

Masa excrecente como variante de lengua negra vellosa.

Silvia Ferrero Mato *, **Enrique Coscarón Blanco ****, **Rocío Escalero Rodríguez*.**

*LES. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Silvia Ferrero Mato: sferrerom@saludcastillayleon.es

Nota de los autores: este caso fue expuesto como comunicación oral en el Congreso Autonómico de SEMESCyL (Abril 2105) bajo el título "CON PELOS EN LA LENGUA".

RESUMEN

Exposición del caso: Varón de 64 años que fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Concha de Zamora por glosodinia y odinofagia, con lesiones cutáneas asociadas.

Diagnóstico: En base a la información extraída y la valoración realizada por el otorrinolaringólogo de guardia, se diagnostica al paciente de "Lengua negra vellosa. Candidiasis oral" y se aplica tratamiento.

Discusión: Por medio del presente artículo, pretendemos dar difusión de un proceso clínico benigno relativamente frecuente y de carácter temporal que resulta muy alarmante para el paciente debido a su presentación en forma de lengua negra vellosa, alcanzando mayor impacto en el caso descrito ante su peculiar presentación en forma de masa excrecente. Para ello, hemos recurrido al caso concreto de un varón de 64 años que fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. Tras su valoración minuciosa, es diagnosticado de "Lengua negra vellosa. Candidiasis oral" y se aplica tratamiento desbridante, haciendo especial hincapié en la intensificación de las medidas higiénico-dietéticas domiciliarias y en la benignidad de la entidad.

PALABRAS CLAVE

Lengua vellosa. Lengua pilosa. Candidiasis oral.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La lengua negra vellosa o pilosa es una patología benigna muy llamativa por su presentación clínica en forma de lesión negruzca que puede ser objeto de múltiples valoraciones médicas (Urgencias, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Dermatología...) y tratamientos inapropiados en caso de desconocimiento por parte del facultativo responsable. Por ello, por medio del presente artículo pretendemos dar difusión al proceso y concienciar de la importancia de las medidas higiénico-dietéticas en la resolución del mismo.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 64 años que consulta por glosodinia y odinofagia de 72 horas de evolución. Entre sus antecedentes personales figuran múltiples marcadores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad...), destacando etilismo y enolismo crónicos. Sigue tratamiento con enalapril (20mg/24horas) y ácido acetilsalicílico (100mg/24horas), aunque reconoce un cumplimiento errático.

En la exploración física (*figura 1*), se objetiva la existencia de una masa excrecente vellosa y negruzca en el centro de la V lingual. Además, existen lesiones blancoalgodonosas dispersas en paladar y pilares amigdalinos. El resto de la exploración no aporta datos de interés.

DIAGNÓSTICO

Ante los hallazgos constatados, el paciente es diagnosticado de "Lengua negra vellosa. Candidiasis

oral": se realiza limpieza por hisopación con una gasa empapada en peróxido de hidrógeno diluido (figura 2), corroborándose la integridad de la mucosa oral, algo tremendamente característico de tal entidad clínica. Además, ante la infección micótica coexistente, se le administran 400 mg de fluconazol intravenoso. Al alta, continuará tratamiento antifúngico con fluconazol oral (100 mg/día durante 10-14 días), y se aplicará una solución desbridante a base de manzanilla, agua y una cucharada de bicarbonato cada 8 horas para favorecer la limpieza de la cavidad oral.

DISCUSIÓN

La lengua negra vellosa o pilosa es una enfermedad benigna que afecta al dorso de la lengua. Se debe al cambio de coloración y la sobre elevación o alargamiento ocasional de las formaciones papilomatosas, tomando éstas una tonalidad entre pardonegruzca y amarilloverdosa [1], y convirtiéndose a veces en proyecciones muy singulares que semejan pelos. Sin embargo, la peculiaridad del caso presentado radica en que el individuo descrito presentaba una auténtica masa excrecente negra y peluda de gran tamaño, que no solo resultaba tremendamente llamativa sino que además entrañaba dudas diagnósticas ante tan peculiar presentación.

