lingual inferior ocupa la cara inferior de la lengua, ubicado por debajo

del musculo estilogloso, en medio del geniogloso que esta por dentro y el hiogloso localizado por fuera; así se relaciona.

Aunque su principal origen está en las astas menores del hioides, lo refuerza numerosos fascículos que recibe del faringogloso y de la parte inferior del estilogloso. Sin importar su origen los fascículos que constituyen el lingual inferior, se dirigen hacia delante, en forma ascendente y termina en la cara mucosa que cubre la punta de la lengua. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Y para terminar con los músculos de la lengua, se pasa a describir el musculo transverso, nombrado así por la dirección que sigue, constituido por un conjunto de fascículos que se extienden de forma transversal desde la línea media hasta los bordes de la lengua. “estos fascículos se insertan por dentro en las dos caras del septum lingual y terminan hacia afuera, en la mucosa de los bordes de la lengua”. (Testut,L.Latarjet,A.1949.,p.531)

Está relacionado con las fibras que se encuentran a su paso, sobre todo las que lleva una dirección longitudinal, esta interacción resulta bastante irregular. Su acción se da cuando simultáneamente sus fibras se contraen en el lado derecho e izquierdo, acercando a la línea media, los bordes de la lengua y en consecuencia acortando su diámetro transversal, al final se puede ver la lengua redonda, afilada y proyectando su punta fuera de la boca.

El tercer y último punto por analizar en la constitución anatómica es la mucosa lingual, que es la porción de la mucosa bucofaríngea que cubre la mayor parte del cuerpo muscular de la lengua, se darán algunas consideraciones generales sobre cómo está dispuesta, su grosor, coloración y así sus papilas y estructura.

La mucosa lingual recubre todas las regiones de la lengua menos la base, donde se refleja para después extenderse por las mucosas vecinas, así termina por confundirse por detrás con las mucosas de la faringe, formando delante de la epiglotis los tres repliegues glosopigloticos, a los se despliega por le mucosa del velo del paladar y la amígdala, por delante y abajo con la mucosa del suelo de boca formando en la línea media el frenillo o filete. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Su espesor es irregular; delgada y transparente en la cara inferior, y va engrosando al aproximarse a los bordes, luego la cara dorsal, alcanzando su punto máximo de espesor en la parte media de su cara dorsal entre la V lingual y la punta.

En cuanto a la consistencia, igual que el espesor, varía según el área que se examine, donde la parte media de la cara dorsal es también su nivel más alto de consistencia, disminuye al pasar por la cara inferior, después los bordes, la base y la punta donde es fácil de desgarrar.

La coloración de la mucosa lingual es por lo general rosada en la cara inferior, se puede tornar igualmente rosada o roja en la cara superior después de las comidas y más si hubo un espacio largo de abstinencia, mientras que en la mañana en ayunas es un poco blanda y en ocasiones amarillenta.

Su superficie libre presenta en toda su extensión una multitud de pequeñas elevaciones llamadas papilas gustativas

“Descubiertas en 1665 por Malpighi, minuciosamente estudiadas más tarde por Ruysch en 1751 y por Albinus en 1754, estas papilas han sido perfectamente descritas por los anatomistas desde el punto de vista de su repartición topográfica y de su configuración exterior”. (Testut,L.Latarjet,A.1949.,p.533)

Tan visibles como para ser observadas a simple vista, las papilas de la lengua son diferentes en forma y volumen, según esto se divide en papilas caliciformes, fungiformes, filiformes, foliadas y papilas hemisféricas. Existen otros cuatro grupos de papilas solo que con una estructura más completa, formadas por un conjunto de papilas pequeñas se les denomina papilas compuestas.

Las papilas caliciformes son las más voluminosas e importantes de todas, cada una se compone de una eminencia central, papila propiamente dicha, rodeada por un anillo circular o cáliz; entre lo primero y lo segundo esta la fosa o la atarjea de la papila caliciforme, una excavación igualmente circular.

Se constituye esencialmente de un mamelón central, el cual está rodeado de un foso y de una muralla, de allí el nombre de papila circunvallata, este mamelón mide de 1 a 1,5 milímetros de altura, un poco estrangulado en su extremidad adherente, ensanchado en la extremidad libre, que por lo general es circular, aplanada o convexa. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Están de 9 a 11 en número y solo se localizan en la cara dorsal de la lengua, donde se une su tercio posterior con sus dos anteriores, formando a lado y lado de la línea media una serie

lineal, que se asemeja a la V mayúscula, las papilas caliciformes son desiguales en volumen, el cual va disminuyendo desde la línea media hasta el borde libre de la lengua.

En el caso de las papilas fungiformes, llamadas así por su semejanza con un hongo, son abultadas en su extremidad libre, aunque estrechas en su extremidad adherente, conformadas por una cabeza un poco voluminosa y redondeada, la cual esta sostenida por un pedículo más o menos largo y delgado. Tiene una longitud de 0,7 a 1,8 milímetros y una anchura de 0,8 a un milímetro. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Con una presencia de 150 a 200 papilas fungiformes, están ubicadas en toda la extensión de la cara dorsal de manera no uniforme, delante de la V lingual en mayor cantidad en los bordes de la punta, también las hay detrás aunque en menor proporción, justo detrás de las caliciformes. Observadas a simple vista también se encuentran las papilas filiformes, pequeñas elevaciones cilíndricas o cónicas, desde su vértice se origina un ramillete de prolongaciones filiformes, nombradas papilas coroliformes de sarpey. Tienen una longitud de 1/3 a 3 milímetros.

Ocupan desde la parte de delante de la V lingual toda la cara dorsal de la lengua, anteponiéndose unas a otras forman series lineales que recorren de manera oblicua el surco medio de la lengua hacia los bordes, paralelas a las dos ramas de la V. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Constituidas por un conjunto de pliegues verticales, las papilas foliadas se observan en los bordes de la lengua cerca de su base, estos pliegues se encuentran adosados unos con otros como las hojas de un libro, cada uno está separado de su vecino por un pequeño surco de la misma dirección, la profundidad de este surco depende de lo desarrollados que estén los pliegues.

