

Lengua Geográfica en Niños: Dos Casos Clínicos

Geographical Language In Children: Two Clinical Cases

Claudia Norma Haydee Zini –Carbone¹, María de las Mercedes Medina², María

Mercedes González³

Resumen

El Odontopediatra juega un rol importante en la detección precoz de patologías orales en edades tempranas, debido que casi siempre es el primero que tiene contacto con el niño y cabe la posibilidad de ser el detector de lesiones en boca, como la lengua geográfica. Pero también es motivo de consulta de los padres, una lesión de color rojizo que aparece y desaparece, que los alarma. Es de suma importancia transmitir y tranquilizar a los padres de que se trata de una lesión benigna, que generalmente no requiere tratamiento.⁽¹⁾

Este artículo tiene como objetivo la presentación de dos casos clínicos, con signos y síntomas diferentes para lo cual es de importancia conocer las características clínicas específicas de la lengua geográfica y el manejo clínico.

Palabras Claves: Niños, Lengua Geográfica, Migratoria, Benigna.

¹ Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.
ORCID: 0000-0002-8027-5527

² Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. ORCID:
0000-0002-9891-2408

³ Cátedra Clínica Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. ORCID: 0000-0002-7235-4612

Abstract

The Pediatric Dentist plays an important role in the early detection of oral pathologies at an early age, because it is almost always the first to have contact with the child and it is possible to be the detector of mouth lesions, such as geographical language. But it is also a reason for parental consultation, a reddish lesion that appears and disappears, which alarms them. It is very important to convey and reassure parents that it is a benign lesion, which generally does not require treatment .⁽¹⁾

This article aims to present two clinical cases, with different signs and symptoms for which it is important to know the specific clinical characteristics of the geographic language and clinical management.

Keywords: Children, Geographical Language, Migratory, Benign.

Resumo

O Odontopediatra desempenha um papel importante na detecção precoce de patologias bucais em uma idade precoce, pois é quase sempre o primeiro a ter contato com a criança e é possível detectar lesões na boca, como a linguagem geográfica. Mas também é um motivo de consulta dos pais, uma lesão avermelhada que aparece e desaparece, o que os alarma. É muito importante transmitir e tranquilizar os pais de que é uma lesão benigna, que geralmente não requer tratamento .⁽¹⁾

Este artigo tem como objetivo apresentar dois casos clínicos, com diferentes sinais e sintomas, para os quais é importante conhecer as características clínicas específicas da linguagem geográfica e do manejo clínico.

Palavras-chave: Crianças, Linguagem Geográfica, Migratório, Benigno.

Introducción

La lengua geográfica es una lesión lingual benigna de tipo migratorio, de localización a nivel del dorso de la lengua, en este sector es común que la lesión se encuentre ocupando la zona central y las zonas laterales del órgano, aunque pueden coexistir ambas; y en menor incidencia y frecuencia se da en la cara ventral. ^(9, 16)

La lengua geográfica, también denominada glositis exfoliativa y marginada; descamación marginada y aberrante por áreas; exfoliación en áreas de la lengua; pitiriasis lingual, entre otras. Estos nombres señalan sus aspectos clínicos más destacables.

Es una lesión que no está esencialmente limitada a los niños ⁽²⁾, siendo también frecuente en adultos jóvenes y en pacientes de mediana edad, pudiéndose observar desde muy temprana edad, a partir de los 2 hasta los 40 años.

El odontopediatra cumple un rol muy importante, debido a que es el primero en tener contacto con el niño, es el que va a detectar y a diagnosticar tempranamente las lesiones en la boca del paciente infantil.

La etiología de la lengua geográfica es desconocida, aunque se han propuesto factores que pueden estar relacionados con esta lesión, sin embargo, las causas sugeridas en la literatura proveen una evidencia clara de una relación causal ^(3, 4). Se ha considerado que estos pacientes pueden presentar un posible fondo psicossomático. En 1966 ya se demostró que el estrés emocional era un factor etiológico en la lengua geográfica ⁽⁵⁾, así también se han relacionado con alergias, carencias de avitaminosis en los niños.

