

ESTUDIO CLINICO OBJETIVO DE LA LENGUA (*)

por el

Dr. Eduardo Arias Vallejo

616.313:616

El examen de la lengua ha perdido gran parte de su valor clínico y no se hace ya con la frecuencia y detenimiento con que se practicaba en los enfermos en los finales del siglo pasado. Los modernos medios de diagnóstico han acaparado la atención del médico que explora al paciente y, obsesionado por ellos, no enfoca su atención hacia particularidades importantes y fáciles de observar, como es la inspección de la cavidad y de las mucosas bucales del enfermo.

Sin embargo, en la actualidad el conocimiento de que ciertas enfermedades, especialmente las de etiología carencial, se reflejan de modo característico sobre estas mucosas de la boca ha sido la causa de que la atención del clínico vuelva a fijarse en la lengua del enfermo, examen que resulta de particular enseñanza si se hace con detenimiento comparando unos enfermos con otros, concretando después en cada uno de ellos el estado de la superficie lingual en relación con el diagnóstico general y comprobando las modificaciones del aspecto de la lengua en el curso del tratamiento.

Las descripciones clínicas sobre la lengua y sus modificaciones en los diversos estados fisiológicos y morbosos no son, en cierto modo, concordantes, y los intentos por llegar a una clasificación o agrupamiento de tipos de lengua según el estado de su superficie mucosa se ven fracasados merced a la subjetividad de las opiniones, según los autores, en cuanto a aspecto macroscópico de esta superficie lingual. Se echa de menos la existencia de un método objetivo para el estudio de la mucosa de la lengua, y a lograr este método se han encaminado

(*) Comunicación al V Congreso Español de Patología Digestiva (Zaragoza, 1947). Publicado también por "Rev. Esp. Enf. Apto. Díg. Nut.", VII, 4, 1948.

los esfuerzos de algunos clínicos en los últimos años. OATWAY y MIDDLETON, en 1932, utilizaron hojas de papel de fumar para obtener un negativo de la superficie de la lengua, impregnada ésta con una sustancia colorante. En nuestro país CENTENERA, en 1940, estudió, asimismo, algunas imágenes linguales recogiénolas sobre una cartulina con la ayuda también de un colorante. KRUSE, en 1942, ha sido el primero en utilizar, con resultados variables, la biomicroscopia con impresión de placas fotográficas en colores. FRATZELL, TORNQUIST y WALDESTROM han utilizado, en 1945, la simple fotografía de la lengua en 1.500 sujetos estudiados en los departamentos clínicos de la Universidad de Upsala. Hace pocos meses, en fin, PALMA, de la Universidad de Long Island, describe una nueva técnica para obtener huellas o impresiones linguales, con la cual dice haber logrado un estudio lo más objetivo posible en más de un centenar de sujetos sanos y enfermos.

Descartados los procedimientos fotográficos por su complicación y, además, por su ineficacia, puesto que no permiten la percepción de los detalles finos de la mucosa, a no ser que se emplee la microfotografía, nosotros hemos utilizado el método gráfico, logrando las huellas linguales o *glosogramas* de un grupo de 76 enfermos y procediendo después a su estudio y clasificación, relacionando estos datos con los obtenidos en la exploración en los distintos aparatos y sistemas de dichos sujetos y comprobando en algunos de ellos las modificaciones suscitadas por el tratamiento de su enfermedad. Queremos llamar la atención sobre los resultados de la casuística, expuestos más adelante, que ofrecen un estudio de conjunto que permite ampliar nuestros conocimientos sobre las modificaciones de la mucosa lingual y su relación con los estados morbosos, dotando al clínico de un medio de estudio de la lengua sencillo y objetivo.

Técnica.—La técnica es extraordinariamente sencilla y está al alcance de cualquiera. La solución colorante se prepara haciendo hervir durante diez minutos dos gramos de azul de Evans, 10 gramos de goma de acacia y 40 centímetros cúbicos de agua destilada. Preparada la solución, se invita al enfermo a que nos muestre la lengua y la mantenga fuera de la boca, plana, blanda, sin contraerla, secándole el exceso de saliva que la impregna con una compresa de gasa. A continuación se le aplica el colorante con ayuda de una torunda de gasa montada en una pinza. Se enjuga el excesivo barnizado con un papel de filtro y se aplican entonces varias veces distintas cartulinas del tamaño apro-

piado, quedando registradas en ellas las huellas linguales perfectamente. Terminada la operación, se invita al paciente a enjuagarse la boca simplemente con agua templada.

Unicamente los enfermos nerviosos presentan algunas dificultades, al mantener la lengua contraída, en forma de cazoleta, o bien al moverla en el momento de tomar la impresión. Con un poco de paciencia por parte de todos, se logra, no obstante, vencer estos pequeños inconvenientes.

Resultados.—Para la interpretación de los resultados obtenidos nos interesa recordar que, anatómicamente y desde un punto de vista esquemático, la superficie de la lengua está integrada por multitud de *papilas filiformes*, entre las cuales, y por debajo de ellas, se encuentra otra capa de *papilas fungiformes*, asentadas, a su vez, sobre la *superficie lisa de la mucosa*, por la cual discurren algunos *surcos* o *escotaduras* más o menos numerosos, según los individuos.

