

BMJ Best Practice

Língua pilosa, fissurada e geográfica

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	12
Opções de tratamento	14
Acompanhamento	16
Recomendações	16
Complicações	16
Prognóstico	16
Referências	18
Aviso legal	20

Resumo

- ◇ A língua fissurada é uma variante normal da aparência da língua e não é considerada uma entidade patológica. Geralmente, aparece em pessoas saudáveis; porém, também é observada em associação com doenças como síndrome de Down e língua geográfica. Se a única manifestação for a de língua fissurada, geralmente não é necessário realizar nenhuma investigação ou tratamento.
- ◇ A língua pilosa ocorre quando o equilíbrio fisiológico entre produção e excreção de queratina por meio da função oral normal é cronicamente interrompido com consequente alongamento do componente queratinizado das papilas filiformes que cobrem o dorso da língua. A ingestão oral inadequada durante a doença ou o desconforto oral secundário a doenças ulcerativas orais são exemplos de situações em que pode-se reduzir a excreção fisiológica de queratina secundária ao desbridamento mecânico. Tabagismo, café ou chá ou higiene bucal inadequada são exemplos de fatores predisponentes.
- ◇ Melhorar a higiene bucal, abandonar o hábito de fumar e usar um limpador de língua adequadamente são medidas que auxiliam no manejo da língua pilosa.
- ◇ A língua geográfica se apresenta como áreas vermelhas bem-demarcadas nas partes dorsal e lateral da língua, com bordas brancas irregulares.
- ◇ Sua etiologia é desconhecida e, geralmente, não é necessário nenhum tratamento além do alívio sintomático.

Definição

A língua fissurada é uma condição clínica benigna comum de etiologia desconhecida que, geralmente, afeta o dorso da língua.[1] No exame físico, várias ranhuras ou fissuras são observadas na superfície dorsal da língua; geralmente, elas têm alguns milímetros de profundidade. Elas podem ocorrer em áreas isoladas da língua ou cobrir todo o dorso.

A língua pilosa é uma condição clínica benigna comum, com aparência pilosa na parte dorsal da língua causada pela retenção de queratina na parte superior das papilas filiformes. A língua pilosa surge na parte dorsal da língua como projeções difusas, semelhantes a pelos, especialmente na linha média da parte dorsal da língua. A cor das papilas alongadas pode variar de amarelo a preto-amarronzado. Pode haver uma diferença na cor das papilas alongadas devido à coloração exógena causada por diferentes alimentos, tabaco e bactérias cromogênicas.[2]

A língua geográfica é uma condição clínica benigna comum que afeta predominantemente as margens laterais, a ponta e a parte dorsal da língua. Em casos raros, pode ocorrer em outros locais da boca, como as mucosas bucal e labial e o palato mole. A língua geográfica se apresenta como áreas bem-delineadas de eritema com bordas circinadas brancas elevadas.[3]

Epidemiologia

A prevalência da língua fissurada nos Estados Unidos foi relatada como 2% a 5%. A prevalência em todo o mundo varia e foi relatada em algumas áreas como sendo de até 21%.[1] Geralmente, os pacientes têm língua fissurada desde a infância, mas a condição pode se tornar mais proeminente com o avanço da idade.

A prevalência de língua pilosa varia amplamente, e ela é relatada com mais frequência entre fumantes e pessoas que apresentam alto consumo de chá e/ou café.[6] [7] [8] [9] [10] [11]

A língua geográfica tem prevalência pontual de 1.8% e tem se mostrado mais prevalente entre pessoas brancas e negras em comparação com americanos de origem mexicana nos Estados Unidos.[12]

Etiologia

A língua fissurada é de etiologia desconhecida, embora a hereditariedade pareça contribuir. Alguns sugerem que a língua fissurada pode representar um caráter poligênico ou ser de herança autossômica dominante com penetrância incompleta.[13]

Geralmente, os pacientes têm língua fissurada desde a infância, mas a condição pode se tornar mais proeminente com o avanço da idade.

