

2 Queilite Actínica

Associação Entre Radiação Actínica e Trauma

INTRODUÇÃO

A queilite actínica é uma alteração comum, podendo se apresentar como ressecamento, atrofia ou ulcerações da semimucosa labial. É uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios e afeta com maior frequência o lábio inferior que é mais exposto ao sol, sendo que o superior também pode ser afetado de forma menos frequente¹.

Esse tipo de alteração é mais comum em homens de pele clara, pois estão mais frequentemente expostos por longos períodos ao sol, além disso, as mulheres fazem uso mais constante dos meios de proteção. Essa lesão é um processo crônico que requer anos de exposição ao sol para que apareçam alterações epiteliais e sua progressão pode ser minimizada pelo uso de protetor solar e chapéu de aba larga durante as exposições^{1,3}.

O Cirurgião-Dentista exerce um papel importante no diagnóstico e acompa-

- **Carina Domaneschi**
- **Sylvia Gouveia dos Santos**
Cirurgiãs-Dentistas

- **Claudia Maria Navarro**
- **Elaine M. S. Massucato**

Professoras Assistentes Doutoradas da Disciplina de Diagnóstico Bucal do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da FO/Araraquara/UNESP

- **Maria Regina Sposto**
Professora Adjunta da Disciplina de Diagnóstico Bucal do Depto. de Diagnóstico e Cirurgia da FO/Araraquara/UNESP



Fig. 1 - Exame inicial.

nhamento dessas alterações de mucosa labial, pois estão localizadas em áreas de limite externo da cavidade bucal.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico e realizar uma discussão sobre as características clínicas, histopatológicas, assim como o diagnóstico e os possíveis tratamentos da queilite actínica.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente M.F.S., sexo feminino, branco, 29 anos, gari, sem alterações sistêmicas relatadas em sua história médica, foi encaminhada ao Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP por uma Cirurgiã-Dentista, com queixa de "feridas" e dor no lábio inferior. A paciente apresentava o hábito de interposição de língua, que era facilitado pelo mau posicionamento dos dentes anteriores superiores. Ao exame clínico, visualizamos ressecamento do lábio inferior com descamação e áreas ulceradas associadas a placas brancas, sendo que havia também uma mancha de cor acastanhada, limites irregulares e tamanho de 3 mm no seu maior diâmetro. A paciente relatava sintomatologia dolorosa e ardência ao movimentar os lábios e as hipóteses diagnósticas foram: queilite actínica ulcerada, pênfigo vulgar para as áreas ulceradas e nevo pigmentado para a área acastanhada. Foi realizada biópsia incisional na área ulcerada e biópsia excisional da lesão pigmentada (Figura 1).

No exame histopatológico da área ulcerada com placa branca associada, observou-se acantose com hiperplasia parabasal sobreposta por paraceratose, ausência de clivagem epitelial, infiltrado linfo-plasmocitário difuso cujo diagnóstico foi de queilite actínica sem atipias (Figura 2). A biópsia excisional da mancha de cor castanha mostrou hiperplasia melanocítica lentiginosa basal sem atipias com alongamento de pontes inter-epiteliais, alguns melanóforos e linfócitos esparsos sendo que o diagnóstico foi de nevo lentiginoso labial, sem atipias (Figura 3). Notamos no retorno que a paciente tinha o hábito de apoiar os dentes incisivos superiores na mucosa labial inferior, além da interposição de língua já observada.

Foi receitado protetor labial FPS 30 e orientada quanto ao uso de chapéu e após a reparação das áreas de biópsia, a paciente foi submetida à moldagem para confecção de apare-



Fig. 2 - Hiperqueratose e hiperplasia epitelial - HE 400X.

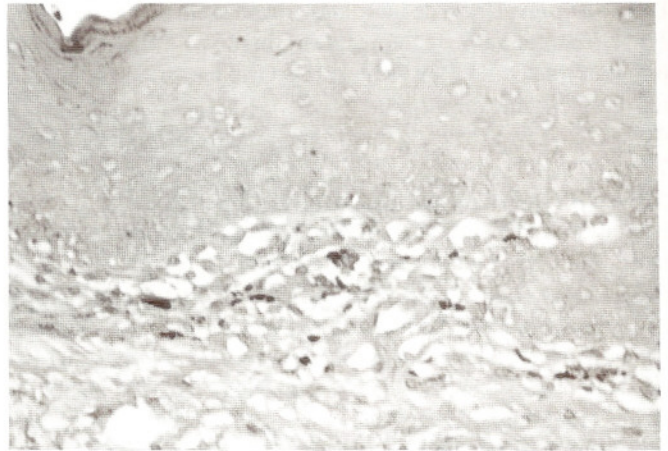


Fig. 3 - Melanócitos e elastose (nevo lentiginoso) - HE 400X.