La pigmentación de este proceso clínico es debida principalmente a la acción de *bacterias cromatógenas* que proliferan en la disbacteriosis medicamentosa [2,3] (varias comunicaciones han evidenciado la implicación de fármacos tales como sales de bismuto, inmunosupresores, inhibidores de la bomba de protones, anticonceptivos orales, antipsicóticos - olanzapina - y antibióticos de amplio espectro entre los que destacan tetraciclinas, eritromicina y, más recientemente, linezolid) o ante cambios en las condiciones locales (xerostomía) [4]. Además, también tienen "efecto colorante" los restos alimentarios (café, té, ciertas frutas o verduras, chocolate, vino tinto...), los agentes oxidantes o astringentes (colutorios extremadamente agresivos) y el tabaco (curiosamente, también se han constatado casos en fumadores de cigarrillos electrónicos [5]). Todo ello configura un medio séptico en el que es frecuente la proliferación de gérmenes varios, siendo el más habitual de ellos el hongo *Candida* (candidiasis) [1].

A pesar de tratarse de un proceso autolimitado, que puede durar desde unos cuantos días hasta perpetuarse durante varios años, los pacientes generalmente se encuentran asintomáticos. Sin

embargo, el desarrollo de las formaciones puede conllevar halitosis, glosodinia, disgeusia, odinofagia y náuseas [6,7] que, junto con el característico tinte negro que da nombre a la entidad, pueden hacer que el paciente consulte con una considerable preocupación y angustia, en relación con lo cual se ha acuñado el término *cancerofobia* [8].

El tratamiento irá encaminado fundamentalmente a modificar las circunstancias que favorecen la instauración del cuadro, esto es, mejorar las condiciones higiénico - dietéticas [9] (insistir en la relevancia del cepillado de dientes y mucosa oral con un cepillo semiduro - duro 3 veces al día durante aproximadamente 2 minutos, incluso tras la resolución de las lesiones) y eliminar los factores etiopatogénicos sospechosamente implicados (enolismo, tabaquismo, oxidantes y otros elementos agresivos para la mucosa). Si con ello no fuese suficiente, será preciso aplicar queratolíticos [7] que eliminen las áreas hiperqueratósicas: en este sentido, no son muchos los preparados comerciales disponibles, motivo por el cual solemos recurrir a fórmulas magistrales vehiculadas en excipientes que aseguren que el elemento activo estará en contacto con la mucosa lesionada durante el tiempo necesario para que el remedio resulte efectivo (tabla 1). Éstas, habrán de aplicarse durante 1 - 2 minutos en el dorso lingual con la ayuda de un cepillo de dientes semiduro - duro. De manera complementaria, puede requerirse el uso de antifúngicos que frenen la proliferación candidiásica, debiéndose evitar la prescripción de antibióticos porque éstos contribuyen a perpetuar la alteración de las condiciones locales de la boca.

No obstante, y a pesar de que la lengua negra es una dolencia benigna [1], en su diagnóstico deben contemplarse otras entidades que cursan de modo similar. Entre éstas barajaremos otras causas de pigmentación (alimentos, fármacos, tatuajes), la infección candidósica o muguet (formaciones pseudomembranosas blanco - amarillentas de localización diversa), la leucoplaquia oral vellosa [10] causada por el virus de Epstein Barr en pacientes inmunodeprimidos, generalmente VIH-positivos [3] (lesiones laterales de menor tamaño y color blanquecino), distintas neoplasias linguales (melanoma) o síndromes poco habituales entre los que mencionaremos el Síndrome de Addison, el Síndrome de Peutz - Jeghers (origina depósitos de melanina en diversas zonas de la boca, pero no en la lengua) o el Síndrome de Laugier - Hunziker [11]. En cualquiera de los casos anteriormente citados, será preciso un estudio y abordaje más minuciosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch García RJ. Tratamiento de la lengua negra vellosa. *Piel*.2011; 26(5):242-5.
2. López Martín I, García Martínez FJ, Benito Ortiz L, Toribio J. Lengua negra vellosa. *Med Clin*.2013; 141(5) :e9.
3. Zishan Sheikh Z, Shah Khan A, Khan S. Lingua villosa nigra. *Lancet*. 2011; 377:1183.
4. Arab JP, Vargas JL, Morales C, Arrese M. Black hairy tongue during interferón therapy for hepatitis C. *Annals of Hepatology*.2015; 14(3):414-5.
5. Farinha H, Martins V. Lingua Villosa Nigra Associated with the Use of Electronic Cigarette. *Acta Med Port*; 28(3):393
6. Gurvits GE et al. Black hairy tongue syndrome. *World J Gastroenterol*.2014 August 21;20(31): 10845-50.
7. Korber A, Dissemond J. Black Hairy Tongue. *N Engl J Med*.2006; 354(1):67.
8. Mariño Miguez J, Sieira Fernández MC. Cancerofobia en la cavidad oral. *Cad Aten Primaria*.2007; 14: 106-12.
9. Samaras D, Papadopoulou MA, Forster A, Samaras N. Lingua Villosa Nigra. *Intern Med*[internet].2012 [consultado 21 febrero 2015]; 51: 1453. Disponible en: <http://www.naika.or.jp/imindex.html>
10. Perrin E, Ken S. Ota DO. Tongue Lesion with Sensation of Fullness in the Mouth. *American Family Physician*[internet]. 2011[consultado 12 febrero 2017]; 83 (7):839-840. Disponible en: www.aafp.org/afp
11. Urbina F, Sudy E. Pigmentación de las papilas fungiformes linguales en la enfermedad de Laugier (o síndrome de Laugier-Hunziker). *Actas Dermosifiliogr*.2013;104:173-4

