

Lengua vellosa negra. Reporte de caso clínico

Black Hairy Tongue. A Case Report

Ana Isabel Villalobos Jiménez DDS¹; Francisco Jiménez Bolaños DDS²

1. Profesora instructora en Odontología. Magistra en Administración Educativa.
2. Profesor invitado Universidad de Costa Rica, Especialista en Periodoncia.

Autor para correspondencia: Dra. Ana Isabel Villalobos Jiménez – villabelcr@yahoo.com

Recibido: 27-IX-2015

Aceptado: 11-V-2016

Publicado Online First: 16-V-2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.24478>

RESUMEN

La lengua vellosa es una patología oral benigna la cual su etiología es variable. La importancia de su diagnóstico y tratamiento consiste en la eliminación de los factores causantes como lo son algunos medicamentos y alimentos. El manejo de la halitosis también es importante al momento del tratamiento de la patología. En todo manejo de patologías, la cooperación del paciente es esencial. En este artículo se relata el diagnóstico y tratamiento establecido para esta patología en un caso clínico.

PALABRAS CLAVE

Lengua vellosa.

ABSTRACT

Hairy tongue is a benign oral disease which has variable etiological factors. The importance of diagnosis and treatment is the removal of the causative factors such as drugs and food. Halitosis management is also important at the time of treatment of the pathology. In any management of pathologies, patient cooperation is essential. This article discusse the diagnosis and treatment for this condition set in case is reported.

KEYWORDS

Hairy tongue.

INTRODUCCIÓN

"La Lengua Velloso" (LV), es un trastorno benigno, auto limitante caracterizado por la hipertrofia de las papilas filiformes. La descripción inicial de esta patología fue descrita por Lusitanus 1557. Se informó del hallazgo pelos en la lengua que volvían a crecer al ser removida. El aspecto clínico se parece a vellos en la lengua que en realidad se deben a la pigmentación de las papilas filiformes (2). Hay una serie de factores que producen esta patología. La etiología más común se atribuye a los efectos secundarios de ciertos medicamentos, incluyendo antibióticos, antihipertensivos, psicotrópicos y oxigenantes en enjuagues bucales (8). Algunos agentes oxidantes incluyen perborato de sodio, peróxido de sodio y peróxido de hidrógeno (8). El consumo de tabaco, la mala higiene bucal y manchas diversas relacionadas con determinados alimentos y bebidas también se han relacionado con la lengua vellosa (15).

Cuando los pacientes usan múltiples medicamentos, es necesario que el clínico investigue las posibles causas mediante la recopilación de una historia exacta y utilizar esa información para obtener una comprensión de esta condición (7, 13). La importancia del diagnóstico de esta patología tiene implicaciones estéticas, variación del gusto, mal olor y náuseas del paciente (11, 15).

ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Aunque la causa de la LV es desconocida, varios factores desencadenantes han sido implicados en la patogénesis de la enfermedad. La apariencia aterciopelada es debido a la elongación de queratinizado filiformes, que pueden tener diferentes colores que varían desde el blanco, amarillo, marrón, negro, dependiendo de los factores extrínsecos como por ejemplo, tabaco, café, té, o los alimentos y factores intrínsecos es decir, organismos cromógenos en la flora normal

(11). La irritación conduce a la hipertrofia de las papilas filiformes, siendo que éstas pueden ser fácilmente teñidas con pigmentos disponibles en la cavidad oral (9, 11, 16).

La asociación de la Lengua Velloso con el virus del Epstein Barr y pacientes inmunosuprimidos también ha sido descrita. Las lesiones se forman en el borde lateral de la lengua y tienden a confundirse con las provocadas en el dorso de la lengua (5).

Inicialmente el tratamiento de esta patología consta en la eliminación de los factores pre disponentes con la modificación de las conductas del paciente. El dorso de la lengua debe ser cepillado y se puede utilizar 3% de peróxido de hidrógeno o bicarbonato de sodio. Otros autores han sugerido acetónido de triamcinolona tópica dos veces al día después de limpiarse la lengua seca, mientras que otros han recomendado agentes antimicóticos de uso tópico (9).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

En marzo del 2012 se presenta a la clínica de admisión y control de pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica el Sr. AS de 37 años de edad. La queja principal del paciente es la siguiente, "me duelen los dientes y se me están quebrando". El paciente reporta ser sano sistémicamente y que no ingiere medicamentos en este momento. Fumador de 3 paquetes de cigarrillos al día por un periodo de tiempo de 20 años y además de tomar varias tazas de café al día.

