

Língua negra pilosa: relato de caso clínico

Hairy tongue: a case report

ROSANA MARIA LEAL ¹

DANIEL CARNEIRO VASQUES ²

HERMÍNIA MARQUES CAPISTRANO ³

HELENICE DE ANDRADE MARIGO ⁴

PAULO EDUARDO ALENCAR DE SOUZA ⁵

RESUMO

A língua pilosa (*língua villosa nigra*) é uma condição benigna e autolimitante resultante da descamação alterada das papilas filiformes da língua com hipertrofia reativa das mesmas. Sua patogênese é incerta. Os fatores associados ao aparecimento dessa condição são variados, incluindo agentes tópicos e sistêmicos. Devido às características clínicas típicas, a biópsia não é necessária para a confirmação do diagnóstico. O tratamento da língua negra pilosa é baseado em uma perfeita higienização, que deve ser realizada periodicamente utilizando um raspador de língua ou uma escova dental de cerdas macias para promover a descamação das papilas. Agentes farmacoterápicos também podem ser utilizados.

Unitermos

Língua pilosa, língua negra pilosa.

INTRODUÇÃO

A língua é formada essencialmente de músculo esquelético e encontra-se ligada à cartilagem hióide, à mandíbula e aos processos estilóides do osso temporal. Quatro pares de músculos ligam a língua ao crânio e são denominados músculos extrínsecos: *genioglosso*, *bioglosso*, *estiloglosso* e *palatoglosso* e são responsáveis pelo movimento e alterações da forma da língua durante a mastigação e a deglutição. A língua tem uma *porção dorsal* e uma *porção ventral*. A parte dorsal da língua é dividida em duas partes: uma *porção oral* e uma *porção faríngea*. As duas partes são separadas por um sulco em forma de V (sulco terminal ou *sulcus terminalis*). Os dois terços anteriores da parte oral da língua são revestidos de papilas gustativas e têm uma aparência macia e rosada. Há quatro tipos de papilas gustativas: filiformes, fungiformes, valadas e foliáceas. Atrás da parte oral da língua há de três a 14 papilas arranjadas em formato de V em frente ao sulco terminal. A parte faríngea não possui papilas gustativas visíveis, é áspera pela presença de folículos linfáticos, que são as tonsilas linguais. A porção ventral da língua não possui papilas linguais e é revestida por uma membrana mucosa macia que aloja, no centro, o freio lingual (BAUMANN, 2006; RAMSAKAL & MANGAT, 2007).

¹ Professora das disciplinas de Estomatologia e Clínica Integrada do Departamento de Odontologia da PUC Minas. Especialista em Estomatologia, Radiologia e Patologia Bucal e Mestre em Estomatologia.

² Cirurgião-Dentista graduado pelo Departamento de Odontologia da PUC Minas.

³ Professora da disciplina de Estomatologia do Departamento de Odontologia da PUC Minas. Mestre em Patologia Bucal e Doutora em Epidemiologia pela FOUFG.

⁴ Professora da Disciplina de Estomatologia do Departamento de Odontologia da PUC Minas. Mestre e Doutora em Patologia Bucal pela FOUFG.

⁵ Professor das Disciplinas de Imunologia e Estomatologia do Departamento de Odontologia da PUC Minas. Mestre e Doutor em Patologia Bucal pela UFMG.

A língua pilosa (*língua villosa nigra*) é uma condição benigna e autolimitante resultante da descamação alterada das papilas filiformes da língua com hipertrofia reativa das mesmas. A língua negra pilosa é diagnosticada quando as papilas filiformes estão aumentadas em mais de 3 mm. A aparência “peluda” é devido ao acúmulo de ceratina e hiperplasia das papilas filiformes, apresentando cores diferentes dependendo dos fatores extrínsecos e intrínsecos envolvidos (POULOPOULOS *et al.*, 2008; THOMPSON & KESSLER, 2010).