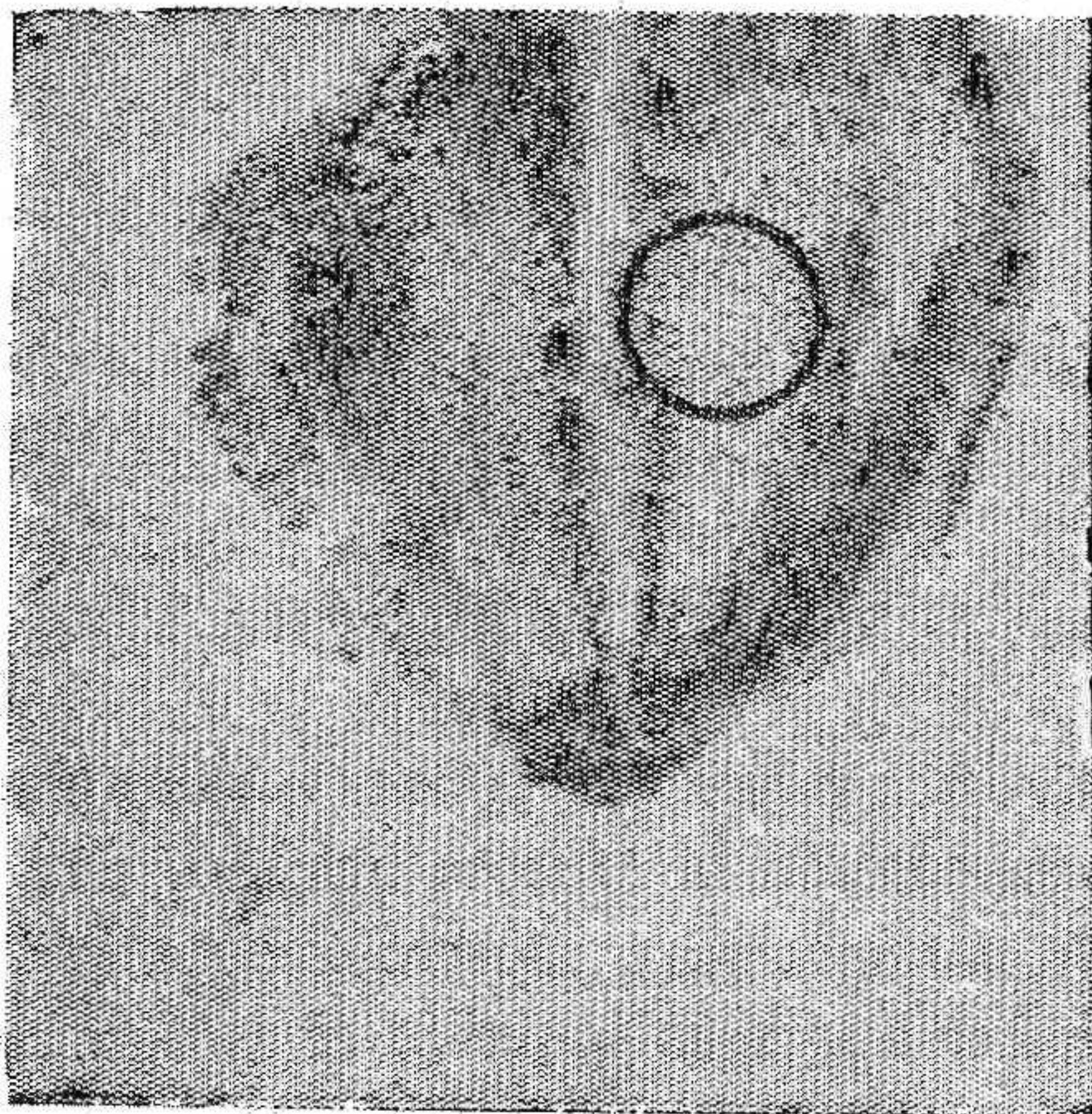


FIGURA 1

Lengua normal, perteneciente a una persona sana. En el círculo dibujado en el área central se observan multitud de papilas filiformes y alguna fungiforme

Una *lengua* normal posee una gran cantidad de papilas filiformes, especialmente en sus bordes y en el área central, apreciándose entre ellas alguna papila fungiforme y los surcos característicos, pero nunca la superficie lisa de la mucosa. En el glosograma se apreciará, por tanto, una serie de impresiones puntiformes, y, entre ellas, alguna más extensa e irregular, que corresponde a las papilas fungiformes (figura número 1).

Una *lengua descamada* no posee apenas ninguna papila filiforme, exhibiendo, en su lugar, un mayor o menor número de papilas fungiformes, las cuales se revelan en la impresión como manchas de forma irregular, arborizadas, estrelladas, en forma de reja, etc. (figura 2).

