

Queilite actínica: relato de caso

Actinic cheilitis: case report

Evalanne Pessoa Tenorio¹, Jéssica Augusta Paula dos Santos², Sonia Maria Soares Ferreira³, Fernanda Braga Peixoto⁴, Camila Maria Beder Ribeiro⁵

RESUMO

A Queilite Actínica (QA) é uma condição clínica que acomete o vermelhão do lábio inferior intimamente relacionada com com exposição excessiva à luz solar. Geralmente acomete o sexo masculino acima de 45 anos. O caso apresenta um paciente gênero masculino, leucoderma, 59 anos, com lesão de atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, superfícies lisas, manchas eritroleucoplásticas, limites nítidos e formato irregular. O diagnóstico clínico foi de Queilite Actínica. A biópsia incisional foi conduzida e apresentou microscopicamente um epitélio estratificado pavimentoso hiperqueratinizado com áreas de acantose, a lâmina própria era fibrosa, exibia infiltrado inflamatório crônico e uma faixa basofílica amorfa e acelular consistente com elastose solar proeminente e um quadro de Displasia Moderada. O tratamento proposto foi a vermelhectomia, mas houve recusa do paciente em realizar esse procedimento. Diante das alterações, percebe-se a importância do cirurgião- dentista na precisão do diagnóstico precoce e tratamento, impedindo a transformação maligna da lesão.

Palavras-chave: Queilite. Queimadura solar. Lábio. Atrofia. Diagnóstico.

¹ Acadêmica do Curso de Odontologia no Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL- Brasil.

² Acadêmica do Curso de Odontologia no Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL- Brasil.

³ Cirurgião-Dentista. Doutora em Ciências. Professora titular do Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL- Brasil.

⁴ Cirurgião-Dentista. Mestra em Ensino na Saúde. Professora titular do Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL- Brasil.

⁵ Cirurgião-Dentista. Doutora em Estomatopatologia. Professora titular do Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL- Brasil.

Instituição:

Centro Universitário Cesmac
Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde.
Maceió, AL- Brasil.

* Autor Correspondente:

Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani
E-mail: camilabeder@hotmail.com

Recebido em: 20/05/2016.

Aprovado em: 19/07/2018.

ABSTRACT

Actinic cheilitis (AC) is a common clinical condition which affects the lower lip vermilion closely related to excessive exposure to sunlight. Usually affects males above 45 years. The case features a male patient, leucoderma, 59, edge of atrophic lesion of the lower lip vermilion, smooth surfaces, eritroleucoplásticas spots, clear limits and irregular shape. The clinical diagnosis was Actinic cheilitis. The incisional biopsy was conducted and microscopically presented a stratified epithelium hiperqueratinizado with areas of acanthosis, the lamina propria was fibrous, showed chronic inflammatory infiltrate and basophilic amorphous band and acellular consistent with prominent solar elastosis and Dysplasia Moderate frame. The proposed treatment was vermilionectomy but was patient refusal to perform this procedure. Faced with the changes, we see the importance of dental surgeon on the accuracy of early diagnosis and treatment, preventing malignant transformation of the lesion.

Keywords: Cheilitis. Sunburn. Lip. Atrophy. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Queilite Actínica (QA) é uma condição clínica inflamatória (10 a 20%) que afeta o vermelhão do lábio inferior quando há exposição excessiva e crônica aos raios solares. Outros fatores como álcool e tabagismo podem elevar a chance de malignização.^{1,2} Pode-se dizer que trata-se de um processo neoplásico “in situ”, visto que depende do grau de displasia epitelial encontrada, o qual tem graus que variam do leve, moderado, intenso e in situ a depender da extensão do acometimento dos estratos epiteliais.^{3,4}

No Brasil, a QA destaca-se por se tratar de um país tropical e ter parte da sua economia baseada em trabalhadores rurais que ficam expostos de maneira prolongada ao sol, podendo causar danos irreparáveis sem a proteção adequada. Estima-se que 95% dos casos de câncer de lábio originam-se da QA.³

Essa lesão afeta principalmente indivíduos leucodermas, gênero masculino e com a faixa etária acima dos 40 anos. Clinicamente, a QA pode apresentar-se de forma aguda (menos comum) e de forma crônica.^{4,5}

