

Lengua negra vellosa

¹Nogueras Ormazábal E, ²Otamendi Murillo A, ²Pérez Pejenaute F, ³Sarrasqueta Sáenz P

¹Zona Básica de Allo

²Zona Básica de San Adrián

³Zona Básica de II Ensanche de Pamplona Navarra

Varón de 47 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales de interés. Acude al Servicio de Urgencias Extrahospitalarias por oscurecimiento de la lengua con ligera sensación de hinchazón y gusto metálico a los 3 días de comenzar tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* según pauta OCA-7 (omeprazol 20 mg/12 horas, claritromicina 500 mg/12 horas y amoxicilina 1 g/12 horas).

El cuadro es etiquetado como una posible alergia a alguno de los antibióticos, por lo que se le indica suspender el tratamiento iniciado y se le administran 60 mg de metilprednisolona intramuscular.

Al día siguiente acude a su médico de cabecera, quien en la exploración constata la existencia de una lengua engrosada, con papilas alargadas con aspecto de pelos y coloración pardo-amarillenta (figura 1).

Se diagnostica una "lengua negra vellosa", se tranquiliza al paciente y se le indica continuar con el tratamiento erradicador iniciado, a la vez que se le dan pautas de higiene bucal consistentes en cepillado de la lengua varias veces al día y enjuagues orales con colutorios antisépticos.

A los 2 días vuelve a consulta por incremento de la sintomatología con disgeusia, adormecimiento de lengua, halitosis, sensación nauseosa y ligera intensificación de la coloración negruzca de la superficie lingual, por lo que ante la sospecha de sobreinfección micótica se prescriben enjuagues bucales con nistatina en suspensión.

Diez días después la sintomatología mejora considerablemente al igual que la coloración de la lengua.

Dos semanas más tarde la coloración se ha resuelto por completo y se encuentra totalmente asintomático.

COMENTARIO

La lengua negra vellosa (LNV) es una enfermedad benigna, autolimitada, que consiste en la exageración de la longitud y espesor de las papilas filiformes de la lengua¹, generalmente en su tercio posterior, por delante de la V lingual, que adquieren una coloración que puede ir desde el verde-amarillento hasta el marrón o negro².

La patogénesis no está clara, pero parece que se asocia a cuadros que enlentecen la pérdida de las escamas superficiales de los extremos de las papilas y propician la hipertrofia reactiva de estas, lo que a su vez permite la acumulación de restos y la absorción de pigmentos exógenos; o con otros que favorecen el desarrollo de microorganismos sobre su superficie, que sintetizan porfirinas y pueden contribuir a la coloración de la lengua o provocar sobrecrecimiento de algunos hongos como *Candida albicans*.

La LNV tiene una larga historia en la literatura médica, desde que por primera vez en 1557 fue descrita por João Rodrigues de Castelo (Castelo Branco -Portugal- 1511, Salónica 1568), afamado médico e investigador en el campo de la anatomía y

Figura 1



la fisiología del cuerpo humano, y más conocido como "Amatus Lusitanus", que habla en uno de sus escritos de un paciente "con pelos en la lengua".

La prevalencia^{3,4} es muy variable y en Estados Unidos va de 8,3 % en niños y adultos jóvenes (con casos descritos incluso en bebés⁵) hasta 57 % en personas encarceladas adictas a drogas. Es algo más frecuente en varones en relación con el mayor consumo de tabaco o café, no tiene predilección racial y la incidencia y prevalencia aumentan con la edad, posiblemente debido a un mayor porcentaje de esta población con factores relacionados con su aparición.

Entre las posibles causas están descritas⁶⁻⁹:

- Mala higiene bucal.
- Consumo excesivo de café, alcohol o tabaco (sobre todo de mascar)¹⁰.
- Terapia con antibióticos y fármacos de cualquier tipo: penicilina, eritromicina, tetraciclina, doxiciclina, claritromicina, metronidazol¹¹, rifampicina, isoniazida, metildopa¹², lansoprazol, olanzapina¹³, litio, fluoxetina, clonazepam, bismuto, linezolid, erlotinib¹⁴.
- Aditivos en alimentos o medicamentos.
- Uso excesivo de enjuagues bucales que contienen agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno¹⁵.
- Trastornos médicos crónicos que producen xerostomía.
- Sida.
- Irradiación de la cabeza o el cuello¹⁶.

Por lo general, el cuadro es asintomático y la consulta médica es generalmente por razones estéticas, pero a veces se acompaña de mal sabor de boca, disgeusia, sensación de cosquilleo o cuerpo extraño, halitosis o incluso náuseas al deglutir o dolor y ardor en la lengua, en general en relación con el sobrecrecimiento de *Candida albicans*.