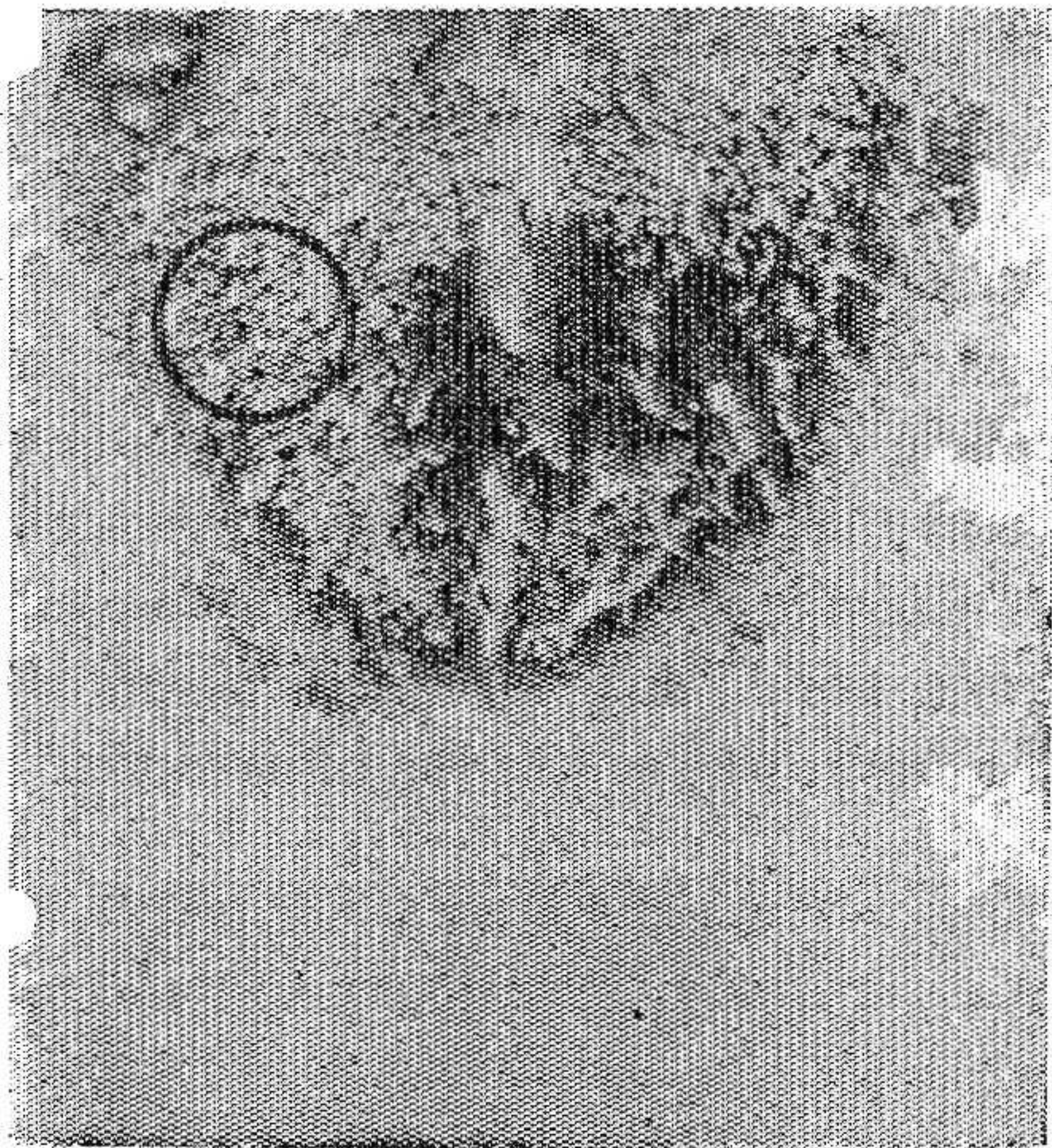


FIGURA 2

Lengua descamada, perteneciente a un pelagroso con aclorhidria, anemia macrocitaria y hemeralopia. Las papilas filiformes han desaparecido casi por completo, conservándose en el área central muchas papilas fungiformes y existiendo, en cambio, marcada atrofia en los bordes

Una *lengua atrófica* posee muy pocas papilas fungiformes y ninguna filiforme, presentando la mucosa lisa, cruzada por grandes surcos, que le dan su característico aspecto geográfico (figura 3).

Si se quiere hacer aún más objetivo el estudio de la lengua basta trazar sobre el glosograma un pequeño círculo de un centímetro de diámetro en la zona que se muestre con mayor claridad, con preferencia en el área central o en los bordes, y después, pacientemente, con ayuda de una *lupa*, contar el número de papilas filiformes y fungiformes contenidas en tal área. De este modo sabemos que una lengua normal exhibe de 70 a 90 papilas filiformes y de una a seis fungiformes en el citado círculo. Este procedimiento tiene su máxima utilidad para comprobar la mejoría o el empeoramiento de un sujeto si se procura contar las papilas siempre en la misma zona del glosograma.

El material de estudio consiste en 76 enfermos de las salas y policlínica del Servicio que en el Hospital Provincial de Madrid dirige

nuestro proesor OLIVER PASCUAL. Se ha procurado seleccionar los casos, tomando los glosogramas a pacientes con historia clínica de afecciones del aparato digestivo, del sistema hemopoyético y de la nutrición. Algunos de ellos han sido estudiados dos y tres veces, con intervalos de uno o dos meses entre cada una de ellas, al objeto de comprobar la mejoría obtenida mediante el tratamiento general de su entidad nosológica.

De estos 76 pacientes, presentaban en el glosograma una lengua normal solamente cuatro; 28 exhibían una lengua descamada, esto es, sin papilas filiformes; 44 tenían una verdadera lengua atrófica.