En el examen clínico se observa edentulismo parcial y un diagnóstico periodontal de periodontitis crónica localizada severa (3) con un índice de placa dentobacteriana de 100%. Además se encontró una coloración parda en el dorso de la lengua con unas prolongaciones parecidas a vellos (figura 1). Después de descartar los diagnósticos diferenciales se determina que es una lengua vellosa.

El tratamiento recibido por el paciente son instrucciones de higiene oral y control de placa dentobacteriana, se recomienda la disminución del hábito de tabaquismo y realizar el tratamiento periodontal adecuado. Se recomienda el uso de

enjuague de clorexidina al 0.12%. Al término del mes se hace control del paciente y su técnica de cepillado e higiene oral y presenta una leve mejoría en el aspecto de la lengua vellosa (figura 2).



Figura 1. Foto inicial tomada el día de la consulta.



Figura 2. Control al mes del tratamiento.

Tabla 1. Diagnósticos Diferenciales de lengua vellosa.

Diagnóstico	Características
Coloración normal de la lengua	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración normal de la lengua luego de la ingesta de comida o de bismuto. • No parece lengua vellosa. • Desaparece al limpiar la lengua.
Leucoplasia peluda oral	<ul style="list-style-type: none"> • Lengua parece con pelos blancos. • Ocurre mayormente en pacientes inmunosuprimidos. • Puede involucrar el dorso, parte ventral de la lengua, mucosa bucal y la gingiva.
Papilas linguales fungiformes pigmentadas	<ul style="list-style-type: none"> • Raro (pacientes de complexión oscura mayormente afectados). • Papilas fungiformes con aumento de tamaño. • Ápice y parte laterales mayormente afectado que el dorso de la lengua.
Lengua vellosa negra	<ul style="list-style-type: none"> • Lengua parece velluda y negra (otros colores pueden estar presentes). • Rara vez involucra la parte lateral de la lengua. • Pacientes pueden reportar síntomas de sensación quemante o reflejo del vómito.
Acantosis nigricans	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones papilares pequeñas de color negro y café. • Labios usualmente involucrados. • Pueden estar asociados a un proceso de malignidad.
Virus Epstein-Barr	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones papilares pequeñas de color negro, café, amarillo y blanco. • Lesiones localizadas borde lateral de lengua. • Ocurre mayormente en pacientes inmunosuprimidos.

Fuente: (McGrath, 2008).

TRATAMIENTO REALIZADO

En la valoración inicial el índice de placa dentobacteriana arrojó un resultado del 100%. En la segunda sesión se tomaron radiografías perioapicales, sondeo periodontal, índice de placa dentobacteriana del 100% y un índice de sangrado de 38%.

Se procede a dar instrucciones de higiene oral (Cepillado e hilado). Se efectúa un raspado grueso y se recomienda exodoncias de las siguientes piezas dentales: 1.7, 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7, 3.4, 3.1, 4.1, 4.5.

Posteriormente se realiza la toma de impresiones preliminares y radiografías oclusales.

Una vez valorados los modelos y las radiografías se elaboran las cubetas individuales, para la toma de la impresión definitiva, con su respectivo recorte muscular, prueba de rodetes y registro de arco facial. Se selecciona el color de sus dientes con guía Ivoclar Vivadent.

Luego de la prueba estética y de conformidad con el paciente, se procesa la prótesis, para su entrega y realización de los respectivos controles.

DISCUSIÓN

La falta de eliminación de la pigmentación en la lengua se puede deber al mal manejo de las técnicas de cepillado del paciente, de la inhabilidad de mismo para dejar de fumar, falta de una buena motivación del paciente, un diagnóstico erróneo y/o un mal manejo clínico del mismo. La poca colaboración de los pacientes en este tipo de patologías.

El dorso de la lengua debe ser cepillado y se puede utilizar 3% de peróxido de hidrógeno o bicarbonato de sodio, esto siendo basado en observaciones clínicas más que en estudios

científicos, con lo cual si reportan mejoría significativa. En la utilización de ácido tricloroacético en solución tópica al igual que la utilización de fluconazol y nistatina, urea tópica al 40% y complejo de vitamina B. Existe evidencia insuficiente de su beneficio adicional en el tratamiento de la lengua vellosa con los tratamientos antes mencionados (15).