Otros autores como Reyes Velázquez y Col. (2009), señalan que esta alteración puede estar también asociada a factores infecciosos, emocionales, irritantes, alcohol y tabaco, que son desencadenantes para la pérdida de papilas gustativas filiformes, formando máculas que dan el aspecto de parches. ⁽¹⁷⁾

La lengua geográfica no presenta una etiología específica (Redman et al., 1972; Goregen et al., 2010). Sin embargo, autores como Redman et al. (1972), Goregen et al., Ferreria et al. (2013), Hubiche et al. (2013), Ching et al. (2012) y Costa et al. (2009) la han asociado a estrés emocional, infecciones por hongos o bacterias, uso

de fármacos, trauma crónico, deficiencia de vitaminas y zinc, historia familiar, psoriasis, atopía, síndrome de Reiter, Diabetes Mellitus, dermatitis seborreica, Síndrome de boca urente entre otros; pero ninguno de ellos ha logrado comprobar su hipótesis y en consecuencia, la etiología continúa siendo controvertida.⁽¹⁸⁾

En estudios realizados en Viña del Mar, Chile, por Marshall Baburizza M and Col; de 436 niños, 23 presentaron lengua geográfica, evidenciando una prevalencia de 5,28%, con un IC 95% de 3,37% a 7,81%. No se evidenciaron diferencias respecto al sexo, edad ni tipo de establecimiento educacional. No se determinaron factores asociados a Según César Rivera (2017) quien reporta mediante una revisión sistemática de la literatura las lesiones de lengua geográfica se encuentran dentro de las 5 patologías más frecuentes de la mucosa oral en niños y

lengua geográfica. La prevalencia de lengua geográfica determinada es similar a otros estudios que abarcan la misma población de rangos etarios. Al igual que en otros estudios, no se pudo demostrar que el estrés emocional, irritación crónica, lengua fisurada y tipo de establecimiento educacional constituyeran factores asociados a la presencia de lengua geográfica. En estudios realizados en México por Celia Linares-Vieyra and col⁽¹⁹⁾, la lengua geográfica tuvo una prevalencia de 8.9 %, similar a la observada por Reynoso⁽²⁰⁾ et al. (7.76 %) en población mexicana y a la informada por Bessa⁽²¹⁾ et al. (9.08 %) en niños brasileños.⁽¹⁹⁾

adolescentes. Los estudios fueron realizados en Estados Unidos, Italia, India, Turquía y Chile. El rango de las muestras de la revisión sistemática va de 10.030 a 1.041 sujetos, con un rango etario de 0 a 18 años.⁽²²⁾

Tabla 1. Lesiones de la mucosa oral más frecuentes en niños y adolescentes. Revisión sistemática de la literatura con datos a partir de 5 países.

GS	Primer autor / país (ciudad)	N sujetos / edad	Ranking de diagnósticos
1	Shulman (2005) / EE.UU. (Nacional)	10.030 / 2-17	1. Lesiones traumáticas 2. Úlceras recurrentes orales 3. Nevo 4. Herpes recurrente 5. Lengua geográfica
2	Majorana (2010) / Italia (Brescia)	10.128 / 0-12	1. Candidiasis 2. Lesiones traumáticas 3. Úlceras recurrentes orales 4. Lengua geográfica 5. Herpes recurrente
6	Ambika (2011) / India (Malkapur)	1.003 / 4-14	1. Línea alba 2. Lesiones pigmentadas 3. Gránulos de Fordyce 4. Lengua fisurada 5. Abscesos
15	Köse (2013) / Turquía (Ankara)	1.034 / 0-12	1. Úlceras recurrentes orales 2. Lengua geográfica 3. Mucocele 4. Candidiasis 5. Gingivostomatitis herpética primaria
18	Bardellini (2015) / Italia (Brescia)	4.073 / 13-18	1. Línea alba 2. Úlceras recurrentes orales 3. Herpes recurrente 4. Candidiasis 5. Lesiones traumáticas 5. Lengua geográfica
24	Ünür (2015) / Turquía (Estambul)	1.041 / 0-13	1. Lesiones traumáticas 2. Lengua fisurada 3. Úlceras recurrentes orales 4. Abscesos 5. Lengua geográfica 5. Herpes recurrente
-	Zúñiga (2013) / Chile (Valdivia)	542 / <6-16	1. Mucocele 2. Granuloma piogénico 3. Pseudofibroma irritativo 4. Ránula 5. Sialoadenitis
-	Rivera (2017) / Chile (Talca)	99 / 4-18	1. Mucocele 2. Granuloma piogénico 3. Pseudofibroma irritativo 4. Lengua geográfica 5. Nevo

Antecedentes

Al inicio, la lengua geográfica se caracteriza por la presencia de áreas pequeñas redondas o irregulares de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento ^(3, 4). Generalmente la lesión empieza en forma de una placa lisa, brillante, bastante bien definida que tiende a

hacerse más grande con las lesiones adyacentes, por lo que nos podemos encontrar con lesiones únicas o múltiples ⁽⁸⁾. La lengua geográfica se presenta con periodos de remisión y exacerbación de variable duración ⁽⁷⁾. Al observar la lesión durante días o semanas cambia de patrón y parece que se mueve a través del dorso de la lengua ya que cuando una zona cicatriza se extiende a la zona adyacente. ⁽⁴⁾

La lengua geográfica puede presentarse de dos formas:

1) Como lesiones blancas, anulares, con centro atrófico rojo, que presentan un patrón migratorio sobre el dorso de la lengua, varía en intensidad y puede desaparecer de forma instantánea y en ocasiones es dolorosa.