Y finalmente, las papilas hemisféricas, que por el contrario son diminutas y poco visibles, aunque mucho más numerosas que las otras papilas, estas no son muy diferentes a las dérmicas que se pueden encontrar en la piel, igual que estas, ocupan la cara superficial del corion mucoso, presentan las formas más diversas: cónica, hemisférica y mamelonada por nombrar algunas. Se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Una estructura esencial en el sentido del gusto que no se puede dejar de lado son los bulbos del gusto:

“Llamados también botones gustativos o corpúsculos del gusto, son peculiares de la mucosa de la lengua, situados en el espesor de su capa epitelial, constituyen los órganos esenciales del gusto”. (Testut,L.Latarjet,A.1949.,p.538)

Su forma se asemeja a globos o botellas abombadas, siendo el fondo de la botella lo correspondiente al corion, su cuello atraviesa sin dificultad los estratos superficiales del epitelio, llegando a la superficie libre de la mucosa a través de un pequeño orificio circular, denominado poro gustativo, por el que sale un pincelito de prolongaciones filiformes, las pestañas gustativas. (Testut,L.Latarjet,A.1949)

Haciendo una identificación más amplia de la cavidad bucal, se pasara a describir otras estructuras que aunque no están dispuestas en la lengua si tienen relación con esta, las glándulas salivales, cuya función es la producción de saliva, lo que hace posible el estado húmedo de la boca, por medio de estímulos que van desde palpar la mucosa, ver, oler e incluso recordar algún alimento, son tres: la glándula parótida, submaxilar y sublingual.

La glándula parótida es la más voluminosa, de coloración amarilla y forma semejante a una cuña, se encuentra alojada en una celda osteoaponeurotica propia, ubicada dorsalmente a la rama de la mandíbula, en medio de su espesor se sitúa la terminación de la arteria carótida externa y del nervio facial. Mediante el conducto parotídeo, esta glándula vierte su producción hacia el vestíbulo de la boca. (Santoyo. R. 2006)

“Más pequeña y de forma irregular la glándula submandibular, ocupa también una celda cuya pared lateral es la fosa de igual nombre y que se describe en la cara posterior de la mandíbula, está en relación íntima con la arteria facial y vierte su producción en el surco alveololingual por el conducto mandibular”. (Santoyo,R. 2006.p.152)

La glándula salival que tiene mayor relación con la lengua es la sublingual, siendo la más pequeña de todas tiene forma elipsoide y se localiza en la fosa sublingual de la mandíbula, inmediatamente debajo del surco alveololingual, formando una eminencia donde se observan múltiples y pequeños orificios por donde vierte su producción a través de los conductillos sublinguales.

Como todos los órganos y sistemas del cuerpo humano van conectados entre sí, la lengua no es la excepción con esto se hace referencia a que no solo la boca está compuesta por dientes sino que existen otras estructuras que ya sean por factores sistémicos los que hacen referencia a problemas que presente una persona y que le traen repercusiones en todo el funcionamiento de su cuerpo. Ejemplo: hipertensión, diabetes y los factores locales son aquellos externos que influyen en la salud ya sea la mala higiene, estos nos llevan a no tener una buena salud bucal.

Dentro de la lengua se pueden presentar diversas alteraciones, unas como consecuencias del inadecuado desarrollo siendo una de ellas la microglosia, esta es una anomalía congénita en la cual la lengua está presente de pequeño tamaño, es una patología poco común, inclusive “solo se ha registrado un caso de ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento, una alteración conocida como aglosia”.(Shafer, W., H, Hine, M y Levy, B.,1984., p25). Por lo anterior los pacientes que presentan estas anomalías tienen dificultad para hablar y comer.

Por el contrario existe otra alteración en la que la lengua es de un tamaño mayor al normal llamado macroglosia y esta puede ser de tipo congénito (se da por un sobre desarrollo de los músculos) y de tipo secundario (se presenta luego de un tumor en la lengua) esta patología también puede afectar a los dientes ya que puede originar que estos se desplacen y den origen a otras afecciones siendo una de ellas la maloclusión, debido a la fuerza que tiene los músculos y a la presión que ejerce la lengua sobre los dientes. no hay tratamiento específico aunque a veces se pueden realizar cortes quirúrgicos para disminuir el tejido.

Otro trastorno que se presenta en la lengua es denominado alquiloglosia y esta se puede desencadenar completa la cual se da como resultado de la unión y el piso de boca, y la parcial que es donde está un frenillo lingual ya sea corto o cerca a la punta de la lengua, esta enfermedad es muy común y los pacientes que padecen alquiloglosia presentan dificultad al hablar, en especial al pronunciar algunas sílabas, es por esto que el especialista diagnostica si se requiere o no una intervención quirúrgica en donde se corta el frenillo; esto se realiza preferiblemente cuando el paciente es niño para un mejor desarrollo en el habla.

Siguiendo con este breve recuento de patologías bucales se puede mencionar la lengua fisurada, que es una malformación en la que se ve con múltiples ranuras en su dorso y puede desencadenarse luego de que se halla presentado una lengua geográfica o una glositis migratoria benigna, además “un estudio realizado demostró que la frecuencia de esta alteración aparentemente aumenta con la edad, por tanto es probable no sea una malformación del desarrollo. Posiblemente con algún factor intrínseco como un traumatismo crónico o deficiencias vitamínicas. Al parecer no hay diferencias importantes en cuanto a raza o sexo.”(Shafer, W., Hine, M y Levy. 1984.,p.26)

La lengua fisurada no siempre es dolorosa excepto cuando los restos alimenticios quedan en las ranuras y causan infección e inflamación, aunque se puede evitar esta sintomatología con una buena higiene oral.

Otra anomalía congénita se denomina glositis, la cual es una inflamación de la lengua y puede ser una glositis media romboidea la que se debe a la falla del tubérculo impar antes de fusionar las dos mitades de la lengua, de tal forma que se presente una estructura sin papilas, esta patología tiene una relación etiológica con una infección micótica llamada *Candida albicans*.

La glositis se manifiesta como un parche o placa rojiza en forma de rombo o diamante, localizada en el dorso de la lengua, con esta lesión se pueden perder papilas, lo que permite que se deteriore el sentido del gusto.

Mientras que la glositis migratoria benigna es una lesión que se ha dicho estar relacionada con las emociones y consiste en la descamación de las papilas filiformes de la lengua, dando origen en ocasiones a inflamación y cambio de color, se presenta en todo tipo de población y tiende a desaparecer en determinado periodo de tiempo con posibilidad de que vuelva a surgir en algún momento.

Otra alteración congénita se denomina El nódulo lingual tiroideo en el cual la lengua se forma al mismo tiempo que el piso faríngeo y anatómicamente asociada con la glándula tiroidea por la conexión a través del conducto trígono. El agrandamiento del tejido tiroideo lingual en algunos casos se debe a la insuficiencia funcional de la glándula tiroidea localizada en el cuello y algunos pacientes con dicha lesión están sin glándula tiroidea demostrable, esta patología se manifiesta clínicamente como una masa nodular dentro o cerca de la base de la lengua y suele ser profunda y de superficie lisa. Los síntomas principales pueden variar pero los más frecuentes son disfagia, disfonía, disnea, hemorragia con dolor, o una sensación de llenado en la garganta, es más común en mujeres debido al cambio hormonal como en la pubertad, adolescencia, embarazo o menopausia.

