

# No es muguet todo lo que parece

C. Bermejo Fernández<sup>1</sup>, C. Coronel Rodríguez<sup>2</sup>, M.A. Sánchez Romero<sup>1</sup>, M. Ruiz Pérez de Pipaón<sup>3</sup>, M.C. Guisado Rasco<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico interno residente de Pediatría. Unidad de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Pediatra EBAP. Centro de Salud Amante Laffón. Distrito Sanitario de AP. Sevilla. <sup>3</sup>Doctor en Microbiología.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Distrito Sanitario de AP. Sevilla

## Resumen

La lengua vellosa negra (LVN) consiste en una hipertrofia papilar de la lengua que adquiere un aspecto vellosa debido al cúmulo de queratina y un color negruzco por la proliferación de bacterias cromógenas. Es un proceso benigno y de etiología comúnmente desconocida, siendo la antibioterapia de amplio espectro el factor etiológico más frecuentemente implicado. Su aparición resulta anecdótica en la edad pediátrica. En este artículo se describe el caso de un lactante de dos meses de vida con lesiones negras sobre una base blanquecina en la lengua, diagnosticado en primera instancia de muguet oral. No presentó ninguna mejoría con el tratamiento antifúngico tópico. Se tomaron cultivos para bacterias y hongos, que resultaron negativos. El lactante se mantuvo asintomático en todo momento y con mejoría progresiva de las lesiones. El cuadro fue compatible con LVN. Su diagnóstico es clínico, siendo primordial hacer un diagnóstico diferencial con el muguet oral, pero también con la pigmentación oscura por ingestión de fármacos o alimentos, mácula melánica congénita y leucoplasia oral vellosa. Es un cuadro autolimitado en pocas semanas cuyo tiempo de evolución se puede acortar con el uso de queratinolíticos.

## Palabras clave

Lengua vellosa, lactante, niño, candidiasis bucal

## Abstract

*Title:* Not everything is oral candidiasis

Black hairy tongue is a tongue papillary hypertrophy that acquires a hairy appearance due to the keratin cluster as well as a blackish colour because of the proliferation of pigmented bacteria. It is a benign process of unknown etiology. The antibiotic use is the most commonly involved etiologic factor. Its appearance is anecdotal in pediatric age range.

In this article, the case of a 2 month old breastfed baby with a black lesion on a whitish base in the tongue, firstly diagnosed with oral candidiasis, will be described. The antifungal treatment wasn't successful. The results of the bacterial and fungal cultures were negative.

The patient remained asymptomatic and the lesion improved progressively. Black hairy tongue was diagnosed. Its diagnosis is clinical. It is essential to do a differential diagnosis with oral candidiasis as well as with dark pigmentation due to food or drug ingestion, congenital lingual melanotic macule and oral hairy leukoplakia. It is a self-limited case that can improve with the use of keratinolytic substances.

## Keywords

Tongue hairy, infant, child, oral candidiasis

## Introducción

La lengua vellosa negra (LVN) es un proceso benigno y de etiología frecuentemente desconocida. Su prevalencia se sitúa en el 0,5-11%, siendo más frecuente en edades avanzadas pero anecdótica en edad pediátrica<sup>1,2</sup>.

Fecha de recepción: 15/05/19. Fecha de aceptación: 31/07/19.

**Correspondencia:** C. Bermejo Fernández. Unidad de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. Correo electrónico: cintiabf9@gmail.com

Consiste en una hipertrofia papilar de la lengua, concretamente de las papilas filiformes localizadas en su región dorsomedial, preferentemente en los dos tercios posteriores. El aspecto vellosa se explica por el cúmulo de queratina debido a la descamación alterada de las papilas hipertróficas, y el color negruzco a la proliferación de bacterias cromógenas en su superficie, destacando *Bacteroides melaninogenicus* (que produce una coloración oscura por la precipitación de óxido ferroso) y bacilos pirocianos (que generan un color verdoso por el depósito de fenacina); aunque también puede deberse a la infección secundaria por *Candida* o *Aspergillus*, ya que la hipertrofia papilar favorece la colonización fúngica y bacteriana. Si bien el color suele ser negruzco (gris-negro-marrón), también puede ser verdoso, amarillo o blanco<sup>2-5</sup>. El color es de intensidad variable y el grado de hipertrofia también, ya que en algunas ocasiones lo único llamativo es el cambio de coloración pero en otras es la masa que crece en el dorso de la lengua<sup>4</sup>.