A língua pilosa desenvolve-se quando o equilíbrio habitual entre produção e excreção de queratina por meio da função oral normal é cronicamente interrompido com consequente alongamento do componente queratinizado das papilas filiformes que cobrem o dorso da língua. A ingestão oral inadequada durante a doença, a hipossalivação ou o desconforto oral secundário a doenças ulcerativas orais são exemplos de situações em que a excreção de queratina é reduzida. Fatores que podem estar associados à maior produção de queratina incluem tabagismo, higiene bucal inadequada, consumo de chá e/ou café e o uso de enxaguantes bucais oxidantes.[7] [8] [10] A aparência pilosa na língua pilosa é causada pela retenção de queratina nas pontas das papilas filiformes.[14] Ela se manifesta como projeções difusas,

semelhantes a pelos, especialmente na linha média da parte dorsal da língua. Diferentemente, em um indivíduo saudável, a língua pilosa não significa doença sistêmica subjacente. Em pessoas não saudáveis que são imunossuprimidas ou HIV positivas, o diferencial inclui leucoplasia pilosa oral causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), que geralmente acomete as bordas laterais da língua.

A língua geográfica é uma condição clínica benigna comum de etiologia desconhecida. Várias associações entre língua geográfica e outras doenças foram postuladas; porém, a mais significativa é a associação com psoríase. De fato, as duas condições apresentam características histopatológicas semelhantes.^{[1] [15]}

Fisiopatologia

A língua fissurada tem fisiopatologia desconhecida.

Na língua pilosa, a hipertrofia das papilas filiformes na parte dorsal da língua pode ser decorrente da falta de desbridamento mecânico por meio da função oral normal e/ou do supercrescimento reativo das pontas queratinizadas das papilas filiformes.

A ingestão oral inadequada durante a doença, a hipossalivação ou o desconforto oral secundário a doenças ulcerativas orais são exemplos de situações em que o desbridamento mecânico e a excreção de queratina das papilas filiformes são reduzidos.

A cor das papilas varia de amarelo a preto-amarronzado, dependendo de determinados produtos alimentícios e maior consumo de produtos, como tabaco, café e chá.

O componente eritematoso na língua geográfica é resultado da ausência de papilas filiformes. As lesões começam como pequenas manchas brancas e, à medida que se estendem ou migram, desenvolvem uma zona atrófica vermelha central.^[16]

Prevenção primária

A língua pilosa pode ser prevenida com a melhora da higiene bucal e a diminuição do hábito de fumar e do consumo de café e chá, o que pode evitar a retenção de queratina, responsável pela aparência de língua pilosa.

Não há medidas preventivas para a língua fissurada e geográfica.

Prevenção secundária

Para prevenir a recorrência da língua pilosa, o hábito de fumar e o consumo de café e chá devem ser diminuídos, e a higiene bucal, aprimorada. Deve-se realizar o tratamento do desconforto oral ou da hipossalivação existentes.

Caso clínico

Caso clínico #1

Língua fissurada: um homem saudável, de 30 anos de idade, apresenta um maior número de sulcos na língua. Eles são assintomáticos. Ele não se queixa de queimação nem de aumento da sensibilidade a alimentos quentes ou frios.

Caso clínico #2

Língua pilosa: um fumante de 45 anos de idade se apresenta na clínica depois de observar saliências marrons "parecidas com pelos" na língua ao escovar os dentes. Ele não relata sangramento da língua ao tentar raspar essas projeções pilosas marrons no meio da língua.