Así como existen patologías congénitas, en la lengua también se presentan otras que se deben a otros factores como la mala higiene oral y el desconocimiento de una adecuada técnica de limpieza, entre ellas encontramos la mencionada anteriormente llamada candidiasis que es causada por un hongo llamado *Candida albicans* y aunque se ha demostrado que dicho hongo

habita en nuestro organismo por tanto en la cavidad oral, esto quiere decir que no solo la presencia del hongo es suficiente para tratarlo como patología.

”Se dice que esta enfermedad es la infección más oportunista del mundo. Su frecuencia ha aumentado notablemente por el empleo continuo de antibióticos, los cuales destruyen la flora bacteriana normal inhibitoria, y el uso de medicamentos inmunosupresivos, en particular los corticosteroides y citotóxicos”.(Shafer, W., H, Hine, M y Levy, B.,1984.,p.401)

La candidiasis puede ser de tipo pseudomembranosa que es la más común, se origina a cualquier edad afectando principalmente a pacientes sistémicamente comprometidos. Las lesiones bucales se caracterizan por la aparición de placas elevadas de color blanco y blandas pudiéndose observar no solo en lengua sino en paladar, encías y piso de boca. Por lo general dichas placas se pueden eliminar por medio de un raspado y puede quedar la mucosa normal o eritematosa.

Otro tipo de candidiasis se denomina atrófica cutánea y se origina como consecuencia de la pseudomembranosa, siendo una lesión más roja que blanquecina y esta se manifiesta comúnmente en pacientes que utilizan prótesis total. Su tratamiento se realiza a través de antimicóticos.

Un trastorno producido por una higiene deficiente es la lengua vellosa y aunque suele ser poco usual, se caracteriza por una hipertrofia en las papilas, presentando un aspecto de color blanco, amarillento hasta café e incluso negro y según su tinción puede ser por factores como: tabaco, algunas comidas, medicinas o microorganismos de la cavidad bucal. Las papilas que pueden tener una longitud considerable, ocasionalmente rozaran el paladar del paciente causándole náuseas. La lengua vellosa puede ser estimulada por hongos uno de ellos la candidiasis ya mencionada. Otra explicación es que dicho trastorno se puede originar también por alteraciones sistémicas ejemplo anemia, problemas gástricos, incluso se ha dicho que ingerir ciertas drogas como penicilina puede ayudar a su aparición. Por lo general la lengua vellosa aparece en personas fumadoras y esta se debe algún cambio en el ambiente bucal ya sea en la saliva o en la flora bacteriana.

La lengua vellosa es una enfermedad benigna, no tiene tratamiento seguro para ayudar a desaparecer dicho problema lo que se recomienda en estos casos es realizar un cepillado o raspado lingual con el fin de estimular la descamación y quitar los restos de comida que se alojan en la profundidad de las papilas.

Existe otro trastorno llamado varices linguales la cual es una vena tortuosa, que posee una presión aumentada, son comunes las varices que afectan la superficie lingual apareciendo como racimos de aspecto rojo pudiéndose presentar también en otras regiones como labios, mucosa y comisuras bucales .Pueden llegar a ser un símbolo de vejez prematura.

Hablando de problemas mayores se puede presentar el carcinoma de la lengua, se han sugerido varias causas de cáncer de la lengua, sin embargo, parece existir una relación entre el cáncer de la lengua y otros trastornos, uno de ellos la sífilis, esto se explica con base en la glositis que se manifiesta en la persona que posee sífilis.

Otros factores que se puede decir que contribuyen al desarrollo del carcinoma lingual incluyen la mala higiene, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo.

Se ha visto en gran parte de los casos el cáncer se desarrolla en una zona en donde haya una caries, prótesis mal ajustada o una irritación crónica.

El signo más común del carcinoma de la lengua es una masa o ulcera no dolorosa, aunque la lesión avanzada si suele ser dolorosa, en especial cuando se infecta. El tumor puede empezar como una ulcera en forma superficial y luego infiltrarse a zonas más profundas de la lengua.

El tratamiento de esta afección es un problema difícil, se pueden realizar cirugías y radiaciones o incluso ambas para combatir la afección.

El factor más importante que afecta el pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis; por lo tanto, la necesidad del diagnóstico temprano es obvia y el papel del dentista para reconocer las lesiones cancerosas o de cualquier otro tipo es de vital importancia.

Según lo planteado anteriormente podemos constatar la importancia de la lengua para el ser humano, ya que es un órgano que permite que la deglución de los alimentos, la fonación para lo cual es necesario una lengua en óptimas condiciones y así tener una mejor calidad de vida.

Como todos los órganos y sistemas del cuerpo humano van conectados entre sí, la lengua no es la excepción con esto se hace referencia a que no solo la boca está compuesta por dientes sino que existen otras estructuras que ya sean por factores sistémicos los que hacen referencia a problemas que presente una persona y que le traen repercusiones en todo el funcionamiento de su cuerpo. Ejemplo: hipertensión, diabetes y los factores locales son aquellos externos que influyen en la salud ya sea la mala higiene, estos nos llevan a no tener una buena salud bucal.

Dentro de la lengua se pueden presentar diversas alteraciones, unas como consecuencias del inadecuado desarrollo siendo una de ella la microglosia, esta es una anomalía congénita en la cual la lengua está presente de pequeño tamaño, es una patología poco común, inclusive “solo se ha registrado un caso de ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento, una alteración conocida como aglosia”.(Shafer, W., H, Hine, M y Levy, B.,1984., p.25). Por lo anterior los pacientes que presentan estas anomalías tienen dificultad para hablar y comer.

Por el contrario existe otra alteración en la que la lengua es de un tamaño mayor al normal llamado macroglosia y esta puede ser de tipo congénito (se da por un sobre desarrollo de los músculos) y de tipo secundario (se presenta luego de un tumor en la lengua) esta patología también puede afectar a los dientes ya que puede originar que estos se desplacen y den origen a otras afecciones siendo una de ellas la maloclusión, debido a la fuerza que tiene los músculos y a la presión que ejerce la lengua sobre los dientes. no hay tratamiento específico aunque a veces se pueden realizar cortes quirúrgicos para disminuir el tejido.

Otro trastorno que se presenta en la lengua es denominado alquiloglosia y esta se puede desencadenar completa la cual se da como resultado de la unión y el piso de boca, y la parcial que es donde está un frenillo lingual ya sea corto o cerca a la punta de la lengua, esta enfermedad es muy común y los pacientes que padecen alquiloglosia presentan dificultad al hablar, en especial al pronunciar algunas sílabas, es por esto que el especialista diagnostica si se requiere o no una intervención quirúrgica en donde se corta el frenillo; esto se realiza preferiblemente cuando el paciente es niño para un mejor desarrollo en el habla.