**Figura 1.** Lengua vellosa negra en lactante. Fuente: autores, con autorización de los padres

## Caso clínico

Lactante varón de dos meses de edad que acude a consulta por persistencia del muguet que presenta desde hace más de un mes. No tiene antecedentes familiares ni personales de interés. Se alimenta con lactancia materna exclusiva. Está en tratamiento con miconazol tópico desde la aparición de la lesión. Se encuentra clínicamente asintomática, haciendo bien las tomas y con buen desarrollo ponderoestructural. A la exploración llama la atención una lesión aterciopelada e irregular en la región central de la lengua, de aspecto marrón-negruzca, que no desaparece al frotar con el depresor (figura 1). No se visualizan otras lesiones en la cavidad oral ni en la piel. Los cultivos realizados para hongos y bacterias han sido negativos. El cuadro que presenta la paciente nos orienta hacia el diagnóstico de LVN.

## Etiología y clínica

Aunque normalmente la etiología se desconoce, se han descrito algunos factores que favorecen su aparición. La proliferación de bacterias cromógenas (disbacteriosis) se encuentra relacionada con el uso de antibioterapia de amplio espectro, ya sea tópica o sistémica (especialmente linezolid)<sup>2</sup>. Otros factores también implicados son xerostomía, mala higiene de la cavidad oral, radioterapia, quimioterapia, tabaco, alcohol, colutorios antisépticos, infecciones fúngicas (cándidas más frecuentemente) y algunos alimentos (té, café y ciertas frutas o verduras), de ahí que sea más frecuente en edades avanzadas de la vida<sup>1,2,4</sup>.

Raras veces ocasiona disgeusia, halitosis o sensación de cuerpo extraño, siendo frecuentemente asintomática<sup>4</sup>.

## Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico es clínico. Se pueden realizar cultivos para descartar sobreinfección, ya que frecuentemente se asocia a infección fúngica y bacteriana, y biopsia de la lesión en casos muy dudosos<sup>1,4</sup>. Un caso que llegó a biopsiarse fue el de un lactante de 8 semanas de vida publicado por *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), hallándose una colonización fúngica y bacteriana sin melanocitos, que se resolvió espontáneamente sin tratamiento alguno<sup>6</sup>.

Se debe hacer un diagnóstico diferencial con diversos procesos. En primer lugar debemos descartar una pigmentación lingual oscura, debida en muchas ocasiones a la ingestión de alimentos o fármacos con pigmentos potentes. Cursa sin hipertrofia de las papilas y sin cúmulo de queratina y se localiza preferentemente en la punta y región lateral de la lengua<sup>2,3</sup>. Es más frecuente en la raza negra y asiática, y en edad joven (entre 20 y 30 años). No requiere tratamiento<sup>3</sup>.

Debemos diferenciarla también del conocido y frecuente muguet. La candidiasis orofaríngea o muguet afecta hasta al 5% de los lactantes, apareciendo desde la semana de vida y siendo infrecuente en mayores de un año. Se caracteriza por placas o pseudomembranas de coloración blanquecina y base eritematosa que puede ocasionar o no dolor y que se desprende con el raspado. El agente más frecuentemente implicado es *Candida albicans*. Es más común en inmunodeprimidos (en los que son frecuentes las formas crónicas, recurrentes y extensas) y en niños tratados con antibióticos. El diagnóstico es clínico, siendo necesaria la confirmación microbiológica



**Figura 2.** Muguet en lactante. Fuente: autores, con autorización de los padres

en casos recurrentes o refractarios. El tratamiento se basa en la aplicación de antifúngicos tópicos (miconazol, antifúngico más frecuentemente utilizado o nistatina), aplicados 3 o 4 veces al día hasta 48 horas después de que desaparezca la lesión (habitualmente entre 7 y 10 días). En inmunodeprimidos deben usarse antifúngicos sistémicos, tales como fluconazol o itraconazol (figura 2)<sup>7,8</sup>.

Otra entidad que debemos tener en cuenta es la mácula melánica congénita. Es una patología poco frecuente, de causa desconocida y de carácter benigno, que aparece al nacimiento y aumenta de tamaño con el crecimiento del niño. Consiste en una lesión macular única o múltiple de unos 2-5 mm de diámetro bien definida de color marrónáceo y que suele aparecer en la región dorsal de la lengua cercana a la línea media. Se recomienda realizar una biopsia de la lesión para hacer un diagnóstico anatomopatológico de precisión y diferenciarla así de otros procesos malignos. Histológicamente se caracteriza por un aumento de pigmentación melánica en la capa basal de la epidermis (que no conlleva un aumento en el número de melanocitos ni atipia celular), hiperqueratosis y macrófagos pigmentados subepidérmicos<sup>9</sup>.

La leucoplasia oral vellosa también podría entrar dentro del diagnóstico diferencial, sobre todo en la edad adulta, ya que aparece principalmente en pacientes inmunodeprimidos (frecuentemente infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana) y con infección por el virus de Epstein-Barr. Suele tener un color blanquecino, aspecto aterciopelado y localización lateral en la lengua. Es benigna y autolimitada<sup>10</sup>.

