

Caso clínico

Lengua negra vellosa. Comunicación de un caso

Miguel Ángel Cardona-Hernández,* María del Carmen Padilla-Desgareñes,**
Laura Fernández-Cuevas,*** Karla Noemí Salazar-Villegas,**** Venecia Landini-Enríquez*****

RESUMEN

La lengua negra vellosa es una estomatosis benigna, adquirida, ocasionada por la colonización de bacterias cromógenas, y la presencia concomitante de diversos factores exógenos que afecta el dorso lingual, caracterizada clínicamente por la presencia de hipertrofia con hiperqueratinización de las papilas filiformes, lo cual condiciona que la superficie lingual adquiera un aspecto vellosa, de color pardo negruzco. En este artículo se presenta el caso de una paciente con lengua negra vellosa secundaria a uso de bismuto y candidosis multifactorial, estudiado desde el punto de vista micológico, con buena respuesta al tratamiento convencional.

Palabras clave: Lengua negra vellosa, papilas filiformes, aspecto vellosa.

ABSTRACT

The black hairy tongue is a benign acquired stomatosis, which affects the lingual dorsum, characterized by the hypertrophy with hyperkeratinization of the filiform papillae growth (hairy), giving a blackish brown color of the lingual surface (black), caused by the colonization of chromogenic bacteria and the concomitant presence of various exogenous factors. We present the case of a patient with black hairy secondary to the use of bismuth and multifactorial candidosis, studied from the mycological point of view, with good response to conventional treatment.

Key words: Black hairy tongue, filiform papillae, papillae hairy growth.

INTRODUCCIÓN

La lengua negra vellosa (LNV), también conocida como hiperqueratosis lingual, queratomicosis lingual, *lingua villosa nigra*, *linguae nigrites* y *lingua melanotrihia*, es una estomatosis benigna adquirida ocasionada por la colonización de bacterias cromógenas, en conjunto con la presencia concomitante de diversos factores exógenos, tales como el consumo de café, alcohol, tabaco, etc.

Fue descrita por Amatus Lusitanus en 1557, quien comunicó el hallazgo de vellosidades en la lengua

(pelos), que mostraban crecimiento recurrente tras ser removidos.^{1,2}

La prevalencia de la LNV varía geográficamente, oscila entre 0.6 y 11.3%.² Se presenta en aproximadamente el 0.5% de la población adulta, con algunos casos descritos en lactantes^{2,3} y es tres veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, sobre todo después de los 60 años.⁴

Anatómicamente, la superficie dorsal de la lengua presenta tres tipos de papilas: las filiformes, las fungiformes y las circunvaladas. En la superficie lateral de la lengua se encuentran las foliadas o foliáceas. Las primeras son las más numerosas y, por tanto, las de mayor importancia en la patogénesis de la LNV. Son cónicas, de 1 a 3 mm, cuya función es esencialmente mecánica, impactan los alimentos contra el paladar y los desmenuzan; no contienen botones gustativos, por lo que carecen de función sensorial.⁵ En la patogénesis de la LNV se ha descrito descamación disminuida de la capa córnea de las papilas filiformes y una tasa incrementada de formación de queratina con la consecuente

* Dermato-oncólogo adscrito a la consulta externa.

** Jefe del Servicio de Micología.

*** Jefe de la Clínica de Patología Bucal.

**** Residente del 3º año de Dermatología.

***** Residente del 2º año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» (CDP), SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

hipertrofia, elongación de las mismas que propicia el atrapamiento de alimento y desarrollo de microorganismos, incluyendo levaduras, en especial *Candida*, así como bacterias cromógenas productoras de porfirinas, responsables del color oscuro del dorso de la lengua.⁶ Se ha descrito su asociación con *Streptococcus viridans* y *Enterobacter cloacae*, también con *Aspergillus*;^{7,8} sin embargo, el aislamiento de microorganismos específicos es muy variado en las diferentes comunicaciones en la literatura.⁵ La colonización por levaduras ha sido descrita por otros autores, siendo la más frecuente *Candida albicans*, lo que difiere del caso presentado, en el que se aisló *Candida tropicalis*.