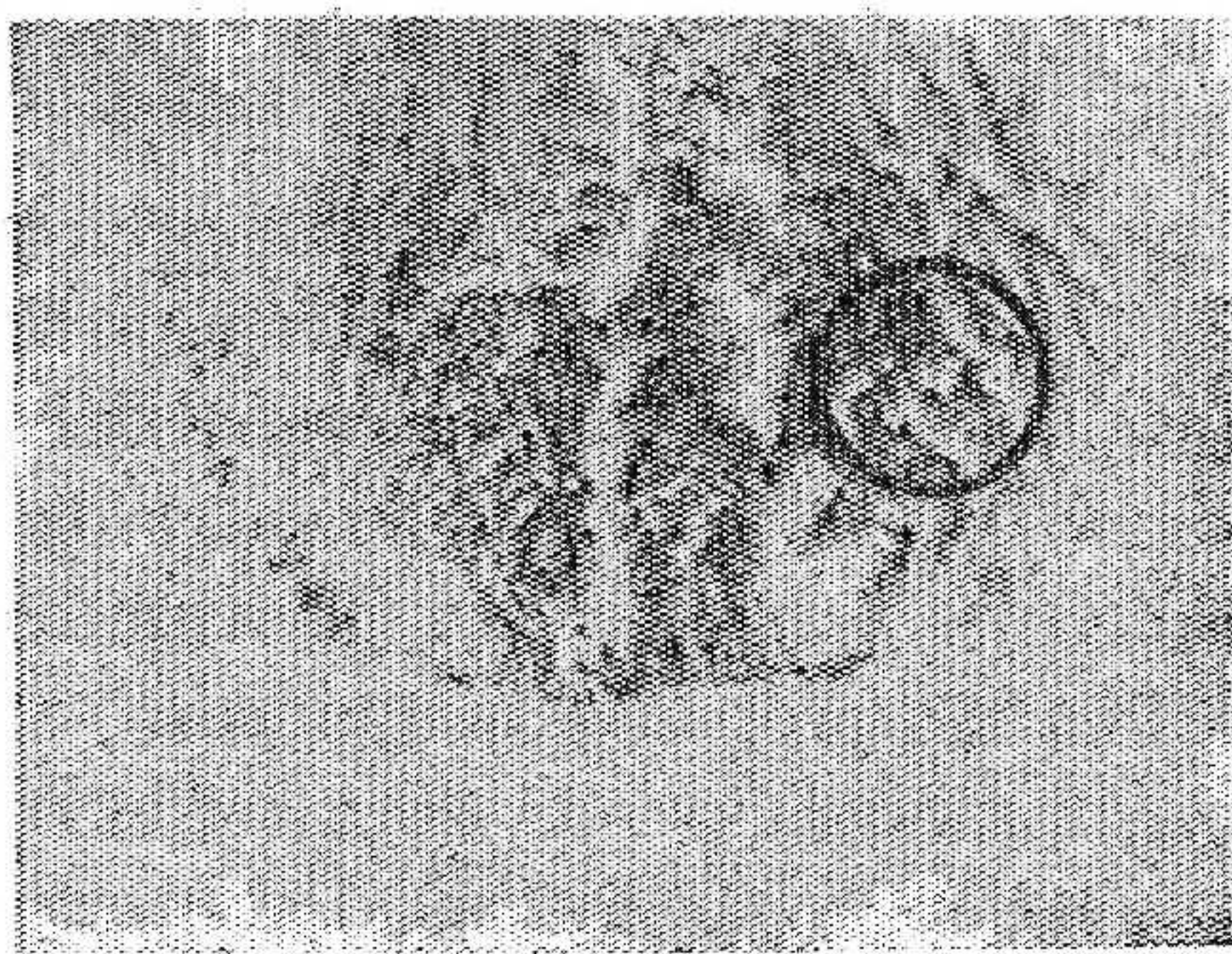


FIGURA 3

Lengua atrófica, correspondiente a un sujeto que presenta un edema de hambre, con hipoclorhidria, anemia hipocrómica, hipalbuminosis plasmática y pronunciadísima hemeralopía. No se aprecia papila de ninguna clase y sí, en cambio, las huellas de la mucosa lisa y de las escotaduras de la superficie lingual

Los enfermos que presentaban un glosograma normal padecían: litiasis biliar (dos), hipertiroidismo (uno) y dolicocolon (uno).

Los que exhibían una lengua descamada padecían: edemas de hambre (cuatro), *ulcus* gastroduodenal (cuatro), colecistitis (cuatro), pelagra (tres), enteritis (tres), cirrosis hepática (tres), beriberi (dos), mononucleosis infecciosas (dos), neoplasia de colon (uno), sífilis hepática (uno) y latirismo (uon).

Los que tenían una lengua atrófica padecían: *ulcus* gastroduodenal (catorce), edemas de hambre (ocho), cirrosis hepática (siete), pelagra (tres), beriberi (tres), anemia perniciosa (dos), enteritis (dos), colecistitis (dos), reumatismo crónico deformante (dos) y síndrome de Banti (uno).

La secreción clorhídrica se estudió por medio del sondaje gástrico fraccionado y el estímulo con histamina en 43 pacientes. En el grupo de la lengua descamada había cuatro normoclorhidrias, siete hiperclorhidrias, ocho anaclorhidrias y ninguna hiperclorhidria. Entre los que tenían la lengua atrófica se contaban, en cambio, dos normoclorhidrias, diez hipoclorhidrias, cinco anaclorhidrias y siete hiperclorhidrias.

Los hematíes fueron estudiados en todos los enfermos. En el grupo de la lengua descamada había tres sujetos normales, quince que padecían una anemia hipercrómica macrocitaria y catorce que presentaban una anemia hipocrómica. En el de la lengua atrófica hubo un sujeto con recuento normal, 24 con anemia hipercrómica y macrocitosis y 25 con anemia hipocrómica.

Las proteínas plasmáticas fueron estudiadas en 37 sujetos. En los de la lengua descamada había seis casos de hipoproteïnemia, cuatro de los cuales tenían, además, hipoalbuminosis. Entre los de la lengua atrófica hubo 30 casos de hipoproteïnemia, 22 de los cuales tenían también hipoalbuminosis. Solamente un paciente con lengua atrófica dió cifras normales en sus proteínas sanguíneas.

La hemeralopía, estudiada por el doctor COSTI, se valoró en 58 pacientes. En los de la lengua descamada fué observada 22 veces. En los de la lengua atrófica se observó 34 veces, y en dos casos no se pudo