Siguiendo con este breve recuento de patologías bucales se puede mencionar la lengua fisurada, que es una malformación en la que se ve con múltiples ranuras en su dorso y puede desencadenarse luego de que se halla presentado una lengua geográfica o una glositis migratoria

benigna, además “un estudio realizado demostró que la frecuencia de esta alteración aparentemente aumenta con la edad, por tanto es probable no sea una malformación del desarrollo. Posiblemente con algún factor intrínseco como un traumatismo crónico o deficiencias vitamínicas. Al parecer no hay diferencias importantes en cuanto a raza o sexo.”(Shafer, W., Hine, M y Levy,B. 1984.,p.26)

La lengua fisurada no siempre es dolorosa excepto cuando los restos alimenticios quedan en las ranuras y causan infección e inflamación, aunque se puede evitar esta sintomatología con una buena higiene oral.

Otra anomalía congénita se denomina glositis, la cual es una inflamación de la lengua y puede ser una glositis media romboidea la que se debe a la falla del tubérculo impar antes de fusionar las dos mitades de la lengua, de tal forma que se presente una estructura sin papilas, esta patología tiene una relación etiológica con una infección micótica llamada *Candida albicans*.

La glositis se manifiesta como un parche o placa rojiza en forma de rombo o diamante, localizada en el dorso de la lengua , con esta lesión se pueden perder papilas, lo que permite que se deteriore el sentido del gusto.

Mientras que la glositis migratoria benigna es una lesión que se ha dicho estar relacionada con las emociones y consiste en la descamación de las papilas filiformes de la lengua, dando origen en ocasiones a inflamación y cambio de color, se presenta en todo tipo de población y tiende a desaparecer en determinado periodo de tiempo con posibilidad de que vuelva a surgir en algún momento.

Otra alteración congénita se denomina El nódulo lingual tiroideo en el cual la lengua se forma al mismo tiempo que el piso faríngeo y anatómicamente asociada con la glándula tiroidea por la conexión a través del conducto trigloso. El agrandamiento del tejido tiroideo lingual en algunos casos se debe a la insuficiencia funcional de la glándula tiroidea localizada en el cuello y algunos pacientes con dicha lesión están sin glándula tiroidea demostrable, esta patología se manifiesta clínicamente como una masa nodular dentro o cerca de la base de la lengua y suele ser profunda y de superficie lisa. Los síntomas principales pueden variar pero los más frecuentes son disfagia, disfonía, disnea, hemorragia con dolor, o una sensación de llenado en la garganta, es

más común en mujeres debido al cambio hormonal como en la pubertad, adolescencia, embarazo o menopausia.

Así como existen patologías congénitas, en la lengua también se presentan otras que se deben a otros factores como la mala higiene oral y el desconocimiento de una adecuada técnica de limpieza, entre ellas encontramos la mencionada anteriormente llamada candidiasis que es causada por un hongo llamado *Candida albicans* y aunque se ha demostrado que dicho hongo habita en nuestro organismo por tanto en la cavidad oral, esto quiere decir que no solo la presencia del hongo es suficiente para tratarlo como patología.

”Se dice que esta enfermedad es la infección más oportunista del mundo. Su frecuencia ha aumentado notablemente por el empleo continuo de antibióticos, los cuales destruyen la flora bacteriana normal inhibitoria, y el uso de medicamentos inmunosupresivos, en particular los corticosteroides y citotóxicos”.(Shafer, W., H, Hine, M y Levy, B.,1984.,p.401)

La candidiasis puede ser de tipo pseudomembranosa que es la más común, se origina a cualquier edad afectando principalmente a pacientes sistémicamente comprometidos. Las lesiones bucales se caracterizan por la aparición de placas elevadas de color blanco y blandas pudiéndose observar no solo en lengua sino en paladar, encías y piso de boca. Por lo general dichas placas se pueden eliminar por medio de un raspado y puede quedar la mucosa normal o eritematosa.

Otro tipo de candidiasis se denomina atrófica cutánea y se origina como consecuencia de la pseudomembranosa, siendo una lesión más roja que blanquecina y esta se manifiesta comúnmente en pacientes que utilizan prótesis total. su tratamiento se realiza a través de antimicóticos.

Un trastorno producido por una higiene deficiente es la lengua vellosa y aunque suele ser poco usual, se caracteriza por una hipertrofia en las papilas, presentando un aspecto de color blanco, amarillento hasta café e incluso negro y según su tinción puede ser por factores como: tabaco, algunas comidas, medicinas o microorganismos de la cavidad bucal. Las papilas que pueden tener una longitud considerable, ocasionalmente rozaran el paladar del paciente causándole náuseas. La lengua vellosa puede ser estimulada por hongos uno de ellos la

candidiasis ya mencionada. Otra explicación es que dicho trastorno se puede originar también por alteraciones sistémicas ejemplo anemia, problemas gástricos, incluso se ha dicho que ingerir ciertas drogas como penicilina puede ayudar a su aparición. Por lo general la lengua vellosa aparece en personas fumadoras y esta se debe algún cambio en el ambiente bucal ya sea en la saliva o en la flora bacteriana.

La lengua vellosa es una enfermedad benigna, no tiene tratamiento seguro para ayudar a desaparecer dicho problema lo que se recomienda en estos casos es realizar un cepillado o raspado lingual con el fin de estimular la descamación y quitar los restos de comida que se alojan en la profundidad de las papilas.

Existe otro trastorno llamado varices linguales la cual es una vena tortuosa, que posee una presión aumentada, son comunes las varices que afectan la superficie lingual apareciendo como racimos de aspecto rojo pudiéndose presentar también en otras regiones como labios, mucosa y comisuras bucales. Pueden llegar a ser un símbolo de vejez prematura.

Hablando de problemas mayores se puede presentar el carcinoma de la lengua, se han sugerido varias causas de cáncer de la lengua, sin embargo, parece existir una relación entre el cáncer de la lengua y otros trastornos, uno de ellos la sífilis, esto se explica con base en la glositis que se manifiesta en la persona que posee sífilis.

Otros factores que se puede decir que contribuyen al desarrollo del carcinoma lingual incluyen la mala higiene, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo.

Se ha visto en gran parte de los casos el cáncer se desarrolla en una zona en donde haya una caries, prótesis mal ajustada o una irritación crónica.

El signo más común del carcinoma de la lengua es una masa o ulcera no dolorosa, aunque la lesión avanzada si suele ser dolorosa, en especial cuando se infecta. El tumor puede empezar como una ulcera en forma superficial y luego infiltrarse a zonas más profundas de la lengua.