A língua pilosa é observada em aproximadamente 0,5% da população adulta. A prevalência e incidência parecem aumentar com a idade, provavelmente pelos efeitos cumulativos de alimentos como café e chá, e do tabaco. Sua patogênese é incerta. Os fatores possivelmente associados ao aparecimento dessa condição são: drogas como antibióticos tópicos e sistêmicos, antidepressivos, antipsicóticos, antiácidos, corticosteróides, anti-hipertensivos, enxaguantes bucais oxigenantes (perborato de sódio, peróxido de sódio e peróxido de hidrogênio), microrganismos cromogênicos, alcoolismo e tabagismo associados, alterações degenerativas das glândulas salivares observadas após radioterapia na região de cabeça e pescoço, hipossalivação, neuralgia do trigêmeo, desequilíbrio da flora bucal com crescimento de fungos, higiene oral precária principalmente em pacientes debilitados (LAWOYIN e BROWN, 2008; PIGATTO *et al.*, 2008; TAMAM & ANNAGUR, 2006; TAYBOS, 2003).

A língua pilosa negra localiza-se mais comumente na linha média anterior às papilas circunvaladas, espalhando-se para as margens lateral e anterior. Alguns casos envolvem a maior parte do dorso lingual. As papilas alongadas apresentam-se aveludadas e de cor acastanhada, amareladas ou enegrecidas. As papilas filiformes múltiplas aumentadas podem ser elevadas com a utilização de uma gaze ou de um instrumental odontológico. Na maioria dos casos, a condição é assintomática, embora sintomas como gosto metálico, halitose, náusea, disgeusia, sensação

de coceira e aparência estética desagradável podem ser descritos (AKL, 2009; GARG *et al.*, 2008; YUCA *et al.*, 2004).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com uma língua normal pigmentada com corantes alimentares, mas que não apresenta projeções filiformes características da língua negra pilosa, pigmentação das papilas fungiformes e acantose migrans. Atenção para a semelhança na denominação entre língua pilosa e leucoplasia pilosa, que ocorre na borda lateral da língua causada pelo vírus Epstein-Barr e geralmente associada à infecção pelo HIV ou outras condições imunossupressoras (MCGRATH, BARDSLEY & BASRAN, 2008).

Devido às características clínicas típicas, a biópsia não é necessária para a confirmação do diagnóstico. Exames citológicos e a cultura pouco acrescentarão de importante à impressão clínica. Histologicamente, a língua pilosa negra exibe proeminente alongamento e hiperqueratose das papilas filiformes e crescimento de bactérias na superfície epitelial (NEVILLE *et al.*, 2009).

O tratamento da língua negra pilosa é baseado em uma perfeita higienização, que deve ser realizada periodicamente utilizando um raspador de língua ou uma escova dental de cerdas macias para promover a descamação das papilas. Aumentar a hidratação e salivação nos casos de pacientes irradiados e com quadro de xerostomia para maior conforto e autolimpieza. Emprego de drogas antifúngicas quando há suspeita de infecção por *Candida albicans*. Interromper o hábito de fumar e diminuir o consumo de bebidas alcoólicas. Intervenções farmacológicas com retinóides tópico ou oral, acetato de triancinolona tópico, ácido salicílico, complexo B, violeta de genciana, agentes ceratolíticos como a podofilina e solução de uréia a 40%. Outras modalidades de tratamento incluem o laser de CO₂ e eletrodissecação (BHANDARKAR *et al.*, 2008; VAÑÓ-GALVÁN & JAÉN, 2008).