lho ortodôntico para interceptação do hábito de interposição dos dentes anteriores e da língua. O aparelho foi instalado e a paciente instruída quanto ao seu uso (Figura 4). Após dois meses de acompanhamento, a mucosa labial apresentou melhora, não se observando áreas de ulceração além da melhora no posicionamento dos dentes (Figura 5). No retorno de nove meses de acompanhamento, observou-se que a mucosa labial inferior apresentava placas brancas espessas e houve relato da paciente ter negligenciado o uso do aparelho ortodôntico e dos meios de proteção (chapéu e protetor labial) (Figura 6).

A paciente foi novamente orientada e está sendo acompanhada por este Serviço em retornos anuais, pois eventualmente este quadro pode apresentar recorrências e evoluir para displasias ou até mesmo carcinoma.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A etiologia da queilite actínica está associada à exposição excessiva aos raios ultravioleta, ocorrendo principalmente no lábio inferior de indivíduos de pele clara, nos quais a pigmentação melânica é menor que nos indivíduos de pele mais escura ou negra. Assim, alguns aspectos são importantes no desenvolvimento da queilite actínica, a frequência e intensidade da exposição solar além do grau de pigmentação cutânea. Pelo fato de ser um processo crônico, a queilite actínica requer

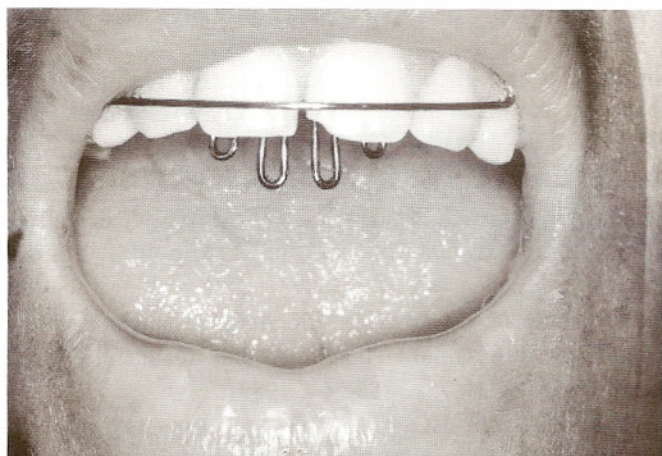


Fig. 4 - Aparelho ortodôntico a ser colocado.



Fig. 5 - Dois meses depois, mucosa labial inferior íntegra.

décadas de exposição solar para que os danos apareçam, por isso é comum que os pacientes com lesão tenham mais de 50 anos ou pode ocorrer mais precocemente naqueles expostos mais intensamente à radiação solar, como os marinheiros, os agricultores^{2,5,6,7} e, no caso em discussão, os garis.

A superfície do lábio apresenta-se atrofica e pálida em alguns casos, podendo ser notado padrão focal, homogêneo, com placas de coloração branco-leitosa, permeadas às áreas atroficas^{4,5}. As áreas brancas podem ter superfície lisa ou moderadamente rugosa, com bordas bem definidas e de contorno irregular, às vezes não se alterando durante vários meses de observação. A perda da delimitação entre semimucosa e pele quase sempre está presente e pode-se observar, às vezes, hiperpigmentação, descamação, crostas, fissuras e ulcerações superficiais associadas^{4,10}. Quando há remoção das crostas pode ocorrer um leve sangramento e a formação de novas crostas com sensação de ressecamento e ardência, podendo induzir o paciente a um contínuo movimento da língua sobre os lábios, com possível surgimento de infecções bacterianas ou fúngicas, associadas ao quadro clínico inicial.

Além do dano causado pela exposição solar, outros fatores têm sido relacionados ao estímulo físico, a predisposição genética, os fatores nutricionais^{8,9} e, neste caso, o trauma.

A queilite actínica pode se apresentar da forma aguda ou crônica, sendo que a primeira pode ocorrer em qualquer idade, principalmente no lábio inferior, depois de um período de exposição intensa à luz solar⁹. A queilite na sua forma crônica é caracterizada por placa branca hiperqueratótica interposta por áreas eritematosas irregulares. A descamação e o ressecamento podem ser um incômodo ao paciente quando da movimentação dos lábios⁵.