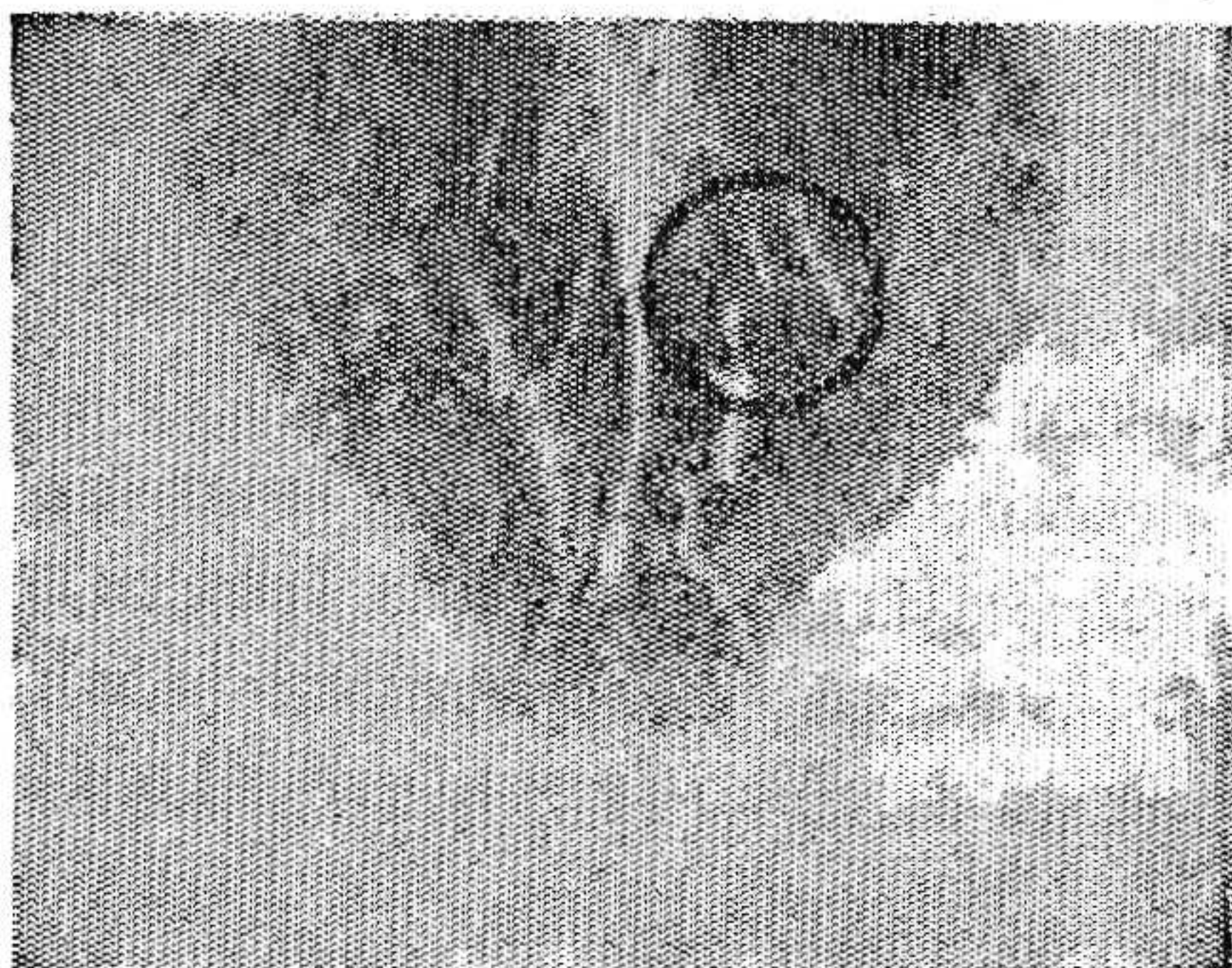


FIGURA 4

Lengua atrófica perteneciente a un enfermo de úlcus pilórico, que presenta una anemia hipocrómica, hipoalbuminosis del plasma con inversión del cociente albúminas-globulinas y marcada hemeralopía