TABLAS Y FIGURAS

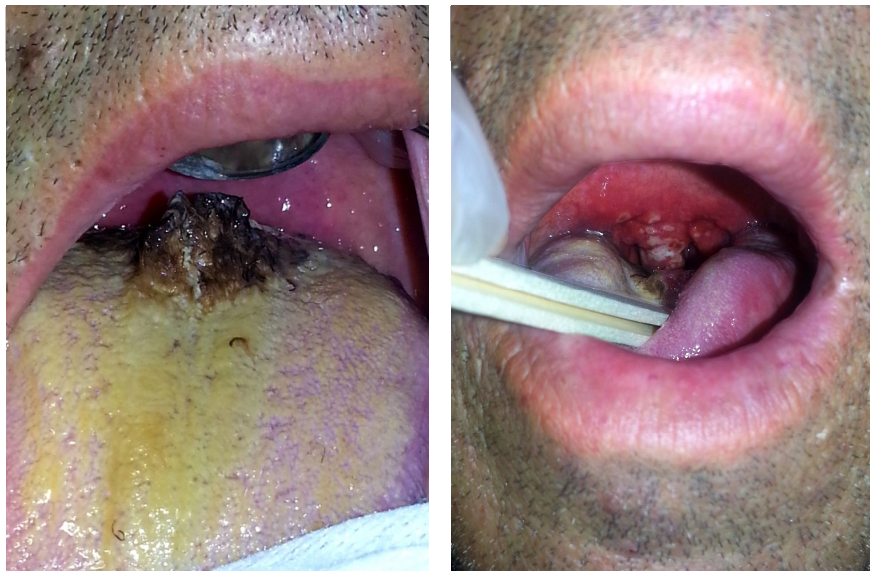


Figura 1.: Exploración cavidad oral del paciente. A) Masa excrecente vellosa y negruzca en dorso lingual. B) Lesiones blancoalgodonosas dispersas en paladar y pilares amigdalinos.



Figura 2: Mucosa íntegra tras hisopación con queratolíticos.

FORMAS LEVES	FORMAS MODERADAS	FORMAS RECALCITRANTES
<ul style="list-style-type: none"> - Mascar alimentos consistentes. - Favorecer secreción salival. - Cepillado de la lengua con un cepillo semiduro-duro. - Colutorios de agua oxigenada rebajada (1/5). - Bicarbonato. 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Urea 40% Cotrimazol 1% Ac.retinoico 0,05-0,1% (sp) Orabase o gel hidroalc 50g </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ac.retinoico 0,05-0,1% Nistatina 100.000unidad/g Glicerina 100ml </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Urea 20% Ac.retinoico 0,1% Orabase 30 g </div> <p><i>Alternativas:</i> Geles de podofilino. Retinoides orales. Tratamiento quirúrgico.</p>

Tabla 1: Esquema terapéutico según el grado de afectación.