2) Como una lesión roja, cuando predominan las papilas atróficas sobre los bordes queratósicos⁽⁴⁾. Las lesiones son usualmente asintomáticas⁽⁷⁾, sin embargo, ocasionalmente son dolorosas, con quejas que van desde un leve prurito a una sensación quemante intensa. La incomodidad es agravada, a veces, por alimentos condimentados o frutas ácidas.

El comienzo de la incomodidad sigue de inmediato al descubrimiento del paciente de las lesiones linguales. El dolor es real, a pesar de que la zona afectada sea pequeña⁽⁶⁾. Histopatológicamente las lesiones de lengua geográfica muestran pérdida de papilas filiformes y adelgazamiento variable de la mucosa. En algunas zonas existe hiperplasia epitelial. El epitelio muestra espongiosis (presencia de edema intercelular epidérmico con aumento de los espacios entre las células y mayor visualización de los puentes intercelulares) e infiltrado inflamatorio agudo y crónico⁽⁸⁾. La periferia blanco amarillenta de estas

lesiones está bien definida por una acumulación ligeramente elevada de células epiteliales degeneradas y polimorfonucleares⁽⁶⁾. En la parte media y zona eritematosa circinada suele identificarse pérdida de la paraqueratina superficial y migración importante de leucocitos polimorfonucleares y linfocitos hacia el interior del epitelio; leucocitos que se localizan en micro-abscesos cercanos a la superficie. Además, en la lámina propia subyacente se encuentra infiltración de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas.⁽⁴⁾

Descripción de los Casos Clínicos

Fueron atendidos, ambos de sexo masculino, de 6 años de edad (Caso 1) y el segundo de 7 años de edad (caso 2), que asistieron a la Catedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste durante el año 2017-2018, para ser atendidos por urgencia. Los padres manifestaron que tenían dolor dentario.

En ambos casos presentaron lesiones de lengua geográfica. Se les realizó la historia clínica completa y consentimiento informado, según el comité de bioética de la Institución.

Caso Clínico Nº 1

Paciente sexo masculino, de 6 años de edad, vive en Corrientes Capital, en el Barrio San Antonio Oeste. El motivo de la consulta fue por dolor dentaria, que se debía a la erupción de los primeros molares permanentes.

Se pudo recaudar la siguiente información en la historia clínica: Presenta como enfermedad sistémica de base una rinitis alérgica, pero no toma ningún medicamento y no tiene antecedentes hereditarios de la patología en la familia.

El paciente se presentó tímido, introvertido pero muy colaborador y respondió favorablemente a las técnicas de manejo conductuales.

En el examen extraoral presentaba los labios hipertónicos. En el examen clínico intraoral se observó dentición mixta temprana, con tejidos blandos normales.

Al examen clínico del órgano lingual se observaron, lesiones de elementos múltiples en forma de anillos

incompletos en la cara dorsal (punta de la lengua y zonas laterales), extendiéndose a la cara ventral, con áreas de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento.

Las lesiones que presentaba eran usualmente asintomáticas, sin embargo, en ocasiones eran dolorosas. La sintomatología se agravaba, cuando consumía alimentos picantes o ácidos.

Las lesiones en el órgano lingual en este niño presentaban periodos de remisión y exacerbación de variable duración como se puede observar en las figuras nº 4 y 5. A los 15 días de control desaparecieron casi por completo de forma espontáneamente.

Las lesiones se van moviendo a través del dorso de la lengua, cuando una zona cicatriza se extiende a la zona adyacente.



Fig. Nº 1: Cara dorsal lengua geográfica zonas laterales y punta de la lengua



Fig. Nº 2: Piso de la boca sin lesión



Fig. Nº 3: La lesión del borde lateral izquierdo de la cara dorsal tiene continuidad en la cara



Fig. Nº 6: Lengua Geográfica con lesiones en cara dorsal, en las zonas laterales



Fig. Nº4: Control a los 15 días, periodo de exacerbación.



Fig. Nº 7: control de 30 días, cambio del patrón de la lesión.