Lawoyin & Brown (2008) sugerem que o tratamento deve ser individualizado, baseado no exame clínico e na identificação do agente etiológico, enfatizando a

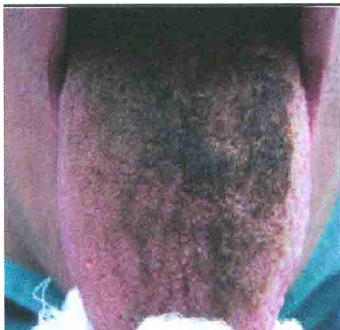


FIGURA 1 – Paciente DA, exibindo área aveludada e semelhante a pelos, de cor variando do castanho ao negro em todo o dorso da língua



FIGURA 2 – Aplicação da solução de ureia a 40%, com uma gaze, até a descamação das papilas filiformes



FIGURA 3 – Aspecto da língua após a aplicação da solução de ureia a 40%

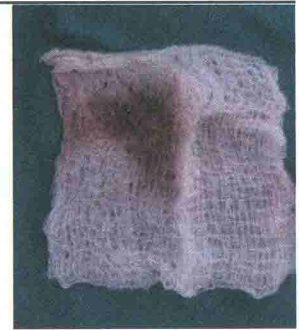


FIGURA 4 – Resíduos na gaze do material removido da língua após a aplicação da solução de ureia a 40%

higienização cuidadosa e diária. Em alguns casos essa condição pode ser resolvida espontaneamente.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente D.A., sexo feminino, leucoderma, 44 anos de idade, procurou a clínica de Estomatologia do Departamento de Odontologia da PUC Minas, em Belo Horizonte/MG, queixando-se de língua sensível e aspecto estético por alteração de cor. Durante a anamnese, relatou uma infância perturbada pela ausência da mãe, era portadora de síndrome do pânico em tratamento psiquiátrico há 13 anos. Disse ser alérgica a AAS (ácido acetilsalicílico), e que fazia uso de Akineton, Rivotril e Ziprexa. Fumava em média um maço de cigarros ou mais por dia.

Ao exame clínico intraoral, observou-se a presença de uma área aveludada e semelhante a pelos, de coloração variando do acastanhado ao negro, em toda a região do dorso da língua (FIG.1). Os achados clínicos e a história da paciente contribuíram para estabelecer o diagnóstico de língua negra pilosa.

Foi proposta a aplicação tópica da solução de ureia a 40%, com uma gaze, para promover a descamação das papilas filiformes obtendo um conforto maior e estético para a paciente (FIG. 2, 3 e 4). Orientação para uma higienização cuidadosa com escova de cerdas macias, raspador de língua e enxaguantes bucais

foram prescritos. Foi aconselhada também a parar de fumar ou diminuir o número de cigarros por dia. A paciente foi encaminhada a clínica de Psicologia da PUC Minas para avaliação e tratamento.

DISCUSSÃO

A língua negra pilosa é uma condição benigna e autolimitante, de patogênese incerta, mas com vários fatores associados ao seu aparecimento, como por exemplo, o uso de drogas antidepressivas e antipsicóticos, como no caso clínico relatado (LAWOYIN & BROWN, 2008; PIGATTO *et al.*, 2008; TAMAM & ANNAGUR, 2006; TAYBOS, 2003).

O diagnóstico é essencialmente clínico, principalmente quando as papilas filiformes estão aumentadas em mais de 3 mm, aliado à história do paciente obtida através da anamnese (POULOPOULOS, 2008; THOMPSON & KESSLER, 2010).

A maioria dos casos é assintomática. Entretanto, a queixa principal é da aparência estética e algum tipo de desconforto local, dados estes compartilhados pela paciente do caso clínico relatado. A aparência é de uma língua com superfície aveludada, semelhante a pelos e com variação de cor, principalmente em tons de castanho e negro, localizados mais comumente na linha média anterior às papilas circunvaladas, espalhando-se para as margens lateral e anterior. Alguns casos en-

volvem a maior parte do dorso lingual, como no caso clínico descrito (AKL, 2009; GARG *et al.*, 2008).

O tratamento proposto para a paciente foi a aplicação da solução de ureia a 40% e a orientação para uma cuidadosa higienização com escova de cerdas macias, raspador lingual e enxaguantes bucais, além do aconselhamento quanto ao hábito de fumar, conforme recomendam os autores consultados na revisão da literatura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A língua negra pilosa, apesar de ser considerada uma alteração benigna, autolimitante e localmente sem significado patológico, a identificação da causa, quando possível, deve ser determinada e afastada.

