

# Diagnóstico y tratamiento de la lengua fisurada

**Autores:** Dr. Ernesto Miranda Villasana

*Jefe de servicio y titular del curso de Cirugía Maxilofacial, Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.*

**Dr. Alfonso Uribe Campos**

*Cirujano maxilofacial adscrito al Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.*

**Dr. José Luis Ángeles Cruz**

*P.S.S.O de cirugía maxilofacial adscrito al Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE.*

La lengua fisurada es una alteración benigna que puede ser denominada lengua escrotal o lengua plicata. Se caracteriza por numerosas fisuras sobre la superficie dorsal de la lengua (Foto 1) que varían en tamaño y profundidad.<sup>1</sup> Esta alteración puede ser congénita, aunque puede manifestarse en cualquier etapa de la vida y exacerbarse con la edad.<sup>2</sup>

La lengua fisurada tiene una incidencia mundial promedio de más de 21% de la población, sin predilección de raza. Los casos reportados muestran una mayor tendencia por el sexo masculino y pacientes jóvenes.<sup>3</sup> La lengua fisurada es considerada una variación de la anatomía normal de la lengua, que puede estar asociada a diversos síndromes como el síndrome de Melkersson-Rosenthal. En este caso se trata de una alteración secundaria a la inflamación granulomatosa de los tejidos blandos que conforman cara y labios.<sup>4,5</sup>

## Características clínicas

Se observan fisuras en el dorso de la lengua (Foto 2) que pueden extenderse hasta los bordes laterales (Fotos 3 y 4) y ser tan profundas como para dividir la lengua en lóbulos.

Las lesiones generalmente son asintomáticas, aunque una mala higiene en conjunto con las características de la lengua puede ocasionar halitosis e inflamación de los tejidos debido a la acumulación de restos de alimentos en las fisuras. Puede complicarse con patologías como la glositis migratoria y candidiasis.<sup>6</sup>

## Etiología

La causa de esta alteración es desconocida, pero debido a la predilección por ciertas familias se cree que puede deberse a una alteración autosómica.<sup>6</sup>

## Histopatología

Es raro que se indique una biopsia en esta alteración debido a que sus características clínicas bastan para establecer el diagnóstico, sin embargo, el examen histopatológico



**Foto 1.** Numerosas fisuras sobre la superficie dorsal de la lengua



**Foto 2.** La exploración de la superficie lingual permite observar la profundidad de las fisuras

muestra un incremento del grosor de la lámina propia, pérdida de las papilas filiformes en la superficie lingual, microabscesos con presencia de neutrófilos y un infiltrado inflamatorio en la lámina propia.<sup>6,7</sup>

### Diagnóstico y tratamiento

La lengua fisurada puede asociarse a otras alteraciones como son: el síndrome de Down, acromegalia, síndrome de Sjögren, psoriasis, lengua geográfica y síndrome de Melkersson Rosenthal (síndrome que se caracteriza por la tríada: edema labial parálisis del nervio facial y lengua fisurada).<sup>8</sup> Generalmente la lengua fisurada es diagnosticada en forma accidental, en un examen clínico de rutina; la mayoría de los pacientes no requiere atención para esta patología.<sup>9</sup>

El tratamiento consiste en evitar complicaciones, entre ellas las infecciones (generalmente provocadas por



**Foto 3.** Fisuras que involucran el borde lateral derecho de la lengua



**Foto 4.** Fisuras que involucran el borde lateral izquierdo de la lengua

los hongos) y halitosis, por lo que es labor del odontólogo educar al paciente acerca de una dieta libre de irritantes, una correcta higiene de la cavidad bucal (con énfasis en la superficie dorsal de la lengua) y evitar bebidas alcohólicas y tabaco.<sup>9</sup> En casos de dolor agudo en la lengua al ingerir alimentos, puede indicarse algún anestésico tópico sobre la superficie lingual, como la lidocaína y benzocaína o infiltraciones de esteroides intralesional.<sup>10</sup> ∞

### Bibliografía

1. Philip SJ. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Segunda edición. España, 2005.
2. Brightman VJ. *Diseases of the tongue*. Novena edición. Philadelphia, 1994;257-273.
3. Darwazh AM. Prevalence of tongue lesions. *Community Dent Oral Epidemiology* 1993;21:323-324.
4. Shapiro M, Peters S. Melkersson-Rosenthal syndrome in the periorcular area: a review of the literature and case report. *Ann Plast Surg* 2003.
5. Alexander RW, James RB. Melkersson-Rosenthal syndrome: review of literature and report of a case. *J Oral Surg* 1972;30:599-604.
6. Bagan S. *Medicina oral*. Tercera edición. Masson. Madrid, 1999.
7. Regezi. *Patología bucal: correlaciones clínico patológicas*. Tercera edición. Interamericana. Mexico, 2000.
8. Greene RM, Rogers III RS. Melkersson-Rosenthal syndrome: a review of 36 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1262-1270.
9. Beaven DW, Brooks SE. Coatings of the tongue. *Color atlas of the tongue in clinical diagnosis*. Chicago: Year Book Medical Publishers 1988:73-86.
10. Powell FC, Rogers RS. *A practical approach to oral lesions* 1983;10:495-511.