Fig. Nº5: Control a los 15 días, periodo de exacerbación, sin lesiones en la cara ventral



Fig. Nº 8: continuidad de la lesión de la zona lateral del dorso a la cara ventral de la lengua

El paciente concurre a control después de 30 días. Las lesiones en el órgano lingual han cambiado de forma e intensidad, confluyen desde el centro de la cara dorsal a la periferia, con bordes irregulares, manteniendo la continuidad de la zona lateral del dorso con la cara ventral (Figuras N° 6 y 7).

Caso Clínico N° 2

Paciente sexo masculino, de 7 años de edad, vive en Corrientes Capital, en el Barrio San Gerónimo, de la Ciudad de Corrientes concurre a la consulta por dolor dentario presentando múltiples lesiones cariosas.

Se pudo recaudar la siguiente información: No presentaba enfermedades sistémicas de base, no toma ningún medicamento, y no tiene antecedentes hereditarios de la patología en la familia.

El paciente se presenta muy colaborador, respondió favorablemente a las técnicas de manejo conductuales.

En el examen extraoral presentaba los labios hipotónicos. En el examen

clínico intraoral se observó dentición mixta temprana, con tejidos blandos normales y policaries. El motivo de la consulta fue dolor en la pieza dentaria 6.5.

Al examen clínico se observó en el órgano lingual, lesiones de elementos múltiples en forma ovalada, en la cara dorsal, en las zonas laterales, sin extensión a la cara ventral de la misma. Áreas bien delimitadas de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas presentan una lesión roja, bordes gruesos cuando predominan las papilas atróficas sobre los bordes queratósicos.

Las lesiones en el órgano lingual en este niño son asintomáticas y presentan periodos de remisión y exacerbación de variable duración como se puede observar en la figura N° 11, que a los 15 días de control desaparecieron casi por completo dichas lesiones, de forma espontáneamente.



Fig. Nº 9: Lengua geográfica con lesiones en forma ovalada.



Fig. Nº 10 Cara ventral de la lengua sin lesiones.



Fig. Nº 11: Control a los 15 días después, sin lesiones.

Tratamiento

En ambos casos se tranquilizó a los padres y se les informó de dicha patología, que tiene periodos de remisión y exacerbación y es de naturaleza autolimitada y asintomática. Sin embargo, cuando hay síntomas el tratamiento es empírico y sintomático como una buena higiene oral, dieta blanda y fría, evitando los alimentos ácidos, picantes y salados.

Lo importante es que los padres estén tranquilos y sepan que no causa daño. Este trastorno es totalmente benigno y no presagia una enfermedad más grave. Puede esperarse que la lengua tome su apariencia normal con el paso de los años.

Discusión

M Marshall Baburizza y Col en su estudio afirman que los niños que presentaron lengua geográfica tenían una conducta muy distinta a la de los niños que no la presentaron, eran más inquietos, desordenados y nerviosos. Habiendo diferencias con lo propuesto por Redman et al. (1966), que el estrés emocional no actuaría como factor de riesgo para la lengua geográfica.

Sin embargo, es necesario resaltar Según nuestra experiencia clínica

compartimos la opinión con lo publicado por Redman et al. Los pacientes observados en este artículo sufrieron estrés emocional debido a cambios o a nuevas experiencias, esto podría estimular la remisión de las lesiones en el órgano lengua. Pero, por otra parte, el sufrir estrés sería un factor predisponente y no se puede afirmar que es la única causa, como indica Marshall Baburizza M and Col. Ellos aseguran que no se puede demostrar que el estrés emocional, irritación crónica, lengua fisurada y avitaminosis, constituyan factores asociados a la presencia de lengua geográfica.

Bascones-Martinez, Ma Et Al asocian la lengua geográfica con la lengua plegada o escrotal, el 40% de los pacientes con lengua geográfica evolucionan hacia una lengua escrotal considerándola por algunos autores el mismo proceso en períodos evolutivos diferentes.

Conclusiones

La detección temprana de lesiones estomatológicas en niños es importante sobre todo para informar y tranquilizar a los padres, como en el caso de la lengua geográfica. Es una lesión benigna con patrón migratorio y de etiología desconocida, siendo el factor de riesgo de mayor importancia el componente psicossomático, como el

estrés, sin descartar otros como la avitaminosis, anemias y problemas respiratorios. Dicha lesión tiene periodos de remisión y exacerbación, generalmente no requiere tratamiento y en caso necesario, estos son paliativos, si fuera lo contrario será asintomático, lo que se da en la mayoría de los casos.