A forma aguda que está relacionada a episódios de intensa exposição ao sol é caracterizada pelo surgimento de edema e vermelhidão, podendo evoluir para vesículas, bolhas, crostas e ulcerações; regredindo após a remoção do agente etiológico.^{1,6}

A forma crônica desenvolve-se como uma elevação do lábio inferior até a comissura, provocada por exposição solar contínua. É possível observar lesões geralmente assintomáticas com atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio, alterações de cor com áreas eritroleucoplásticas, perda da plasticidade e erosão em alguns casos.^{1,6}

O exame histopatológico apresenta epitélio escamoso hiperplásico ou atrófico, atipia celular, aumento da atividade mitótica, graus variados de displasia epitelial, infiltrado de células inflamatórias crônicas. O tecido conjuntivo mostra

degeneração basofílica de colágeno denominada elastose solar.^{3,4,5}

O diagnóstico da QA é baseado nos achados clínicos, histopatológicos e no histórico de exposição solar. O diagnóstico diferencial pode ser carcinoma epidermóide, herpes recorrente, líquen plano, ressecamento labial, leucoplasia, eritroplasia, lúpus eritematoso, queimaduras, queratoacantomias, queilite irritativa, idiopática ou granulomatosa.¹

A literatura desceve uma taxa de transformação maligna de 6% a 10% dos casos relatados de QA em função do tempo. Geralmente desenvolve-se um carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Essa taxa de transformação maligna ocorre após os 60 anos de idade, e este carcinoma tipicamente aumenta de tamanho lentamente e metastatiza somente em um estágio tardio.⁴

As características histopatológicas da QA são importantes para o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento da lesão. Estes fatores podem espelhar-se no tempo do primeiro diagnóstico destas lesões, na idade do paciente, na frequência e a intensidade de exposição aos raios solares, e a associação com fatores de risco, como o tabaco e o álcool.⁷

Várias formas de tratamento da queilite actínica são listadas: aplicação de 5-fluouracil, peeling com ácido tricloroacético a 50%, eletrocirurgia, terapia fotodinâmica, laser de CO₂, vermelhectomia, criocirurgia e dermoabrasão.⁸

Em virtude da relevância do potencial maligno dessa lesão, é importante expor suas principais características e compara-las com a literatura para a detecção precoce e o diagnóstico mais acurado da QA e assim, trazer impacto positivo no prognóstico destas lesões.

RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 59 anos, leucoderma, compareceu a uma Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Cesmac queixando-se de uma “ferida no lábio”. O paciente relatou que era trabalhador rural desde

criança e que havia sangramento constante em seus lábios e um quadro de sensibilidade acentuada, não sabendo informar com precisão o surgimento dessas manifestações.

No exame clínico intraoral foi observado apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio inferior, com superfícies lisas e manchas eritroleucoplásticas, limites nítidos, formato irregular e não infiltrativa (Figura 1). A hipótese diagnóstica clínica foi Queilite Actínica e a conduta exercida foi a realização de uma biópsia incisional com remoção de fragmentos de duas regiões do lábio inferior e remoção de pontos após 7 dias. Na análise histopatológica das duas peças do lábio inferior observou-se fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso hiperqueratinizado com áreas de acantose (Figura 2). A lâmina própria era fibrosa e exibia infiltrado inflamatório crônico e uma faixa basofílica amorfa e acelular consistente com elastose solar proeminente (Figura 3). O corte histológico apresentou atipias celulares, pleomorfismo e hiperchromatismo. Após a correlação clínica e histopatológica foi elaborado o diagnóstico de QA com diagnóstico de Displasia Moderada.



Figura 1. No exame clínico intraoral foi observado apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio inferior, com superfícies lisas e manchas eritroleucoplásticas, limites nítidos, formato irregular e não infiltrativa.