El tratamiento de esta afección es un problema difícil, se pueden realizar cirugías y radiaciones o incluso ambas para combatir la afección.

El factor más importante que afecta el pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis; por lo tanto, la necesidad del diagnóstico temprano es obvia y el papel del dentista para reconocer las lesiones cancerosas o de cualquier otro tipo es de vital importancia.

Según lo planteado anteriormente podemos constatar la importancia de la lengua para el ser humano, ya que es un órgano que permite que la deglución de los alimentos, la fonación para lo cual es necesario una lengua en óptimas condiciones y así tener una mejor calidad de vida.

RESULTADOS

Para desarrollar el proyecto realizamos tres visitas en las fechas de 14 de mayo, 10 y 24 de Junio del año en curso a la vereda Granizal del municipio de Bello Antioquia en las cuales se realizó una campaña para promover los buenos hábitos de higiene oral haciendo énfasis en el cuidado y la limpieza de la lengua a través de charlas utilizando material didáctico como carteleras con imágenes alusivas al tema, fichas para los niños colorear, encuestas para identificar la rutina de higiene lingual de cada asistente y por último el diligenciamiento de las historias clínicas para llevar a cabo la atención que arrojaría un diagnóstico de la población objeto de estudio.

RESULTADOS HISTORIAS CLÍNICAS

Para conocer el estado bucodental de estas personas se toma como referencia 47 historias clínicas entendidas estas como un documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente y en donde se recoge la información necesaria para brindarle una buena atención, a su vez es utilizada como objeto de estudio o investigación debido a su contenido que pues con dichos datos se pueden llevar a cabo estudios epidemiológicos de alguna población en específico como en este caso que las historias clínicas ayudaron a clasificar a las personas según la edad, género y diagnóstico.

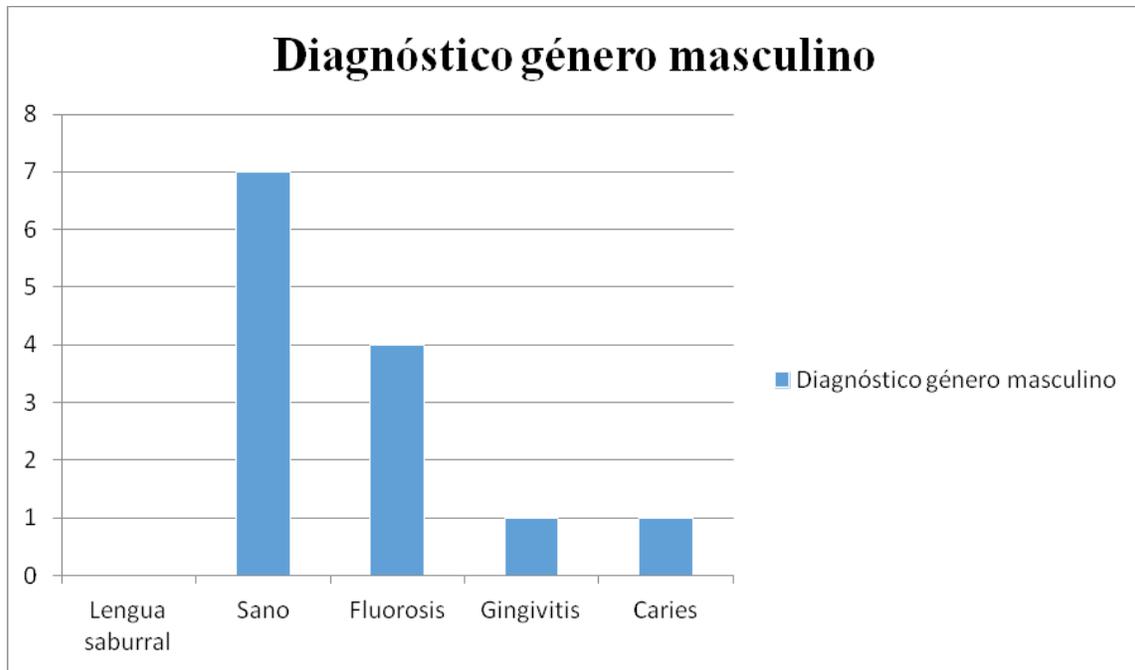
Para dar a conocer los resultados obtenidos se muestran las siguientes graficas:



(Gráfica N°1) Según edad y género de la población.



(Gráfica N°2) Información tomada de 35 mujeres la cual muestra, la cantidad de éstas por patologías, en edades que oscilan entre 1 y 58 años.



(Gráfica N°3) Información tomada de 12 hombres la cual muestra, la cantidad de estas por patologías, en edades que oscilan entre 2 y 5 años.

RESULTADOS ENCUESTAS

Teniendo en cuenta que una encuesta es una serie de preguntas que se hace a un número de personas para reunir datos o detectar la opinión sobre un asunto determinado se realizaron 96 encuestas en dos formatos que contiene preguntas abiertas y cerradas para obtener información que contribuya a la elaboración del proyecto y con la finalidad de identificar los hábitos de higiene que la población tiene con respecto a su salud bucal. A continuación se pueden observar las gráficas con los resultados obtenidos:

FORMATO 1

PREGUNTA N° 1



(Gráfica N°4)

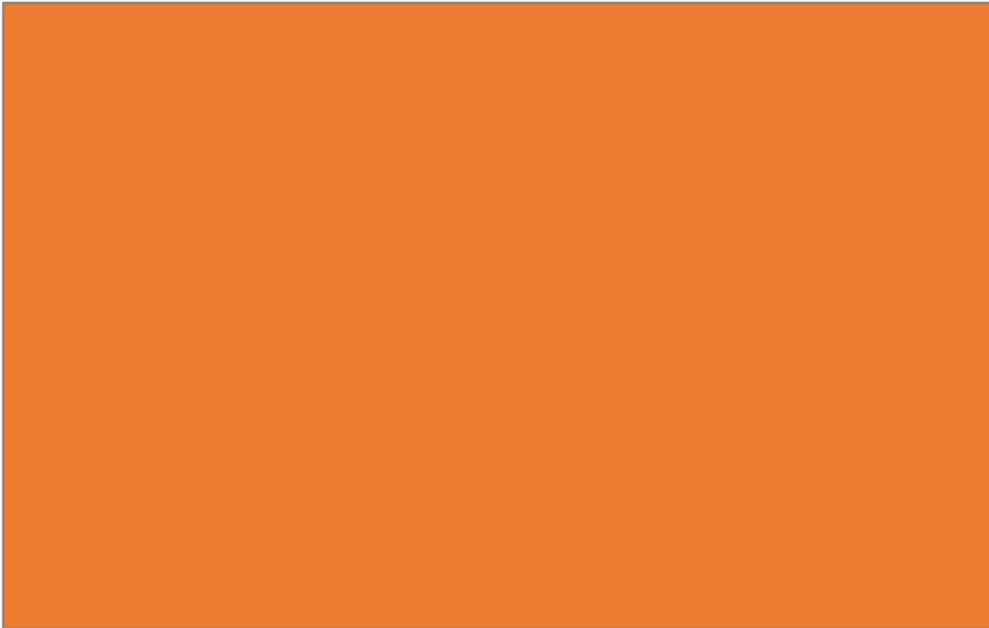
PREGUNTA N° 2

Nº5)



(Gráfica

PREGUNTA Nº 3



(Gráfica Nº6)¿Cuál? Algunas enfermedades mencionadas fueron: Inflamación en la lengua, cáncer, llagas, mal olor.