Contribución de autoría

1. Concepción y diseño del estudio
 2. Adquisición de datos
 3. Análisis de datos
 4. Discusión de los resultados
 5. Redacción del manuscrito
 6. Aprobación de la versión final del manuscrito
- CZ. ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5, 6
 - MM. ha contribuido en 2, 3, 4, 5
 - MG. ha contribuido 3, 4, 5

Referencias

1. Villalón G, Cardozo C, Maroto Edo M, Silva, Barbería Leache E. Lengua geográfica en Odontopediatría. Revisión. Gaceta dental: Industria y profesiones. 2007; 179: 128-140. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/39312645/download>
2. Bordoni N, Escobar A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1era ed. Buenos

- Aires: Médica Panamericana; 2010
1200.
3. Dean J. Higiene Oral mecánica y química en el hogar. Consideraciones nutricionales para el paciente dental pediátrico. Dean J. McDonald y Avery Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta ed. Barcelona: Elsevier, 1992. p120- 180.
 4. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal: correlaciones clínico patológicas. 2ª ed. México: MacGraw-Hill Interamericana, 2000.
 5. Redman R, Vance F, Gorlin R; Peagler F, Meskin L. Psychological component in the Etiology of geographic tongue. J Dent Res. 1996; 45 (5): 1403-8.17.
 6. Sanders B. Cirugía bucal y maxilofacial pediátrica. Buenos Aires: Mundi. 1984.5.
 7. Jainkittivong A, Langlis RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. J Contemp Dent Pract. 2005; 1 (6): 123-35.
 8. Wood N, Goaz P. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
 9. Grispan D. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal, Tomo III. Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. 1era ed. Editorial Mundi S.A., Buenos Aires, 1970; pg.1683-1691.
 10. Hernández G. Guías de manejo en estomatología pediátrica. México: ECOE,1998. pg. 41-58, 102-107.
 11. Bezerra S, Costa I. Oral conditions in childrens from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. J Clin Pediatr Dent. 2000; 25: 79-81.
 12. García Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). Med Pathol. 2002; 7 (3): 24-31.
 13. Marshall Baburizza M, Feldstedt González M, Fernández Moraga J, Fernández Moraga A, Esguep Sarah A. Prevalencia de Lengua Geográfica en Niños Chilenos de 7 a 10 Años de Edad. Int. J. Odontostomat. 2014; 8 (2): 235-240.

Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000200015&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000200015>.
 14. Toscano Varandas E, Da Silva Viana, H. Prevalencia De Lengua Geográfica, Lengua Fisura Da y Glositis Rómbica Mediana En Escolares Del Municipio De Joao

Pessoa-Pb, Brasil. CES Odontología, Norteamérica 2011; 8.

Disponble en:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1520>.

15. Jainkittivong A, Langlis RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. J Contemp Dent Pract; 2005; 1 (6): 123-35.

16. Barberia Leache E, Cardozo C, Maroto Edo M. Lengua geográfica en Odontopediatría. Revisión. Gaceta Dental. 2011; 179: 128-140.

Disponble en
<https://www.gacetadental.com/2011/09/lengua-geografica-en-odontopediatra-revisin-25437/>

17. Reyes Velázquez OJ, Jiménez Cruz N, Bello Hernández C. La lengua y sus múltiples patologías. Artículo de revisión Mayor. C. D Med Oral. 2009; 11 (3): 101-105.

18. Marshall Baburizza M, Feldstedt González M, Fernández Moraga J, Fernández Moraga A, Esguep Sarah A. Prevalencia de Lengua Geográfica en Niños Chilenos de 7 a 10 Años de Edad. Int. J. Odontostomat. 2014; 8 (2): 235-240.

Disponble en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000200015&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000200015>.

19. Linares-Vieyra C. Lesiones de mucosa bucal. Factores asociados en población infantil. Rev Méd Inst Mex Seg Soc. 2013; 51 (3): 320- 325.

20. Reynoso-Licon A, Mendoza-Núñez VM. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. Rev ADM. 2004; 61 (2): 65 - 69.

21. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. J Oral Pathol Med. 2004; 33 (1):17-22.

22. Rivera C. Enfermedades de la mucosa oral más frecuentes en niños y adolescentes. Mouth. 2017; 2 (1): e11052017es.

Disponble en:
[file:///C:/Users/lenovo/Downloads/mouth_11052017es%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/mouth_11052017es%20(3).pdf)

23. Bascones Martínez MA, Valero Marugán A, Encinas Bascones A, Carrillo de Albornoz A, Bascones Martínez A. Geographic tongue and atopic dermatitis: A frequently association. Av Odontostomatol [Internet]. 2006; 22 (2): 111-118.

Disponble en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=s>

[ci_arttext&pid=S0213-12852006000200002&lng=es.](#)

Claudia Zini: claudiazini74@hotmail.com