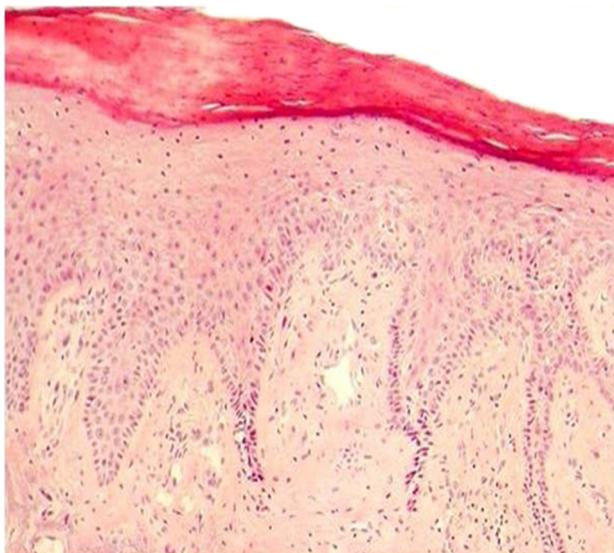


Figura 2. Na análise histopatológica das duas peças do lábio inferior observou-se fragmentos de mucosa revestidos por epitélio estratificado pavimentoso hiperqueratinizado com áreas de acantose

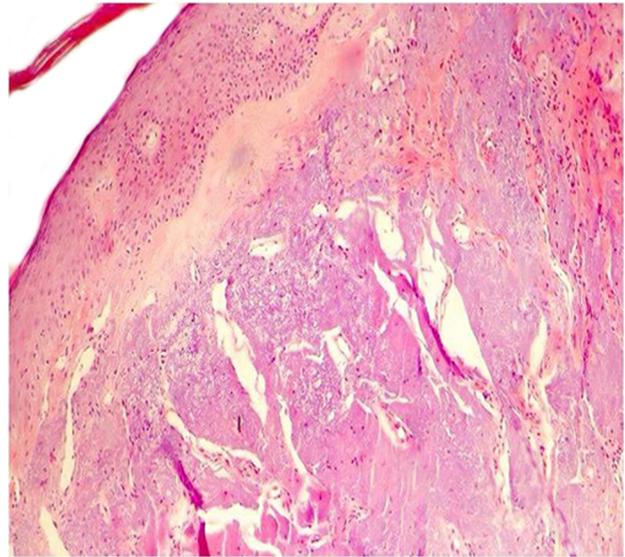


Figura 3. A lâmina própria era fibrosa e exibia infiltrado inflamatório crônico e uma faixa basofílica amorfa e acelular consistente com elastose solar proeminente

O tratamento proposto foi uso de chapéu para evitar o aparecimento de lesões na pele do rosto e couro cabeludo, filtro solar labial com fator de proteção 30 aplicado de duas em duas horas durante o dia, acompanhamento clínico periódico e realização da vermelhectomia, havendo uma recusa do paciente em realizar esse procedimento.

DISCUSSÃO

O caso relatado exibe características clínicas e histopatológicas semelhantes com outros casos de queilite actínica crônica encontrados na literatura, com apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio inferior, com superfícies lisas e manchas eritroleucoplásticas.^{3,6}

A queilite actínica é uma lesão com potencial de transformação maligna, mais frequente em homens de pele clara, acima de 40 anos e com exposição frequente ao sol. Neste caso, o paciente é leucoderma, possui 59 anos, gênero masculino e relatou que já foi trabalhador rural.^{4,7}

O diagnóstico da lesão deve estar baseado na anamnese, exame físico e exame histopatológico. Na anamnese é colhida as informações sobre o caso com o paciente, como os sintomas da doença, tempo de surgimento da lesão, fatores de risco. O exame físico é importante para descrever as alterações teciduais da lesão e assim, formular uma hipótese de diagnóstico clínico. Ainda existe o diagnóstico diferencial, que pode ser carcinoma epidermóide, herpes recorrente, líquen plano, ressecamento labial, leucoplasia, eritroplasia, lúpus eritematoso, queimaduras, queratoacantomas, queilite irritativa, idiopática ou granulomatosa.¹ Neste caso, devido as alterações observadas clinicamente, queixa e histórico do paciente, o diagnóstico clínico foi de QA.

A obtenção da biópsia incisional e do exame histopatológico são utilizados para o diagnóstico final do caso. Deve ser feita uma avaliação do resultado da biópsia, porque este pode apresentar variados níveis de atipia celular, o que indica o potencial de transformação maligna da lesão. O exame histopatológico do paciente apresentou elastose solar proeminente, característica marcante da queilite actínica. Também apresentou um nível de displasia moderada com atipias

celulares, pleomorfismo e hiperchromatismo que corrobora com os dados observados na literatura.^{4,5,6}

A alternativa de tratamento que proporciona facilidade em sua execução e resultados estéticos satisfatórios para queilite actínica é a vermelhectomia, pois além de ser um procedimento curativo é também preventivo.⁸ Esse procedimento tem como objetivo remover total ou parcialmente o vermelhão do lábio do paciente, para após isso, suturar a mucosa labial à pele.^{2,9} Foi proposto ao paciente para seguir o tratamento com a vermelhectomia, porém o mesmo se negou a realizá-la.