Outras apresentações

A língua fissurada pode ser parte do quadro clínico de uma rara doença chamada síndrome de Melkersson-Rosenthal. Trata-se de uma condição que consiste em uma tríade de língua fissurada, queilite granulomatosa e paralisia do sétimo nervo (facial) intermitente (paralisia de Bell).^[4]

A língua fissurada também pode ser uma característica de granulomatose orofacial.^[5]

A língua geográfica é uma condição benigna comum. Os pacientes podem relatar que suas línguas estão vermelhas e brancas em áreas diferentes, e essas áreas parecem mudar de forma e local de envolvimento. Eles também podem relatar maior sensibilidade a alimentos quentes e apimentados. Em casos raros, podem ocorrer apresentações semelhantes em outros locais da boca e elas podem ser referidas como estomatite geográfica ou língua geográfica ectópica.^[3]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Língua fissurada

O paciente geralmente é assintomático. Geralmente, os pacientes têm língua fissurada desde a infância, mas a condição pode se tornar mais proeminente com o avanço da idade.

Em geral, o exame físico revela várias ranhuras ou fissuras. Ocasionalmente, pode haver halitose e descoloração devidas à retenção de resíduos alimentares.^{[21] [22]}

A biópsia raramente é necessária por causa da característica aparência clínica diagnóstica.

Língua pilosa

O quadro clínico da língua pilosa é caracterizado por projeções semelhantes a pelos na linha média da parte dorsal da língua, cuja cor pode variar de amarelo a preto-amarronzado. A variação de cor pode depender de coloração exógena por vários alimentos e bebidas.

Pode haver história de intensificação do hábito de fumar, consumo de café e chá, higiene bucal inadequada e uso de enxaguantes bucais oxidantes. A ingestão oral inadequada durante a doença, a hipossalivação ou o desconforto oral secundário a doenças ulcerativas orais são exemplos de situações em que a excreção de queratina é reduzida. Isso pode aumentar a retenção de queratina nas pontas das papilas filiformes.

Os pacientes podem se queixar de halitose e gosto desagradável na boca e podem buscar tratamento devido à aparência antiestética. No exame físico, as projeções semelhantes a pelos que, geralmente, se concentram no meio da língua denotam hipertrofia real das papilas filiformes.

Se o paciente for HIV positivo, poderá ser necessário realizar uma biópsia da língua a fim de diferenciar da leucoplasia pilosa oral.[23]

Língua geográfica

A língua geográfica geralmente é um diagnóstico clínico com a aparência clássica de manchas eritematosas com bordas brancas irregulares e zona atrófica central na parte dorsal da língua. Retrospectivamente, os pacientes relatam que as manchas parecem migrar. Os pacientes podem experimentar uma sensação de queimação na língua com aumento da sensibilidade a alimentos quentes e apimentados.[3]

A anamnese e o exame físico geralmente são suficientes para fazer o diagnóstico de língua geográfica por causa da sua aparência clínica clássica.[1] Ocasionalmente, pode ser necessário diferenciar a língua geográfica da atrofia peripapilar localizada da língua secundária a anemia ou deficiências nutricionais, como deficiência de B12.

Em casos raros, podem ocorrer apresentações semelhantes em outros locais da boca, às vezes referidas como estomatite geográfica ou língua geográfica ectópica.

Fatores de risco

Fortes

tabagismo (língua pilosa)

- Implicado no aumento da retenção de queratina na língua.[10] [17]

consumo de café/chá (língua pilosa)

- Implicado no aumento da retenção de queratina na língua.[10]

higiene bucal insatisfatória (língua pilosa)

- A ausência de desbridamento mecânico (como escovação dos dentes) causa hipertrofia das papilas, o que, clinicamente, causa o surgimento das projeções pilosas na linha média da parte dorsal da língua por hipertrofia e retenção de queratina nas papilas filiformes.

avanço da idade (língua fissurada)

- Geralmente, os pacientes têm língua fissurada desde a infância, mas a condição pode se tornar mais proeminente com o avanço da idade.

avanço da idade (língua pilosa)

- Sabe-se que a língua pilosa negra aumenta em prevalência com a idade, especialmente em pacientes do sexo masculino.[7]

hipossalivação (língua pilosa)