La LNV es una entidad de etiología multifactorial. Dentro de las enfermedades sistémicas que propician su desarrollo, se consideran la diabetes mellitus, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C, enfermedad injerto contra huésped, enfermedad de Addison, anemia perniciosa, deficiencias de vitamina A y C, neuralgia del trigémino, neurofibromatosis de Von Recklinghausen y síndrome de Peutz-Jeghers, entre otros; no obstante, con mayor frecuencia se asocia al uso de antimicrobianos.^{9,10}

La antibioticoterapia con penicilina, eritromicina, doxiciclina, neomicina, linezolid, etc.,¹¹ se considera un factor etiológico importante al modificar la microbiota bucal. Asimismo, se ha documentado relación con antipsicóticos (olanzapina), antidepresivos (fluoxetina), psicotrópicos (paroxetina, hidrocloreto de tiotixeno, mesilato de benztropina, clonazepam y clorpromazina), inmunosupresores (PEG-IFN α 2a), esteroides, antifúngicos, anticonceptivos orales, inhibidores de la bomba de protones, subsalicilato de bismuto y algunos antihipertensivos (metildopa).^{10,12,13}

En el caso motivo de esta publicación, la ingesta de subsalicilato de bismuto fue el factor relacionado, debido a que durante su metabolismo se hidroliza en el tracto gastrointestinal a bismuto y ácido salicílico. Un efecto adverso común por su ingesta es la formación de sulfuro de bismuto, una sal de color negro insoluble que se asocia a la hiperpigmentación lingual.^{5,13,14}

Factores físicos como la radioterapia de cabeza y cuello se asocian a esta entidad, debido a que producen xerostomía y cambio en la microbiota bacteriana bucal.⁵ El consumo de fármacos, tabaco, «crack», cocaína, así como el exceso de alcohol, café, té, el uso de enjuagues bucales a base de perborato o peróxido de hidrógeno y ciertos factores locales como la mala higiene o, por el contrario, el aseo bucal exagerado, también se han relacionado con la LNV. En ocasiones se desconoce su patogenia, y se le clasifica como idiopática.^{5,7,14}

La LNV presenta un inicio rápido que afecta el dorso de la lengua por delante de la «V» lingual, generalmente respetando la punta y los bordes laterales donde el número de papilas filiformes es menor.⁵ Se manifiesta con hipertrofia, hiperqueratosis y elongación de dichas papilas asociadas a coloración predominantemente pardo-negruzca de la superficie lingual, lo cual le confiere un aspecto vellosa, en ocasiones presenta tonalidades blanco-amarillentas, suele ser asintomática, aunque no es raro que curse con xerostomía, halitosis y disgeusia.¹⁴ Se puede extender lateralmente y ocupar la totalidad de la superficie dorsal de la misma.

El diagnóstico de la LNV es clínico, por lo que no se requiere estudio histopatológico. En caso de realizarlo, se observan hiperplasia e hipertrofia con hiperqueratosis de las papilas filiformes y numerosas colonias bacterianas en la superficie lingual; sin embargo, no es indispensable este estudio para establecer el diagnóstico, ya que es básicamente clínico.⁵

Dentro de los diagnósticos diferenciales clínicos se consideran la saburra, acantosis nigricans, leucoplasia oral vellosa, nevos y máculas melanocíticas de la lengua.¹⁵

No existe consenso sobre el tratamiento para la LNV. Entre las medidas para su control, se consideran una adecuada higiene bucal y la eliminación, o al menos, la modificación de los factores asociados. En este padecimiento en particular, el cepillado suave de la lengua se recomienda para estimular la descamación de las papilas filiformes; la ingesta de agua debe incrementarse para revertir la xerostomía; así como la ingesta de alimentos sólidos para favorecer el arrastre y la descamación del dorso lingual. En pacientes con *Candida* se deben administrar antimicóticos por vía oral o tópica. Cuando se relaciona con la ingesta de algún fármaco, principalmente de uso tópico, debe evaluarse la posibilidad de suspenderlo.¹⁶ En caso de persistencia, se ha reportado la ablación quirúrgica, como una última opción.^{13,17}

En este artículo se presenta un caso de LNV típica con candidosis, corroborada por estudio micológico, con resolución satisfactoria mediante antimicótico e intensificación de la higiene bucal.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 73 años de edad, ama de casa, originaria y residente de la Ciudad de México, quien acudió a consulta refiriendo ardor, mal aliento y coloración negra progresiva de la lengua, de ocho meses de evolución, tratada previamente con múltiples colutorios a base de bencidamina, gluconato de clorhexidina,

bicarbonato y aplicación tópica de caolín-pectina, clorhidrato de difenhidramina y bismuto, sin obtener mejoría. Al interrogar sus hábitos higiénico-bucales, refiere uso de pasta dental y colutorios antisépticos una vez al día con cepillado dental irregular. Entre los antecedentes de importancia destacan tabaquismo y etilismo, alergia a sulfas, hipertensión arterial sistémica, trastorno depresivo mayor e hipotiroidismo. En tratamiento con telmisartán, clonazepam y levotiroxina, respectivamente.

Al examen clínico se observa xerostomía y edentulia parcial, con estomatosis localizada, en el dorso de la lengua, con hiperpigmentación pardo-negrizca, de aspecto piloso o vellosa (**Figura 1**), así como eritema y fisuras en encía lingual de molares inferiores del lado derecho. Exploración del resto de piel y anexos, irrelevante para el padecimiento actual.