Otros autores reportan remover las pigmentaciones con la utilización de una aproximación quirúrgica y la remoción de las papilas pigmentadas por medio de laser o electrobisturí (6, 12).

La relación de la lengua vellosa y el virus del Epstein-Barr deben ser tomada en cuenta. Sus manifestaciones orales son similares a la de la lengua vellosa y su importancia es que se da en pacientes inmunosuprimidos, lo cual nos puede dar una alerta de la condición sistémica del paciente en la silla dental (5). Su diagnóstico no se da por biopsia, sino estudios más complejos como lo son los estudios inmunohistoquímicos. En los pacientes diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la primera línea de tratamiento para la LV sería identificar el conteo de células CD 4+ para determinar una patología por el virus Epstein Barr. Su tratamiento variaría al anteriormente descrito y sustituido por antiretrovirales.

Estas lesiones provocadas por el virus de Epstein-Barr pueden estar sobre infectadas con *Candida spp.*, lo cual provocaría una sensación quemante en el borde de la lengua del paciente (1, 4).

CONCLUSIONES

Al eliminar los factores causales de la LV, la patología debería resolver parcial o totalmente. Para esto, es necesaria la cooperación del paciente al igual que el tratamiento de los factores causales y su eliminación o modificación. El tratamiento de esta patología debe ser integral, tomando en cuenta los intereses del paciente. El éxito

de tratamiento se adquiere cuando cambian los hábitos del paciente con un seguimiento estricto del profesional. En la ausencia de estas dos variables, los resultados de la terapia son impredecibles.

La importancia de realizar diagnósticos diferenciales en las patologías orales comunes, nos pueden indicar sobre el estado general del paciente y brindar una mejor atención a los mismos.

REFERENCIAS

1. Aas J. A., Barbutto S. M., Alpagot T., Olsen I., Dewhirst F. E., Paster B. J. Subgingival plaque microbiota in HIV positive patients. *J. Clin Periodontol* 2007; 34: 189-195.
2. Abdollahi M., Rahimi R., Radfar M. Current opinion on drug-induced oral reactions: a comprehensive review. *J. Contemp Dent Pract.* 2008 Mar 1; 9 (3): 1-15.
3. Armitage, G. Development of a Clasification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
4. Grande S. R., Imbronito A. V., Okuda O. S., Lotufo R. F. M., Magalhães M. H. G., Nunes F. D. Herpes viruses in periodontal compromised sites: comparison between HIV-positive and -negative patients. *J. Clin Periodontol* 2008; 35: 838-845.
5. Greenspan D., Greenspan J. S., Conant M., Peterson V., Silverman S. Jr., DeSouza Y. Oral "hairy" leucoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. *Lancet* 1984; ii: 831-4.
6. Jahanbani J., Sandvik L., Lyberg T., Ahlfors E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred tranian patients. *Open Dent J.* 2009; 3: 42-7.
7. Langtry J., Carr M., Steele M. C., Ive F. A. Topical tretinoin: a new treatment for black hairy tongue (lingua villosanigra). *Clinical and Experimental Dermatology* 1992; 17: 163-164.
8. Lawoyin D., Brown R. S. Drug-induced black hairy tongue: diagnosis and management challenges. *Dent Today* 2008; 27: 60-2.
9. McGrath E., Bardsley P., Basran G. Black Hairy Tongue: What is your call? *CMAJ* April 22, 2008. 178 (9).
10. Nisa L., Giger R., Black Hairy Tongue. *AmJMed.* 2011.01.029.
11. Samaras D., Papadopoulou M. A., Forster A., Samaras N. LinguaVillosaNigra. *InternMed* 51: 1453, 2012.
12. Sarti G. M., Haddy R. I., Schaffer D., Kihm J. Black Hairy Tongue. *Am FamPhys* 1990;41:1751-5.
13. Sheikh Z., Khan A. S., Khan S. Lingua VillosaNigra. *Lancet* 2011: Vol: 377 1183.
14. Shimizu T., Tokuda Y. Hairy Tongue. *BMJ Case Reports.* 2012; 10.1136.
15. Thompson D., Kessler T. Drug-Induced Black Hairy Tongue. *Pharmacotherapy* 2010; 30 (6): 585 – 593.
16. Vano-Galvan S., Jaen P. Black hairy tongue. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* Vol 75, Num 12, Dec. 2008.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.