Embora seja uma condição na maioria das vezes assintomática, a queixa principal e de grande importância é o comprometimento estético.

Orientar o paciente para uma cuidadosa higiene bucal com rotineira escovação da língua é a melhor medida terapêutica e preventiva. Aconselhamento para parar de fumar e terapia com profissionais capacitados, nos casos de pacientes com problemas psicológicos é de grande importância.

ABSTRACT

The hairy tongue (lingua villosa nigra) is a benign and self-limiting condition resulting from the altered desquamation of the filiform papillae of the tongue with the same reactive hypertrophy. Its pathogenesis is uncertain. Factors associated with the onset of this condition are several, including topical and systemic agents. Due to the typical clinical features, biopsy is not necessary to confirm the diagnosis. The treatment of black hairy tongue is based on a perfect hygiene, which should be performed regularly using a tongue scraper or a soft bristle toothbrush to promote desquamation of papillae. Pharmacotherapy agents can also be used.

Keywords: hairy tongue; black hairy tongue.

REFERÊNCIAS

01. AKL, K.F. Black tongue. *J. Paediatr. Child. Health*, v.45, n.1-2, p.73-74, Feb. 2009.
02. BAUMANN, R. Hairy tongue. *MMW Fortschr. Med.*, v.148, n.31-32, p.57, Aug. 2006.
03. BHANDARKAR, S.S.; MACKELFRESH, J.; FRIED, L.; ARBISER, J.L. Targeted therapy of oral hairy leukoplakia with gentian violet. *J. Am. Acad. Dermatol.*, v.58, n.4, p.711-712, Apr. 2008.
04. GARG, A.; WADHERA, R.; GULATI, S.P.; GOYAL, R. Hairy tongue. *J. Assoc. Physicians India*, v.56, s/n, p.817-818, Oct. 2008.
05. LAWYOIN, D.; BROWN, R.S. Drug-induced black hairy tongue: diagnosis and management challenges. *Dent. Today*, v.27, n.1, p.60-63, 2008.
06. MCGRATH, E.E.; BARDSLEY, P.; BASRAN, G. Black hairy tongue; what is your call? *CMAJ*, v.178, n.9, p.1137-1138, 2008.
07. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia oral e maxilofacial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Cap.1: Defeitos do desenvolvimento da região bucal e maxilofacial, p.13-15.
08. PIGATTO, P.D.; SPADARI, F.; MERONI, L.; GUZZI, G. Black hairy tongue associated with long-term oral erythromycin use. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, v.22, n.10, p.1269-1270, Nov. 2008.
09. POULOPOULOS, A.K.; ANTONIADES, D.Z.; EPIVATIANOS, A.; GRIVEA, I.N.; SYROGIANNOPOULOS, G.A. Black hairy tongue in a 2-month-old infant. *J. Paediatr. Child. Health*, v.44, n.6, p.377-379, 2008.
10. RAMSAKAL, A.; MANGAT, L. Images in clinical medicine; lingua villosa nigra. *N. Engl. J. Med.*, v.357, n.23, p.2388, Dec. 2007.
11. TAMAM, L.; ANNAGUR, B.B. Black hairy tongue associated with olanzapine treatment; a case report. *Mt. Sinai J. Med.*, v.73, n.6, p.891-894, Oct. 2006.
12. TAYBOS, G. Oral changes associated with tobacco use. *Am. J. Med. Sci.*, v.326, n.4, p.179-182, Oct. 2003.
13. THOMPSON, D.F.; KESSLER, T.L. Drug-induced black hairy tongue. *Pharmacotherapy*, v.30, n.6, p.585-593, 2010.
14. VAÑO-GALVÁN, S.; JAÉN, P. Black hairy tongue. *Cleve Clin. J. Med.*, v.75, n.12, p.847-848, Dec. 2008.
15. YUCA, K.; CALKA, O.; KIROGLU, A.F.; AKDENIZ, N.; CANKAYA, H. Hairy tongue; a case report. *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, v.58, n.4, p.161-163, 2004.