- A presença de hipossalivação é um conhecido fator predisponente para o desenvolvimento de língua pilosa negra.[20]

Fracos**Síndrome de Melkersson-Rosenthal (língua fissurada)**

- Síndrome rara que só deve ser considerada na presença de língua fissurada em combinação com queilite granulomatosa e paralisia do sétimo nervo (facial) intermitente (paralisia de Bell).[4]

síndrome de Down (língua fissurada)

- A língua fissurada é um achado relativamente comum em pacientes com síndrome de Down.[18] [19]

uso de enxaguantes bucais oxidantes (língua pilosa)

- Implicado no aumento da retenção de queratina na língua.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco de língua pilosa incluem tabagismo, consumo de café/chá, higiene bucal insatisfatória, detenção em presídios e abuso de substâncias ilícitas. São conhecidos menos fatores de risco de língua geográfica e fissurada, embora a língua fissurada esteja associada ao avanço da idade.

ranhuras e fissuras na parte dorsal da língua (língua fissurada) (comum)

- A superfície dorsal da língua está envolvida e as fissuras e ranhuras podem se interconectar, criando uma aparência lobulada. As ranhuras são assintomáticas.

projeções pilosas na linha média da parte dorsal da língua (língua pilosa) (comum)

- Essas projeções podem variar na cor, de amarelo a preto-amarronzado, dependendo do consumo de alimentos e bebidas.

áreas bem-demarcadas de eritema na parte dorsal da língua (língua geográfica) (comum)

- Áreas bem-demarcadas de eritema na parte dorsal da língua, às vezes com uma margem branca irregular. Essas áreas, muitas vezes, se estendem para a parte lateral da língua.

zona central vermelha atrófica dentro de manchas (língua geográfica) (comum)

- Nas áreas de eritema na parte dorsal da língua, geralmente ocorre perda de papilas filiformes, explicando a aparência atrófica.

lesões que parecem migrar (língua geográfica) (comum)

- Os pacientes que têm consciência das manchas na língua geralmente notam que as manchas de eritema parecem migrar, afetando diferentes áreas da língua.

Outros fatores de diagnóstico

halitose (língua pilosa e língua fissurada) (comum)

- Alguns pacientes podem se queixar de mau hálito, que está relacionado à colonização bacteriana nas pontas das papilas no caso da língua pilosa. Na língua fissurada, a retenção de resíduos alimentares também pode causar halitose. É provável que higiene bucal insatisfatória contribua para o problema.

gosto desagradável na boca (língua pilosa) (comum)

- Alguns pacientes podem se queixar de gosto desagradável na boca, que está relacionado com a colonização bacteriana nas pontas das papilas. A origem do problema podem ser práticas de higiene bucal insatisfatórias.

descoloração (língua pilosa e língua fissurada) (comum)

- A cor da língua pode variar de amarelo a preto-amarronzado. A variação de cor pode depender de coloração exógena por vários alimentos e bebidas.

sensação de queimação (língua geográfica) (comum)

- Os pacientes podem experimentar uma sensação de queimação, especialmente em resposta a alimentos quentes e apimentados.

dor na mucosa oral (língua pilosa) (comum)

- A língua fissurada é frequentemente assintomática; porém, alguns pacientes relatam desconforto leve, especialmente como resposta ao contato com substâncias irritantes, como creme dental ou alimentos temperados. A descrição típica do desconforto é a de uma sensação de ardência e pode haver agravamento pelo aprisionamento de partículas de comida nas fissuras.^[24]
-

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, não é necessário realizar exames. 	características da língua pilosa, fissurada e geográfica

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia da língua <ul style="list-style-type: none"> Considerada apenas quando houver dúvida sobre o diagnóstico clínico. Em geral, pacientes com língua geográfica ou fissurada são diagnosticados clinicamente por causa da característica aparência clínica. Se um determinado paciente com língua pilosa não está respondendo ao tratamento com desbridamento mecânico, poderá ser considerada a realização de uma biópsia. Além disso, pode ser necessária uma biópsia em pacientes HIV (vírus da imunodeficiência humana) positivos e imunossuprimidos a fim de ajudar a diferenciar de leucoplasia pilosa oral. 	acúmulo pronunciado de paraqueratina nas pontas das papilas filiformes