FORMATO 2

Información tomada de 7 hombres y 37 mujeres con edades entre los 8 y 35 años.

PREGUNTA N° 1

¿QUE FUNCIONES TIENE LA LENGUA?

7 encuestados respondieron hablar.

5 encuestados respondieron saborear.

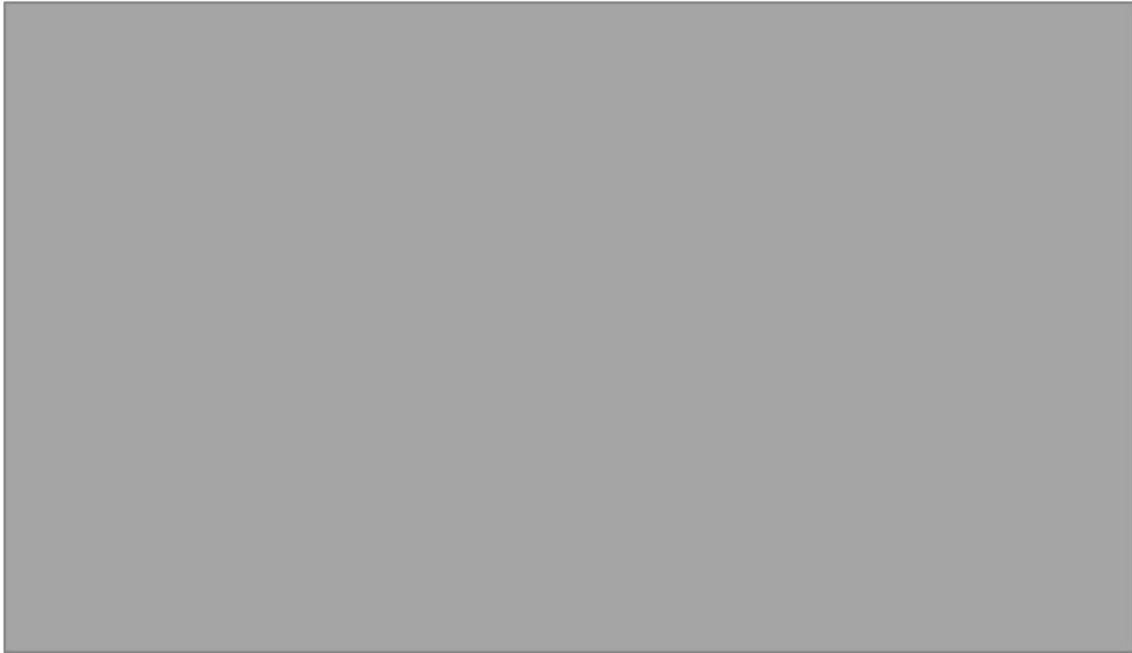
1 encuestado respondió comer.

PREGUNTA N° 2



(Gráfica N°7)

PREGUNTA N° 3



(Gráfica N°8)

PREGUNTA N° 4



(Gráfica N°9)

PREGUNTA N°5



(Gráfica N°10)

PREGUNTA N°6



(Gráfica N°11)

ANÁLISIS

Los anteriores resultados demuestran cómo la población de la vereda Granizal del municipio de Bello (Antioquia), evidencia un bajo nivel de información y capacitación acerca de la importancia del cuidado de la lengua pues a pesar de lo que se plasma en las gráficas realizadas con base a la información obtenida de las dos fuentes utilizadas (historias clínicas y encuestas) donde la población no arrojó altos índices de patología bucal y más exactamente enfermedades con relación a la lengua, esto no quiere decir que no sea necesario la implementación de herramientas para una mejora, de hecho es un problema que requiere intervención inmediata y oportuna, pues si hay carencias, además se debe tener en cuenta que uno de los factores de riesgo de la investigación propuesta era la disposición del paciente al tener conocimiento de que asistirían a una consulta de salud oral, pues si por lo general se tienen precauciones en una cita regular en el centro de atención donde consulta cada persona, esta brigada no sería la excepción, por tanto aunque se pueda decir que en su mayoría se observaron casos donde este órgano se hallaba “limpio” no se podría argumentar que estaba sano. Tal como lo evidencian los diagnósticos extraídos de las historias clínicas, “lengua saburral” que era el más significativo de la investigación, teniendo en cuenta que es la patología lingual más comúnmente observada al momento de un examen clínico, solo se presentó en dos casos, en cuanto al género femenino mientras que en el masculino no se presentó ningún caso (gráfica N° 2). Aunque cabe resaltar que la mayoría de la población que participó eran mujeres, 35 en total con edades comprendidas entre 1-58 años, mientras que en el caso de los hombres el número de asistentes fueron 12; entre los 2-5 años. (gráfica N° 1)

Después de “lengua saburral” Gingivitis y Fluorosis fueron los diagnósticos con la menor cantidad de casos observados seis para cada uno, de estos dos últimos se puede decir que ambos tienen diferencia en cuanto a su incidencia en cada género, pues cuatro de los seis casos de Fluorosis se presentaron en hombres, o mejor en niños, teniendo presente su edad; sin embargo la Gingivitis por su parte tuvo mayor incidencia en las mujeres con cinco de los seis casos acumulados.

La caries fue el segundo más repetitivo, siendo poco sorprendente su concurrencia pues las edades previstas como asistentes a las visitas programadas, daban lugar al supuesto que este resultaría sino el más común uno de los más “esperados” en el público infantil, en total se hallaron quince casos, donde catorce fueron encontrados entre el género femenino. Y por último

se destaca la población sana; pues a pesar de las falencias que se presentan en la población 24 de los 47 diagnósticos, obtuvieron resultados favorecedores.