El diagnóstico es simple. El signo cardinal es la presencia de papilas hipertrofiadas y alargadas, de coloración oscura, que se aprecian a simple vista¹⁷.

El diagnóstico diferencial incluye una lengua normal teñida por alimentos negros, leucoplasia oral vellosa, papilas fungiformes pigmentadas y

acantosis nigricans:

- La leucoplasia oral vellosa ocurre más a menudo en pacientes fumadores VIH positivos. Puede afectar a la cara ventral y dorsal de la lengua así como a las encías y a la mucosa yugal.
- Las papilas fungiformes pigmentadas de la lengua constituyen un proceso benigno que aparece en personas de piel oscura. Afecta primariamente al ápex y superficies laterales de la lengua, que se agrandan y pigmentan de coloración oscura debido a macrófagos cargados de melanina.
- La acantosis nigricans está a menudo asociada a neoplasias. Hay una elongación de las papilas filiformes que adquieren el aspecto de múltiples pápulas que raramente están pigmentadas. Generalmente los labios están también afectados al igual que otras partes del cuerpo.

El tratamiento implica la eliminación de cualquier factor desencadenante y la práctica de una higiene oral escrupulosa¹⁸ con frecuentes cepillados¹⁹ de la región dorsal de la lengua para desprender el material adherido.

En ocasiones se pueden utilizar enjuagues bucales con colutorios antisépticos suaves, y en casos más graves antifúngicos orales o incluso recurrir a la extirpación de las papilas cuando otras terapias resultan ineficaces²⁰.

CONCLUSIONES

La prevalencia tan variable de la LNV, junto con la modesta experiencia existente en la bibliografía sobre la gran variedad de fármacos implicados en su aparición, y la presencia de múltiples factores subyacentes que la predisponen, hacen difícil extraer conclusiones firmes.

En nuestro caso, cualquiera de los tres fármacos utilizados puede ser el causante de la alteración; o bien, su administración conjunta puede haber desempeñado un papel fundamental en el desarrollo de la LNV.

Para evitar esta complicación debemos dedicar tiempo y esfuerzo en mejorar la higiene oral de nuestros pacientes cuando utilicemos drogas de este tipo, y más si nos vemos obligados a tratamientos intensivos con varias de ellas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Körber A, Dissemond J. Black hairy tongue. *N Engl J Med* 2006;354-67.
2. Freedberg IM, et al (eds). *Fitzpatrick: Dermatología en medicina general*. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana 2005.
3. Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:323-4.
4. Redman RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970;30:390-5.
5. Pouloupoulos AK, Antoniadis DZ, Epivatianos A, Grivea IN, Syrogiannopoulos GA. Black hairy tongue in a 2-month-old infant. *J Paediatr Child Health* 2008;44:377-9.
6. Sarti GM, Haddy RI, Schaffer D, Kihm J. Black hairy tongue. *Am Fam Physician* 1990;41:1751-5.
7. Cohen PR. Black tongue secondary to bismuth subsalicylate: case report and review of exogenous causes of macular lingual pigmentation. *J Drugs Dermatol* 2009;8:1132-5.
8. Jarvinen J, Kullaa-Mikkonen A, Kotilainen R. Some local and systemic factors related to tongue inflammation. *Proc Finn Dent Soc* 1989;85:199-209.
9. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc* 1986;112:50-7.
10. Thompson DF, Kessler TL. Drug-induced black hairy tongue. *Pharmacotherapy* 2010;30:585-93.
11. Gugler R, et al. The course of Crohn disease and side effect profile with long-term treatment using metronidazole. *Z Gastroenterol* 1989;27:676-82.
12. Brody HJ. Black tongue secondary to methylodopa therapy. *Cutis* 1986;38:187-8.
13. Tamam L, Annagur BB. Black hairy tongue associated with olanzapina treatment: a case report. *Mt Sinai J Med* 2006;73:891-4.
14. Jeong JS, Lee JY, Kim MK, Yoon TY. Black hairy tongue associated with erlotinib treatment in a patient with advanced lung cancer. *Ann Dermatol* 2011;23:526-8.
15. Vañó-Galván S, Jaén P. Black hairy tongue. *Cleve Clin J Med* 2008;75:847-8.
16. Yuca K, Calka O, Kiroglu AF, Akdeniz N, Cankaya H. Hairy tongue: a case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2004;58:161-3.
17. Lawoyin D, Brown RS. Drug-induced black hairy tongue: diagnosis and management challenges. *Dent Today* 2008;27;60:62-3.
18. Singapore Ministry of Health. *Nursing management of oral hygiene*. Singapore Ministry of Health 2004.
19. Nally F. Diseases of the tongue. *Practitioner* 1991;235:65-71.
20. Farman AG. Hairy tongue (lingua villosa). *J Oral Med* 1977;32:85-91.