Um relato exposto dessa maneira visa orientar os profissionais para um melhor entendimento de saúde sobre os aspectos clínicos da queilite actínica e então, contribuir na formulação de medidas educativas e preventivas, bem como garantir uma terapêutica mais adequada.

CONCLUSÃO

A Queilite Actínica é uma lesão maligna “in situ” que afeta o lábio inferior e apresenta características clínicas e histopatológicas peculiares para o seu diagnóstico, pois pelas condições anatômicas dos lábios pode se tornar maligna mais rapidamente do que as lesões de pele, portanto é importante que seja realizada uma boa anamnese para o cirurgião-dentista, ter precisão do diagnóstico precoce e tratamento, impedindo a transformação maligna da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. *Conscientiae Saúde*. 2007; 6 (1): 105-110.
2. Santos EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KN, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab*. 2009 jun; 45 (3): 233-8.
3. Miranda AMO, Ferrari TM, Calandro TLL. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Rev Saúde e Pesquisa*. 2011 jan-abr; 4 (1): 67-72.
4. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 2016. *Queilose Actínica (Queilite Actínica)*; p.406-8.
5. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Patologia Oral correlações clinicopatológicas*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. *Lesões Cancerizáveis ou Potencialmente Malignas- Queilite Actínica*; p. 83-4.
6. Araújo CP, Barros AC, Lima AAS, Azevedo RA, Ramalho L, Santos JN. Estudo histológico e histoquímico da elastose solar em lesões de queilite actínica. *R Ci méd biol*. 2007 mai-ago; 6 (2):152-9.
7. Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF, Figueiredo CRLV, Santos MGC, Lira CC. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. *Rev Odontol UNESP*. 2014; 43 (6): 384-9.
8. Rosseo EWT, Tebcherani AJ, Sittart JA, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. *Guarulhos: An Brasil Dermatol*. 2011 jan-fev; 86 (1).

9. Cintra JS, Torres SCM, Silva MBF, Manhães Júnior LRC, Silva Filho JP, Junqueira JLC. Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia-SP. Rev Reg Aracatuba Assoc Paul Cir Dent. 2013; 67 (2): 118-121.

Tabela 2. Relação dos patógenos entre os pacientes que evoluíram para colonização crônica, na coorte acompanhada no HIJPII de pacientes com Fibrose Cística.

Patógeno	Culturas positivas	Colonização crônica	Média de idade da primeira infecção	Média de idade da colonização crônica.
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível	305	31 pacientes (72,1%)	2 meses (DP 3)	9 meses (DP 6)
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente	46	5 pacientes (11,6%)	8,9 meses (DP 6,7)	15 meses (11)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> não mucoide	71	7 pacientes (16,3%)	4 meses (DP 11)	7 meses (DP 3)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> mucoide	51	1 pacientes (2,3%)	6 meses (DP 7)	4 meses
<i>S maltophilia</i>	11	Nenhum	20 meses (DP14)	0
<i>B cepacea</i>	10	Nenhum	16 meses (DP 12)	0

Tabela 3. Análise univariada - Comparação dos valores de peso com as covariáveis relacionadas em 43 pacientes fibrocísticos acompanhados no HIJPII, no período de 2003 a 2009.

Variáveis	Parâmetros da covariável	Coefficiente	IC 95%	Valor de p
Tempo		1		<0.001
Sexo		50,8	-1532,96 - 1634,56	0,95
Mutação delta F508	Mutação presente	565,38	-1241,35 - 2372,11	0,54
Albumina	>3,0	2071,81	982,33-3161,27	<0,01
Insuficiência pancreática	Sim	1522,23	583,61 -2460,85	0,0015
Íleo meconial	Sim	25,8	-13,6 - 65,20	0,20
<i>Pseudomonas</i> mucoide/não mucoide	Colonizado	2476,82	1307,88 - 3645,76	<0,01
<i>S. aureus</i>	Colonizado	3986,25	3361,01 - 4611,49	<0,01
MARSA	Colonizado	4021,27	2745,90 - 5296,64	<0,01