Esto en el caso de las historias clínicas, pero en las encuestas realizadas donde el número de participantes duplica al de la primera fuente de información, algo que permite ampliar las estadísticas que se obtienen, que logra una caracterización a fondo y da lugar a una perspectiva más detallada y crítica de la situación que se plantea, el panorama de dicha población se ve impuesta a un cambio; ya que como se demuestra en la primera pregunta de la encuesta uno, acerca del número de veces que las personas encuestadas lavan sus dientes al día (gráfica N° 4), solo el 45% que ni siquiera alcanza a ser la mitad respondió lo que podría ser el número correcto, 3 siendo esta respuesta el número mínimo de veces recomendada por un profesional de la salud. Eso en cuanto a la higiene en general de la cavidad oral, sin embargo también se quiso indagar acerca de un cuidado específico de la lengua, por lo que se preguntó si incluían este órgano en su rutina de higiene (gráfica N° 5), la respuesta revela que el 63% de los encuestados si lo hace aunque debe cuestionarse la manera como lo hacen y el tiempo que le dedican, por lo tanto aun con este porcentaje continua siendo deficiente esta práctica.

Una de las estadísticas más alarmantes tiene que ver con el desconocimiento evidente de las enfermedades que se presentan a nivel lingual (gráfica N° 6), ya que el 88% de los encuestados no ha escuchado siquiera hablar de este tema, lo que da lugar a un sinnúmero de suposiciones, pues al ver este preocupante resultado se puede decir que si alguna persona estuviera padeciendo en la actualidad algún tipo de patología lingual, lo pasaría por alto y por tanto no se sometería a ningún tratamiento imposibilitando su recuperación o incluso sumando agravantes a su condición. Y lo más importante, al ignorar todo esto las personas no tendrían al menos el interés por la prevención y el autocuidado.

Otro punto no menos importante trata de los objetos que se acostumbra insertar en la lengua, lo cual resulta ser muy atractivo para algunas personas y sobre todo teniendo en cuenta que según la pregunta con relación a esto el 59% de las personas encuestadas no conocen las múltiples consecuencias negativas que acarrearán esta clase de preferencias, lo que parece un porcentaje bastante lógico pues al no recibir información y tampoco interesarse por hallarla el punto de vista de una persona puede ser poco objetivo. (gráfica N° 10 y 11)

CONCLUSIONES

1. Al iniciar el proyecto se pretendía realizar un análisis de la importancia y el cuidado que la población de la vereda Granizal del municipio de Bello-Antioquia le brinda a la lengua, por eso se hizo tres visitas en las cuales se pudo notar que aún falta más capacitaciones, información y campañas para que las personas conozcan lo necesario que es cuidar su salud buco-dental y en este caso específicamente como limpiar su lengua ya que la población en su mayoría desconoce cuáles son sus funciones y que en este órgano también se presentan enfermedades que pueden alterar según la gravedad su estado de salud.

2. Al realizar las historias clínicas y luego la respectiva revisión del estado buco-dental de la población se encontraba que los niños de 2 a 5 años en su mayoría los padres o acudientes no sabían cepillar su lengua, lo que hace que los pequeños no adquieran buenos hábitos de limpieza desde su infancia, y esto dificulta que se establezcan rutinas que contribuyan a tener una buena salud oral.

3. Existe mucho desconocimiento del tema y por eso se le resta importancia al cuidado de la lengua pues en todas las campañas o información que se le brinda a las personas frente al cuidado y manejo de su salud oral, no mencionan a la lengua, por eso la población se preocupa más por cuidar sus piezas dentarías y no le dedican tiempo y cuidado adecuado a la lengua pues no saben cómo hacerlo y no lo consideran tan necesario.

4. Según lo anterior se considera que la hipótesis planteada para desarrollar durante el proyecto lleva a analizar el amplio desconocimiento de la población, es decir la falta de información para tener una cavidad bucal sana, pues teniendo en cuenta que de las 47 personas atendidas solo dos presentaban lengua saburral pero se encontraron diversas patologías entre las más comunes caries y gingivitis lo cual deja en evidencia que la población no tiene conciencia de la importancia de tener una óptima salud oral y lingual, por lo tanto no existen hábitos y rutinas de limpieza establecidas para el adecuado cuidado bucal y en este caso específicamente de la lengua.

RECOMENDACIONES

En vista de la relevancia que tiene el órgano de la lengua, por las abundantes funciones que le aporta al ser humano, se hace indispensable su adecuada higiene para así evitar que se presenten en ella glosopatías, entre la cual se destaca la lengua saburral como la más común ya que se presenta por una escasa higiene lingual; por ello se hacen las siguientes recomendaciones para realizar una higiene oral completa:

NIÑOS.

Seda dental: Con la ayuda o supervisión de los padres utilizar la seda dental, enrollándola en los de dos medios de las manos. Introducirla entre los dientes haciéndola llegar por debajo de la línea de la encía, curvándola en forma de C con movimientos suaves hacia el diente y deslizarla levemente hacia afuera.

Cepillado: Apretar los dientes. Cepillar la parte exterior poniendo el cepillo de forma horizontal tanto en la parte superior e inferior realizando movimientos de derecha a izquierda. Cepillar las caras internas de los dientes posicionando el cepillo de forma horizontal de adelante hacia atrás. Continuar con la superficie de las muelas, con movimientos de adelante hacia atrás.

Limpieza de la lengua: poner el cepillo de forma horizontal cepillando de arriba hacia abajo produciendo una especie de barrido hasta que la lengua quede sin restos de comida.

ADULTOS.

Seda dental: Cortar una cantidad considerable de seda dental, enrollarla en los de dos medios de las manos. Introducirla entre los dientes haciéndola llegar por debajo de la línea de la encía, curvándola en forma de C con movimientos suaves hacia el diente y deslizarla levemente hacia afuera.

Cepillado: cepillar las caras externas de los dientes tanto superiores como inferiores, de las encías hacia el diente, repetir los mismos con las caras internas. En la superficie de las muelas realizar movimientos de adelante hacia atrás.

Limpieza de la lengua: poner el cepillo de forma horizontal cepillando de arriba hacia abajo produciendo una especie de barrido hasta que la lengua quede sin restos de comida.

EDENTULOS TOTAL.

Limpiar el reborde de las encías con un cepillo suave.

Limpieza de la lengua: poner el cepillo de forma horizontal cepillando de arriba hacia abajo produciendo una especie de barrido hasta que la lengua quede sin restos de comida.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.

Como se puede percibir en la promoción y prevención en salud oral, constantemente se le da un gran énfasis a los órganos dentales dejando de lado el órgano de la lengua, debido a su relevancia es esencial que se incluya la higiene de este órgano en la promoción y prevención y no restarle importancia ya que el órgano lingual también hace parte de la cavidad oral.