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Síndrome de Melkersson-Rosenthal (língua fissurada)	<ul style="list-style-type: none"> Tríade da presença de aumento significativo dos lábios (queilite granulomatosa) e paralisia do sétimo nervo (facial) intermitente em associação com a língua fissurada. No entanto, a tríade de sintomas não precisa estar simultaneamente presente em um determinado momento. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia da língua pode exibir a presença de granulomas não caseosos.
Leucoplasia pilosa oral (língua pilosa)	<ul style="list-style-type: none"> Placas brancas indolores ao longo das bordas laterais da língua. História de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunossupressão.^[23] 	<ul style="list-style-type: none"> Biópsia da língua com imunocoloração da amostra para o vírus Epstein-Barr (EBV), o agente causador da leucoplasia pilosa oral.
Candidíase pseudomembranosa aguda (língua pilosa/geográfica)	<ul style="list-style-type: none"> Manchas brancas que se assemelham a coalhada e, quando removidas, revelam uma base de ferida eritematosa e, às vezes, com sangramento. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico. Demonstrar a presença de crescimento da cândida com uma investigação não quantitativa (por exemplo, swab para cultura) pode simplesmente refletir transmissão da candidíase, já que os organismos da cândida são comensais orais.

Abordagem passo a passo do tratamento

Língua fissurada, língua pilosa e língua geográfica são condições clínicas benignas, motivo pelo qual não é preciso mais nada além de tranquilização.

Língua geográfica

Em geral, não é necessário nenhum tratamento. Se os sintomas forem significativos, agentes de barreira, como preparações à base de ácido hialurônico tópico (por exemplo, Gelclair®) ou analgésico tópico/agentes anti-inflamatórios de venda livre (por exemplo, benzidamina), podem ser úteis na promoção de alívio dos sintomas em curto prazo. Alguns médicos prescrevem preparações de corticosteroide tópico ou inibidores de calcineurina tópicos (por exemplo, tacrolimo) como tentativa para tratar língua geográfica sintomática; porém, sua eficácia não é respaldada por evidências atuais.[16] [25]

Língua fissurada

Não é necessário nenhum medicamento nem tratamento definitivo. Os pacientes devem ser tranquilizados, informando que se trata de uma condição clínica benigna. Se os resíduos que ficarem retidos nas fissuras e ranhuras agirem como irritantes, será possível orientar os pacientes a escovar gentilmente a superfície dorsal da língua.[26] Se os sintomas forem significativos, agentes de barreira, como preparações à base de ácido hialurônico tópico (por exemplo, Gelclair®) ou analgésico tópico/agentes anti-inflamatórios de venda livre (por exemplo, benzidamina), podem ser úteis na promoção de alívio dos sintomas em curto prazo.

Língua pilosa

Em geral, a língua pilosa é uma condição benigna que não requer tratamento. Os pacientes que não gostarem da aparência estética ou se queixarem de halitose poderão ser orientados a usar um limpador de língua ou uma escova de dentes regularmente para fazer o desbridamento da linha média da parte dorsal da língua. Se possível, fatores de risco como higiene bucal inadequada devem ser modificados.[27]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		(resumo)
língua geográfica		
■ sintomas significativos	1a	tranquilização
	adjunto	tratamento tópico
língua fissurada		
■ sintomas significativos	1a	tranquilização + escovação da língua
	adjunto	tratamento tópico

Em curso		(resumo)
língua pilosa		
	1a	tranquilização + higiene bucal

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

língua geográfica

língua geográfica

1a

tranquilização

» Geralmente, não é administrado nenhum tratamento além da tranquilização do paciente, pois se trata de uma condição benigna.