Con diagnóstico presuntivo de lengua negra vellosa de etiología multifactorial se realizó estudio micológico, examen directo y cultivo, el cual macroscópicamente mostró el desarrollo de colonias lisas, blanquecinas de aspecto cremoso (**Figura 2**), con aislamiento por medios cromogénicos de *Candida tropicalis*. El manejo integral incluyó aseo lingual con cepillado suave y nistatina tópica, en enjuague bucal 1 mL cada cuatro horas durante dos semanas y suspensión de los colutorios con bismuto. A las dos semanas de seguimiento se observó xerostomía moderada y eritema en dorso lingual (**Figura 3**). Se continuó tratamiento con nistatina por cuatro semanas más, con resolución del cuadro clínico.

COMENTARIO

En el caso que comunicamos, los factores asociados al desarrollo de LNV fueron tabaquismo, etilismo, deficiente higiene bucal, uso de colutorios con subsalicilato de bismuto, presencia de candidosis, así como fármacos



Figura 2.

Cultivo en medio de Sabouraud, que muestra colonias lisas, planas y blanquecinas de aspecto cremoso.



Figura 1. Aspecto clínico donde destaca la coloración pardo-negrizca en dorso de lengua a nivel de la línea media.



Figura 3. Xerostomía moderada y eritema en dorso lingual después del tratamiento.

administrados para las comorbilidades. El tratamiento empleado fue nistatina tópica con adecuada respuesta. El pronóstico de esta entidad en general es bueno, ya que la enfermedad se autolimita en la mayoría de los casos, sólo en algunas ocasiones, ante factores predisponentes crónicos, la LNV puede persistir durante años.⁶

BIBLIOGRAFÍA

- Villalobos-Jiménez AI, Jiménez-Bolaños F. Lengua vellosa negra. Reporte de caso clínico. *Int J Dent Sci*. 2016; 18: 29-33.
- Poulopoulos AK, Antoniadis DZ, Epivatianos A, Grivea IN, Syrogiannopoulos GA. Black hairy tongue in a 2-month-old infant. *J Paediatr Child Health*. 2008; 44: 377-379.
- González-Gómez JM, Peláez-Cantero MJ, de la Mota-Ybancos JL, Vera Casaño A, Milano-Manso G. Lengua vellosa negra en lactante. *An Pediatr*. 2012; 77: 209-210.
- Bosch-García RJ. Tratamiento de la lengua negra vellosa. *Piel*. 2011; 26: 242-245.
- Viñals-Iglesias H, Chimenos-Küstner E. Patología yseudopatología lingual. *FMC*. 2001; 8: 290-306.
- Jhaj R, Gour PR, Asati DP. Black hairy tongue with a fixed dose combination of olanzapine and fluoxetine. *Indian J Pharmacol*. 2016; 48: 318-320.
- El Sayed F, Dhaybi R, Ammourey A, Bazex J. Black tongue and *Enterobacter cloacae*. *Arch Dermatol*. 2007; 143: 815.
- Tamam L, Annagur BB. Black hairy tongue associated with olanzapine treatment: a case report. *Mt Sinai J Med*. 2006; 73: 891-894.
- Espinilla R, Gallego E. Lengua vellosa o negro pilosa. *FMC*. 2010; 17: 485.
- Camkurt MA, Metin MS, Sonmez EO. Black hairy tongue probably related to paroxetine use: a case report. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2015; 25: 403-406.
- Khasawneh FA, Moti DF, Zorek JA. Linezolid-induced black hairy tongue: a case report. *J Med Case Rep*. 2013; 7: 46.
- Arab JP, Vargas JI, Morales C, Arrese M. Black hairy tongue during interferon therapy for hepatitis C. *Ann Hepatol*. 2015; 14: 414-415.
- Balaji G, Maharani B, Ravichandran V, Parthasarathi T. Linezolid induced black hairy tongue. *Indian J Pharmacol*. 2014; 46: 653-654.
- Carrillo-Esper R, Carrillo-Córdova DM, De Alba-García Graue P, Carrillo-Córdova CA, Carrillo-Córdova JR. Lengua negra pilosa. *Med Int Méx*. 2016; 32: 596-600.
- Parra-Cares J, Navarrete-Gallegos C, Ugarte-Zuaznabar T, Andino-Navarrete R. Lengua negra vellosa. *Arch Argent Dermatol*. 2016; 66: 9-11.
- Fernández-Jiménez-Ortiz H, Gómez-Marco JJ. Lengua negra vellosa. *FMC*. 2006; 13: 610.
- Villacañas-Redondo B, Extremera-Recio R, Álvarez-González L. "Lengua peluda": a propósito de 2 casos. *FMC*. 2015; 22: 160-161.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Tel: 5519 6351
E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com