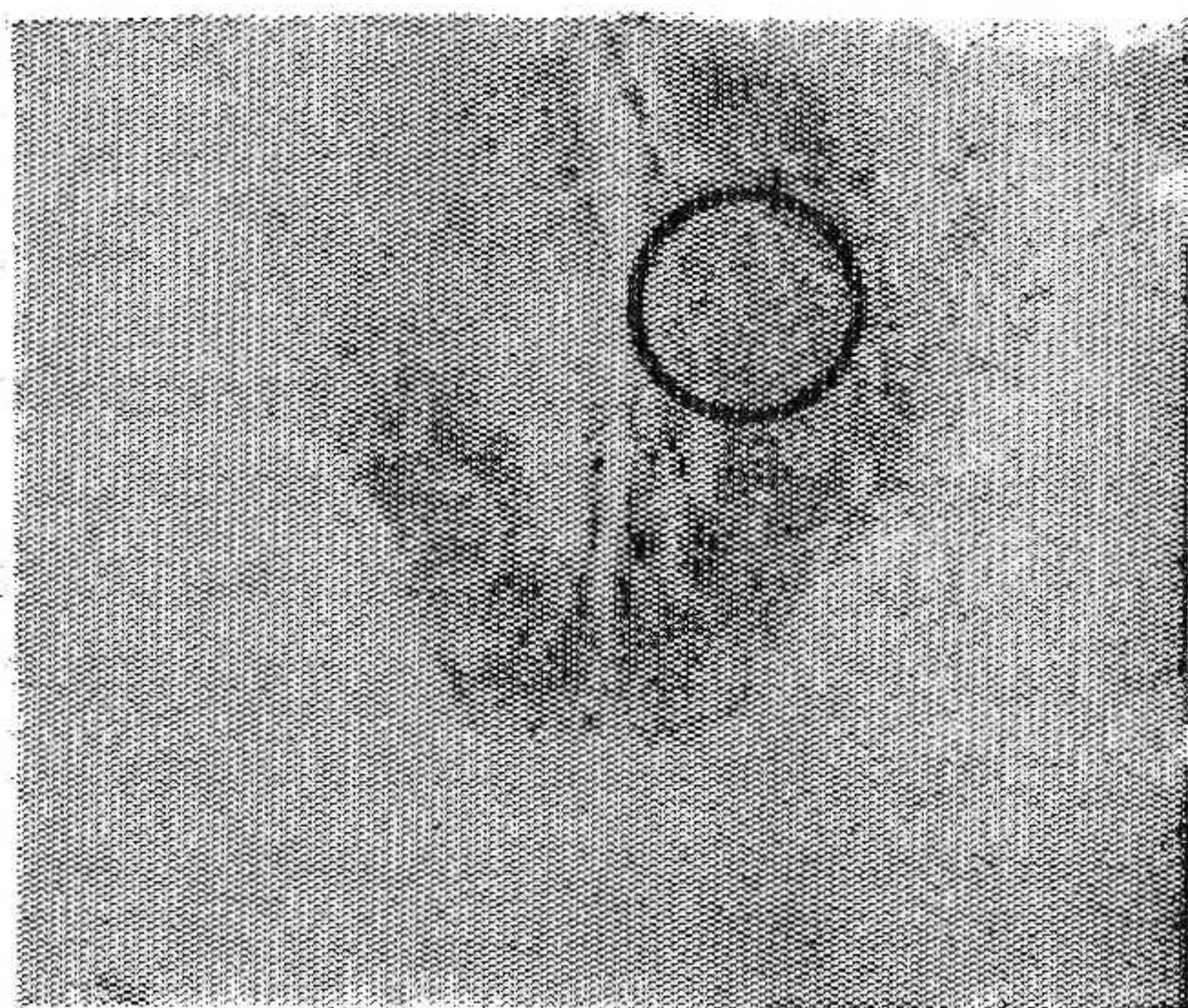


FIGURA 5

La lengua del enfermo de la figura 4 a las siete semanas de tratamiento con extractos hepáticos, hierro, aminoácidos y fuertes dosis de vitamina A. Obsérvese la recuperación de las papilas fungiformes y de alguna, escasa, filiforme

comprobar. La mayor parte de estos sujetos presentaban claros signos de hiperqueratosis folicular.

Obvio es decir que antes de comenzar el estudio de los pacientes se tomaron algunos glosogramas en sujetos sanos que a ello se prestaron, al objeto de tener los *controles* necesarios.

En algunos pacientes se pudo comprobar la regresión de la atrofia lingual como resultado del tratamiento. Son especialmente los casos de cirrosis hepática y los de *ulcus* gastroduodenal con hipoproteinemias los que mejor han obedecido a la dieta y a la medicación en cuanto a regeneración de la mucosa de la lengua (véanse las figuras 4 y 5). En nuestra experiencia vemos resurgir sobre la mucosa atrófica las papilas fungiformes como expresión del éxito terapéutico, pero pocas veces se ven recuperar las papilas filiformes, a pesar de que algunos de los pacientes mejoran considerablemente en los demás aspectos.

Comentarios.—El estudio del glosograma permite observar dos tipos de lenguas anormales: una lengua descamada y una lengua atrófica. La primera no es sino la fase anterior a la atrofia de la segunda. Por tanto, puede afirmarse que no hay sino un solo proceso glosopático al respecto, y éste no es sino la degeneración de la mucosa lingual, ocasionada probablemente, conforme ha estudiado entre nosotros AR-TETA, por la neuritis segmentaria de tipo carencial. El sujeto que posee una lengua descamada y no es tratado de su estado general de deficiencia dietética pasa a continuación a exhibir una lengua atrófica. El que ya posee una lengua atrófica es susceptible de volver a la fase de lengua descamada mediante el tratamiento oportuno. La recuperación hasta el aspecto de lengua normal parece ya más difícil y nosotros no la hemos observado sino en un caso (figuras 6 y 7).

Entre los procesos morbosos que más condicionan la glosopatía referida tenemos en nuestra estadística el *ulcus* gastroduodenal (18 casos). Ello se debe, en parte, a la frecuencia con que tales enfermos acuden a nuestro Servicio y, por otro lado, al estado carencial que la mayor parte de ellos presenta, especialmente en lo que se refiere a su metabolismo de proteínas y vitaminas. La hepatopatía del *ulcus*, estudiada entre nosotros por OLIVER, condiciona también, indudablemente, en tales sujetos la aparición de la atrofia lingual.

Al *ulcus* siguen en frecuencia, entre nuestros enfermos estudiados, los que presentan simples carencias, especialmente los casos de edema de hambre (12), pelagra (6) y beriberi (5).

La cirrosis hepática figura a continuación con 10 casos, siendo, como ya hemos dicho, la que logra las máximas mejorías en la atrofia lingual merced al tratamiento.