■ sintomas significativos

adjunto

tratamento tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se os sintomas forem significativos, agentes de barreira, como preparações à base de ácido hialurônico tópico (por exemplo, Gelclair®) ou analgésico tópico/agentes anti-inflamatórios de venda livre (por exemplo, benzidamina), podem ser úteis na promoção de alívio dos sintomas em curto prazo.

» Alguns médicos prescrevem preparações de corticosteroide tópico (um comprimido dissolvido em água e usado como enxaguante bucal); porém, sua eficácia não é respaldada por evidências atuais.[16] [25]

» Pode ser usado diariamente por 7 a 10 dias para alívio sintomático.

língua fissurada

língua fissurada

1a

tranquilização + escovação da língua

» Se resíduos ficarem retidos entre as fissuras e as ranhuras, os pacientes devem ser incentivados a escovar a superfície dorsal da língua.

■ sintomas significativos

adjunto

tratamento tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se os sintomas forem significativos, agentes de barreira, como preparações à base de ácido hialurônico tópico (por exemplo, Gelclair®) ou analgésico tópico/agentes anti-inflamatórios de venda livre (por exemplo, benzidamina), podem ser úteis na promoção de alívio dos sintomas em curto prazo.

língua pilosa

Em curso

1a tranquilização + higiene bucal

» Os pacientes devem evitar bebidas quentes e usar um limpador de língua. Práticas de higiene bucal adequadas devem ser incentivadas. Uma escova de dentes pode ser usada para escovar a língua.

» Se possível, deve-se modificar os fatores de risco que contribuem para a excreção reduzida de queratina (por exemplo, desconforto oral, higiene bucal inadequada, hipossalivação ou maior crescimento queratinoso das pontas das papilas filiformes).

Recomendações

Monitoramento

O monitoramento geralmente não é necessário.

Instruções ao paciente

Em pacientes com língua fissurada, resíduos que ficam retidos nas fissuras podem ser removidos com um limpador de língua. Os pacientes que experimentam uma sensação de queimação com alimentos picantes e condimentados devem evitá-los. Fatores predisponentes, como dor na mucosa oral, sendo de natureza inflamatória ou secundários a condições como síndrome da boca ardente, talvez precisem ser tratados.

Os pacientes com língua pilosa devem ser incentivados a melhorar as práticas de higiene bucal. No entanto, os pacientes devem ter cuidado com a escovação excessivamente zelosa da língua, já que isso pode estimular queratinização ainda mais reativa das papilas filiformes.

Os pacientes com língua geográfica que experimentam uma sensação de queimação com alimentos picantes e condimentados devem evitá-los.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
candidíase oral relacionada a corticosteroides	longo prazo	média
Como os corticosteroides são imunossupressores, seu uso pode resultar em supercrescimento de leveduras (por exemplo, candidíase oral).		

Prognóstico

Como se trata de uma condição benigna, a perspectiva para lesões da língua geográfica, pilosa e fissurada geralmente é boa.

Artigos principais

- Bouquot JE, Gundlach KKH. Odd tongues: the prevalence of common tongue lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. Quintessence Int. 1986;17:719-730.
- Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. J Am Dent Assoc. 1986;112:50-57.

Referências

1. Bouquot JE, Gundlach KKH. Odd tongues: the prevalence of common tongue lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. Quintessence Int. 1986;17:719-730.
2. Korber A, Dissemond J. Images in clinical medicine: black hairy tongue. N Engl J Med. 2006;354:67.
[Texto completo](#)
3. Jainkittivong A, Langlais RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. J Contemp Dent Pract. 2005; 6:123-135.
4. Alioglu Z, Caylan R, Adanir M, et al. Melkersson-Rosenthal syndrome: report of three cases. Neurol Sci. 2000;21:57-60.
5. McCartan BE, Healy CM, McCreary CE, et al. Characteristics of patients with orofacial granulomatosis. Oral Dis. 2011;17:696-704.
6. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. J Am Dent Assoc. 1986;112:50-57.
7. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. Oral Dis. 2003;9:188-195.
8. Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. Community Dent Oral Epidemiol. 1993;21:323-324.
9. Farman AG. Hairy tongue (lingua villosa). J Oral Med. 1997;32:85-91.
10. Motalebnejad M, Babaei N, Sakhdari S, et al. An epidemiologic study of tongue lesions in 1901 Iranian dental outpatients. J Contemp Dent Pract. 2008;9:73-80.
11. 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;30:390-395.
12. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. Oral Dis. 2006;12:381-386.