ANEXOS

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Alumnos *Los 31*



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

1. DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____ Edad: _____
 Fecha nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar: _____
 Identificación CC _____ TI _____ RC _____ Otros _____ N° _____
 Dirección residencia _____ Teléfono _____

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. ENFERMEDAD ACTUAL: _____

4. ANTECEDENTES MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS

4.1. Antecedentes personales		SI	NO			SI	NO
1. Hepatitis				10. Hospitalizaciones, cirugías			
2. Diabetes				11. Alergias (medicamentos, otros)			
3. Hipertensión arterial				12. Amigdalitis			
4. Epilepsia, otras del sistema nervioso				13. Infecciones orales			
5. Afecciones digestivas				14. Herpes			
6. Afecciones cardíacas				15. Fracturas- accidentes			
7. Afecciones respiratorias				16. Está tomando algún medicamento?			
8. (VIH) SIDA				17. Está embarazada?			
9. Enfermedades de transmisión sexual				18. Otros, Cuales			
4.2. Antecedentes familiares		SI	NO			SI	NO
1. Afecciones cardíacas				4. Epilepsia			
2. Diabetes mellitus				5. Cancer			
3. Hipertensión				6. Otros. cuáles?			
4.3. Antecedentes odontológicos		SI	NO			SI	NO
1. Operatoria				5. Cirugías			
2. Endodoncias				6. Periodoncia			
3. Ortodoncia u ortopedia				7. Prótesis			
4. Ortopedia				8. Otros Cuales?			

Observaciones: _____

5. HÁBITOS Y OTROS:

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cigarrillo		Tinto		Morder carrillos		Queilosfagia	
Alcohol		Succión digital		Respiración oral		Piercing	
Alucinógenos		Biberón		Onicofagia		Otros (cuales)	

5.1 HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

SI	NO	Veces al día	SI	NO	Veces al día
Cepillado			Seda dental		

¿Hace cuánto fue su última visita al odontólogo?: _____

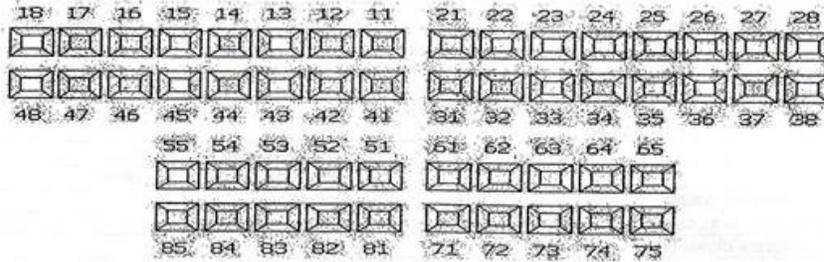
6. TEJIDOS INTRA Y EXTRAORALES: Marque si los encuentra normales o no y explique si es necesario

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Lengua		Piso de boca		Amígdalas		ATM	
Carrillos		Paladar		Labios		Otros (cuales)	

7. ANALISIS INTRAORAL	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Atrición			Abfracción			Cálculos subgingivales		
Erosión			Retracciones gingivales			Otros (Cuales)		
Abrasión			Cálculos supragingivales					

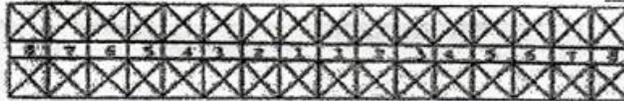
Observaciones: _____

8. ODONTOGRAMA



Observaciones o hallazgos de lesiones en tejidos duros: _____

9. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA _____ %



Buena __ Regular __ Deficiente __

10. DIAGNÓSTICO _____

11. PRONÓSTICO _____

12. PLAN DE TRATAMIENTO _____

13. PACIENTE REMITIDO A: _____

14. EVOLUCIÓN:

FECHA	HORA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FIRMA ODONTÓLOGO	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, Identificado con C.C. N° _____ de _____, acepto el tratamiento anteriormente descrito, brindado por un estudiante de Salud Oral de UNIMINUTO y el Politécnico internacional, bajo la asesoría directa del Odontólogo docente; acepto que fui informado adecuadamente acerca del tratamiento a recibir.

Firma del paciente o acudiente

Firma del estudiante

Firma del docente

FORMATO 1 DE ENCUESTA

Corporación Universitaria Minuto de Dios seccional Bello

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Técnica Profesional en Salud Oral

Objetivo

Identificar los hábitos de higiene oral de la población de la vereda Granizal del municipio de Bello (Ant).

Fecha: _____

Género: F__ M__ Edad: ____

1¿Cuántas veces se lava los dientes al día?

2 ¿Dentro de su rutina de higiene incluye la limpieza de la lengua?

3¿Conoce la importancia de la higiene de la lengua?

4¿ha escuchado el nombre de alguna enfermedad que se presente en la lengua?

Si__ no__ ¿Cuál?

MUCHAS GRACIAS

FORMATO 2 DE ENCUESTA

Corporación Universitaria Minuto de Dios Seccional Bello

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Técnica Profesional en Salud Oral

Objetivo:

Identificar la importancia y cuidados que le dan a lengua la población de la vereda Granizal del municipio de Bello (Ant).

Fecha _____

Género: F ___ M ___ Edad: _____

1. ¿Qué funciones considera usted tiene la lengua?

2. ¿Conoce alguna enfermedad de la lengua?
Si ___ No ___ ¿Cuál?

3. ¿Limpia su lengua después de cepillarse los dientes?
Si ___ No ___ ¿Cómo lo hace?

4. ¿Considera que le dedica el cuidado suficiente a su lengua?
Si ___ No ___ ¿Por qué?

5. ¿Tiene o tuvo piercing en la lengua? Si ___ No ___

6. ¿Conoce las consecuencias de tener piercieng en la lengua?
Si ___ No ___ ¿Cuáles?

Muchas Gracias

BIBLIOGRAFÍA

Testut, L. , y Latarjet, A. (1949). Compendio de anatomía descriptiva. Barcelona , Buenos Aires: Salvat.

Santoyo,R.(2006).Anatomía, fisiología y ciencias de la salud. México: Trillas.

Shafer, w.G., Hein,M.K., y Levy ,B.M.(1984).Tratado de patología bucal. México: Nueva editorial interamericana.

Lockhart, R.D.(Aut).,Hamilton, G.D.(Aut)., Fyfe, F., W.(Aut)., Folch, A.(Trad)., Vela, H. (Trad). (1965). Anatomía humana. México: Editorial interamericana.

(s.n).(2012).Limpieza de la lengua. Recuperado de
<http://www.clinicaferrusbratos.com/odontologia-general/limpieza-de-lengua/>

(s.n).(2014). Página de inicio las cometas. Recuperado de
<http://www.corporacionlascometas.org/sitio/>