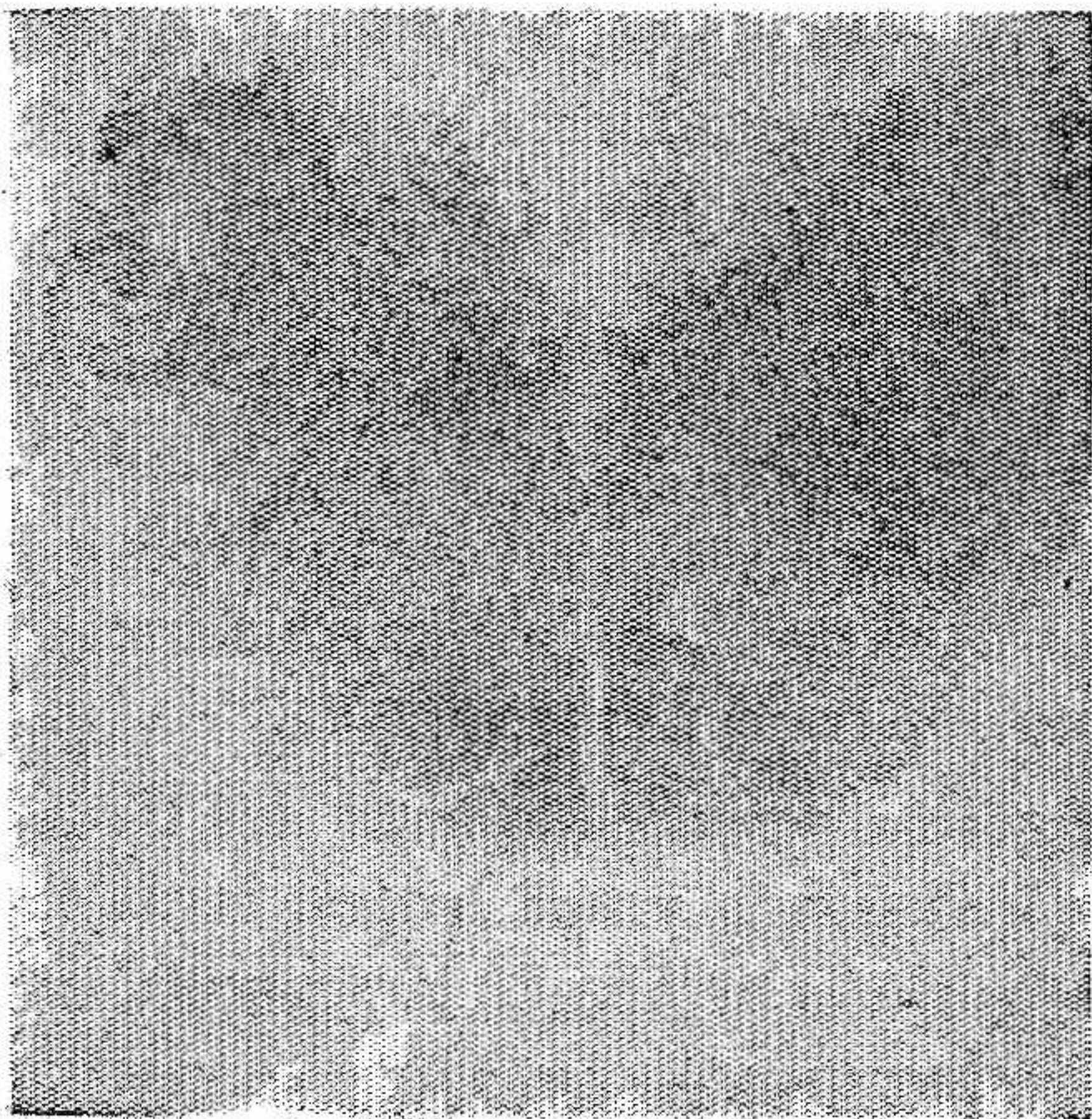


FIGURA 6

Lengua atrófica de un enfermo de cirrosis hepática en el momento de ingresar en nuestro servicio con enorme ascitis, aclorhidria, hemoconcentración, gran hipoproteïnemia y pésimo estado general

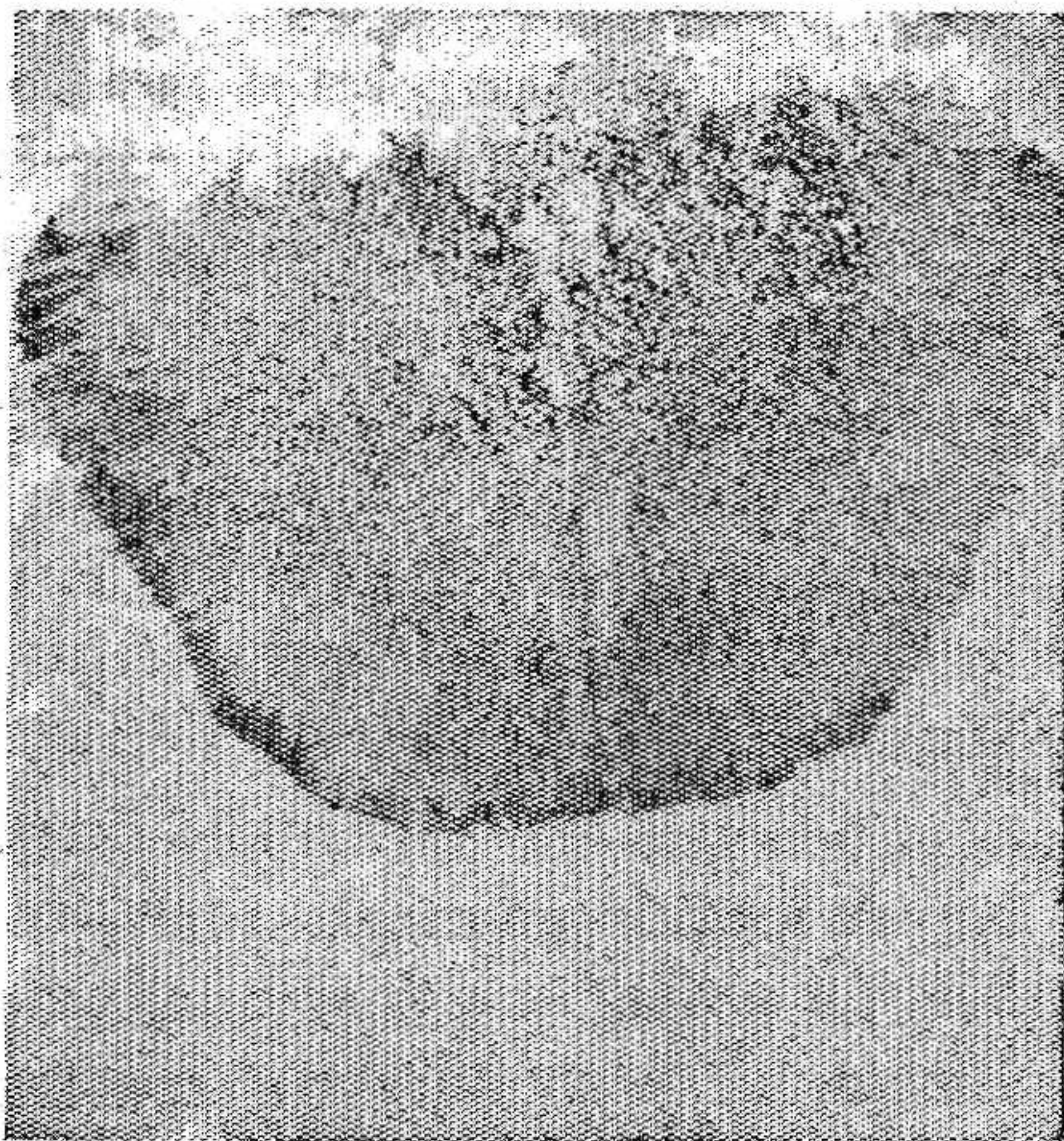


FIGURA 7

La lengua del mismo enfermo de la figura 7 a los tres meses de tratamiento, cuando su ascitis ya no se produce y sus cifras de hematíes, hemoglobina y proteínas del plasma son normales. Obsérvese la multitud de papilas fungiformes y filiformes que han surgido en las áreas centrales, conservando todavía los bordes ciertamente atróficos. Esta es nuestra mejor observación de recuperación máxima de la mucosa lingual, y fué lograda mediante una cura intensa con dieta de Patek, extractos hepáticos, aminoácidos, complejo vitamínico B e inositol

La anemia perniciosa (dos casos) exhibe las características de todos conocidas en lo que a atrofia de la lengua y a su recuperación se refiere.