13. Gonzaga HF, Marcos EV, Santana FC, et al. HLA alleles in Brazilian patients with fissured tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:e166-e170.
14. Manabe M, Lim HW, Winzer M, et al. Architectural organization of filiform papillae in normal and black hairy tongue epithelium: dissection of differentiation pathways in a complex human epithelium according to their patterns of keratin expression. *Arch Dermatol*. 1999;135:177-181. [Texto completo](#)
15. Picciani BL, Carneiro S, Sampaio AL, et al. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:865-874.
16. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C, et al. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *Am J Med*. 2002;113:751-755.
17. Andersson G, Vala EK, Curvall M. The influence of cigarette consumption and smoking machine yields of tar and nicotine on the nicotine uptake and oral mucosal lesions in smokers. *J Oral Pathol Med*. 1997;26:117-123.
18. Sureshbabu R, Kumari R, Ranugh S, et al. Phenotypic and dermatological manifestations in Down syndrome. *Dermatol Online J*. 2011;17:3. [Texto completo](#)
19. Daneshpazhooh M, Nazemi TM, Bigdeloo L, et al. Mucocutaneous findings in 100 children with Down syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2007;24:317-320.
20. Gurvits GE, Tan A. Black hairy tongue syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20:10845-10850. [Texto completo](#)
21. Nisa L, Giger R. Lingua plicata. *CMAJ*. 2012;184:E241. [Texto completo](#)
22. Byrd JA, Bruce AJ, Rogers RS III. Glossitis and other tongue disorders. *Dermatol Clin*. 2003;21:123-134.
23. Winzer M, Gilliar U, Ackerman AB. Hairy lesions of the oral cavity: clinical and histopathologic differentiation of hairy leukoplakia from hairy tongue. *Am J Dermatopathol*. 1988;10:155-159.
24. Sudarshan R, Sree Vijayabala G, Samata Y, et al. Newer classification system for fissured tongue: an epidemiological approach. *J Trop Med*. 2015;2015:262079. [Texto completo](#)
25. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, et al. Geographic tongue treated with topical tacrolimus. *J Dermatol Case Rep*. 2010;4:57-59. [Texto completo](#)
26. Kullaa-Mikkonen A, Sorvari T. Lingua fissurata: a clinical, stereomicroscopic and histopathological study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1986;15:525-533.
27. Sarti GM, Haddy RI, Schaffer D, et al. Black hairy tongue. *Am Fam Physician*. 1990;41:1751-1755.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Konrad S. Staines, BChD, FDS RCS (Eng), MOMED RCS (Edin), FHEA

Consultant Senior Lecturer in Oral Medicine

School of Oral and Dental Science, University of Bristol, Bristol, UK

DIVULGAÇÕES: KSS declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Konrad S. Staines would like to gratefully acknowledge Professor Aisha Sethi, the previous contributor to this monograph. AS declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Nuala O'Donoghue, MBBS

Consultant Dermatologist

St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

DIVULGAÇÕES: NOD declares that she has no competing interests.

Issac van der Waal, DDS, PhD

Professor of Oral Pathology

Head of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Oral Pathology, VU University Medical Centre and Academic Centre for Dentistry, Amsterdam, The Netherlands

DIVULGAÇÕES: IVDW declares that he has no competing interests.