## Tratamiento

La LVN se trata de un proceso autolimitado en pocas semanas. En primer lugar se recomienda evitar los factores etiológicos implicados, sobre todo la xerostomía y el uso de antibioterapia prolongada, puesto que son los que más se relacionan con el recambio epitelial; y realizar una adecuada higiene oral aplicando un cepillo semiduro o duro contra el dorso de la lengua<sup>2-4</sup>. Se pueden añadir enjuagues bucales con agua oxigenada rebajada con agua (una parte de agua oxigenada por cada cinco de agua). También se recomienda la masticación de alimentos consistentes tras las comidas, para favorecer la salivación y actuar así contra la xerostomía, aunque lógicamente estas dos últimas medidas están limitadas en lactantes<sup>4</sup>.

Algunos autores recomiendan acortar el tiempo de evolución con el uso de queratinolíticos, sobre todo en formas evolucionadas y queratinizadas. Un inconveniente del uso de este tipo de productos es que debemos usar fórmulas magistrales con excipientes con alta capacidad de adherencia, que puedan actuar el tiempo suficiente en la lesión. Un excipiente frecuentemente utilizado es el gel hidroalcohólico. Los queratinolíticos usados son el ácido retinoico al 0,05-0,1% y urea al 20-40%<sup>2-4</sup>. Concretamente, uno de los últimos casos descritos, publicado en la revista *Anales de Pediatría*, se resolvió con una solución queratinolítica a base de urea<sup>1</sup>.

En casos resistentes se usan geles de podofilino y retinoides orales (fuera de indicación). En muy contadas ocasiones hay que recurrir a la cirugía<sup>4</sup>.

Otro tratamiento añadido son los antifúngicos, usualmente derivados imidazólicos tópicos (aunque también nistatina y anfotericina), para tratar la infección fúngica que puede estar presente<sup>4</sup>. Tomemos como referencia el caso de un paciente oncológico de 71 años publicado por la revista *Acta Otorrinolaringológica Española*, que se trató con anfotericina B por el hallazgo de *Candida glabrata* en la lesión, mejorando espectacularmente en cuatro semanas<sup>11</sup>. Otro caso en el que se confirmó sobreinfección fúngica es el publicado en *Lancet* en 2011, que se trató con un ciclo corto de fluconazol<sup>12</sup>. No está indicado el uso de antibióticos tópicos, a pesar de la proliferación bacteriana asociada, ya que agravan el cuadro de disbiosis que se encuentra etiológicamente relacionado<sup>4</sup>. ■

## Bibliografía

- González Gómez JM, Peláez Cantero MJ, De la Mota Ybancos JL, Vera Casaño A, Milano Manso G. Lengua vellosa negra en lactante. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77(3): 209-210.
- Beltrán García S, Cemeli Cano M. Lengua vellosa negra en pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2016; 9(3): 128-129.
- Gavilán Martín C. Lactante de un mes con lesiones negruzcas en la lengua. En: *Imagen de la semana*. Continuum 2017 [en línea] [consultado el 25.11.2018]. Disponible en: <http://continuum.aeped.es>
- Bosch García RJ. Tratamiento de la lengua negra vellosa. *Piel (Barc)*. 2011; 26(5): 242-245.
- Yamagishi Y, Maruyama K, Kobayashi K, Kume S, Sasaki N, Yokoya S et al. Black hairy tongue after chemotherapy for malignant brain tumor. *Acta Neurochir*. 2017; 159: 169-172.
- Körber A, Voshege N. Black hairy tongue in an infant. *CMAJ*. 2012; 184(1): 68.
- Hernández Rupérez MB, Campos Domínguez M, Saavedra Lozado J. Infecciones fúngicas superficiales. *An Pediatr Contin*. 2013; 11(5): 254-266.
- Herrero Martínez JA, Hernández Torres A, García Vázquez E, Gómez Gómez J, Pareja Rodríguez de la Vera A. Infecciones por hongos en sujetos no inmunocomprometidos. *Medicine*. 2014; 11(58): 3.426-3.434.
- Dohil MA, Billman G, Pransky S, Eichenfield LF. The congenital lingual melanotic macule. *Arch Dermatol*. 2003; 139: 767-770.
- Martorell-Calatayud A, Botella-Estrada R, Bagán-Sebastián JV, Sanmartín-Jiménez O, Guillén-Barona C. La leucoplasia oral: definición de parámetros clínicos, histopatológicos y moleculares y actitud terapéutica. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 669-684.
- Watanabe K. Black hairy tongue. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017; 68(6): 374.
- Sheikh Z, Shah Khan A, Khan S. Lingua villosa nigra. *Lancet*. 2011; 377: 1.183.