La secreción clorhídrica de nuestros pacientes afectados de atrofia lingual estaba disminuída en el 52 por 100, anulada en el 24 por 100, aumentada en el 11 por 100 y era normal en el 13 por 100. Los datos son, conforme se aprecia, no exactamente concordantes con los obtenidos en el glosograma.

Prácticamente, todos los sujetos con atrofia lingual presentaban anemia, repartiéndose ésta en mitades iguales en las dos formas: hiperocrómica macrocitaria e hipocrómica.

La hipoproteïnemia ha sido también regla general en todos los enfermos en que se valoró. La hipoalbuminosis con inversión del cociente fué, asimismo, muy frecuente. Tal hipoproteïnemia es, a nuestro juicio, uno de los factores que han condicionado la atrofia lingual en los pacientes afectos de *ulcus* gastroduodenal.

La hipovitaminosis A, diagnosticada por la observación de la hiperqueratosis folicular y, sobre todo, por la medida de la adaptación visual a la oscuridad, era también regla general.

En cuanto a lo que se refiere a la mejoría obtenida en la mucosa de la lengua de nuestros sujetos, mediante el tratamiento de su enfermedad general y la compensación de sus deficiencias dietéticas, hemos comprobado que los casos de más fácil regresión son los de cirrosis hepática, edemas de hambre, pelagra, beriberi y *ulcus* gastroduodenal. La dieta abundante en proteínas y vitaminas, y muy especialmente en factores lipotrópicos (leche, huevos, queso, carne, etc.), determinaba por sí sola la regresión de la atrofia de la lengua en pocas semanas. La adición a esta dieta de preparados de aminoácidos, extractos hepáticos, levadura de cerveza, complejo vitamínico B, colina, inositol, etc., hacía más rápida la recuperación de los enfermos.

La mejoría de la lengua de estos pacientes iba siempre en marcha paralela con la mejoría de la anemia, la normalización de las cifras de proteínas plasmáticas y la recuperación de la visión normal en la oscuridad. No mejoró, en cambio, en casi ningún caso la secreción clorhídrica. Los sujetos aclorhídricos o hipoclorhídricos continuaron con su defecto de acidez, a pesar del tratamiento general citado, y a pesar de que este tratamiento se bastó para regenerar en gran parte las papilas de su superficie lingual.

En próximos trabajos procuraremos estudiar más detenida y ampliamente todos estos factores.

R E S U M E N

Se estudia una técnica, gráfica y sencilla, para el examen objetivo de la superficie de la lengua. Mediante esta técnica se obtienen glosogramas de tres tipos: 1), normales; 2), correspondientes a una lengua descamada, esto es, sin papilas filiformes, y 3), los que corresponden a la lengua atrófica, carente de papilas filiformes y fungiformes. Se mide el número de papilas en una zona y extensión determinadas. De los 76 enfermos estudiados, tienen una lengua normal solamente cua-

tro, exhibiendo 28 una lengua descamada y los 44 restantes una lengua atrófica.

Entre los procesos que condicionan la presentación de la glosopatía atrófica o degenerativa, con sus dos fases citadas de descamación y atrofia total, figuran, en primer lugar, el *ulcus gastroduodenal* con *hipoproteïnemia*, la *cirrosis hepática*, el *edema de hambre*, la *pelagra*, el *beriberi* y la *anemia perniciosa*.

La secreción clorhídrica de estos enfermos se muestra en déficit, parcial o total, en muchos de ellos, pero no en todos, existiendo a veces la *hiperclorhidria*.

La anemia, *hipercrómica* o *hipocrómica*, la *hipoproteïnemia* con *hipoalbuminosis* y la deficiencia en *vitamina A* acompañan siempre a la glosopatía atrófica. La mejoría de esta atrofia lingual, obtenida mediante el tratamiento médico del proceso general de cada enfermo, va siempre paralela a la mejoría de la anemia, de la *proteïnemia* y de la *hipovitaminosis A*.

La regresión de la glosopatía atrófica desde su fase de atrofia total a la de descamación es posible y frecuente; la normalización completa de la lengua hasta la recuperación de las papilas filiformes no ha sido observada más que en un caso.

EVANS, M. W.: Treinta observaciones de defectos dentales en niños cuyas madres habían tenido rubéola en el embarazo. "Med. J. Austr.", junio 1947. Vol. XXXIV-I, núm. 26, pág. 170.

De 67 niños cuyas madres padecieron de rubéola durante la gestación, 30 mostraron anormalidades dentarias congénitas, y de ellos, en 20 casos dichas anomalías eran de carácter verdaderamente importante; en estos casos no se tomaron en consideración las caries dentales, pues si se consideran éstas, como así también los casos de conformación reducida del arco dentario, entonces los niños afectados alcanzaban a 46.

Con excepción de cinco niños, todos los demás mostraban otras anomalías conjuntamente con sus alteraciones en los dientes.

Las anomalías más pronunciadas se presentaron en aquellos niños cuyas madres habían tenido rubéola durante los tres primeros meses de embarazo; en aquellos casos en que la rubéola se hizo presente hacia el fin del embarazo, las anomalías fueron menos frecuentes y cuando se presentaron lo hicieron con menor intensidad.

Las anormalidades de menor cuantía fueron el retardo en la erupción de los dientes, las caries y la *hipoplasia dentaria*.

Se registraron—entre otras variedades de anomalías—tres casos de ausencia congénita de dientes temporarios y cuatro casos de erupción prematura de los dientes permanentes.—E. M. Baldi.