A queilite actínica deve ser diferenciada das injúrias agudas provocadas por queimaduras solares, ressecamento labial ou mesmo lesões herpéticas secundárias, sendo que as últimas tendem a se reparar em alguns dias. Eventualmente a queratose friccional tem aparência clínica semelhante, principalmente quando estão presentes placas brancas, mas a identificação do fator traumático é importante e deve ser realizada. Este pode ser um simples hábito (morder ou passar a língua no lábio) ou associado a um vício (uso de cigarro no mesmo local)



Fig. 6 - Placas brancas e manutenção da integridade da mucosa labial inferior após nove meses de acompanhamento.

e algumas vezes a interferência do uso de um aparelho (ortodôntico extra-oral), mas estes pacientes não costumam apresentar alterações da pele facial. Outras condições também devem ser levantadas no diagnóstico diferencial da queilite actínica, sendo elas, o líquen plano, o lupus eritematoso discóide, o pênfigo vulgar e nas áreas ulceradas, o carcinoma espinocelular.

A eventual transformação da queilite actínica em carcinoma de lábio pode ocorrer gradualmente, num período de vários anos. Sinais como placas brancas com aspecto heterogêneo, úlceras com bordas mal delimitadas e elevadas que não tendem à cicatrização, podem ser indicativos de displasia epitelial ou carcinoma espinocelular.

O diagnóstico final de queilite actínica é feito através da história e exame clínicos apropriados e, quando necessário complementados com a realização de biópsia e análise do histológico.

Em casos menos severos deve-se recomendar ao paciente reduzir ao máximo a frequência de exposição à radiação solar e os pacientes fumantes devem ser estimulados a abandonar o vício. A prescrição de meios de proteção solar tais como chapéu de aba larga e aplicação sistemática de bloqueador solar na pele e nos lábios deve fazer parte do protocolo de tratamento e acompanhamento. Todos os pacientes devem ser

acompanhados em retornos periódicos para avaliação clínica e reforço das medidas de proteção².

Áreas atróficas, ulceradas ou espessas são os locais de escolha para a realização da biópsia incisional, pois sugerem alterações displásicas ou carcinoma. A palpação dos lábios é importante para que se possam detectar áreas endurecidas que requerem biópsia⁹. Histologicamente, hiperqueratose e aumento da camada granulosa ou atrofia podem ser observados. Elastose com degeneração basofílica de colágeno e fibras elásticas na derme, somada à inflamação leve ou moderada na lâmina própria são características desse tipo de lesão. A displasia pode variar de leve até severa ou carcinoma in situ, ou mesmo carcinoma espinocelular invasivo^{1,5,11,12}. Em áreas displásicas deve-se realizar a remoção da semimucosa labial, sendo esta técnica chamada de "lip stripping"^{1,5}.

A prescrição do uso de protetor labial deve ser realizada após a cirurgia e qualquer nova área suspeita deverá ser biopsiada.

Atualmente há relatos^{11,13,14} de tratamento da queilite actínica através da aplicação do laser de alta e baixa intensidade, que oferece vantagens como sendo uma técnica simples e de rápida aplicação, localizada e hemostática, com a aplicação há a manutenção do contorno natural do lábio, sua morbidade é mínima, não há necessidade de hospitalização e apresenta excelentes resultados estéticos e funcionais. Porém, com o uso desta técnica o material removido não é adequado para exame histológico que é essencial para a pesquisa da displasia.

O paciente com queilite actínica também deve ser encaminhado ao Dermatologista caso haja alguma lesão pigmentada, descamativa ou algum espessamento epitelial que sugira alteração maligna na pele da face.

O diagnóstico diferencial das lesões da semimucosa labial inferior é de grande importância e responsabilidade para o Cirurgião-Dentista, pois sua prevalência é elevada sendo que, muitas vezes a identificação é difícil devido à associação de variados fatores causadores além da grande prevalência também de carcinomas associados a essas lesões ou originários das mesmas.

RESUMO

A queilite actínica é uma alteração causada pela exposição crônica aos raios ultravioleta, afetando mais indivíduos do sexo masculino e de pele clara. Este trabalho objetivou o estudo e a apresentação de um caso clínico dessa alteração no lábio inferior, com diagnóstico histopatológico de queilite actínica sem atípicas. Foram também discutidos as diferentes formas clínicas, os aspectos histológicos, os possíveis tratamentos além da preservação e da responsabilidade do Cirurgião Dentista nesses casos.

SUMMARY

Actinic cheilitis is an alteration caused by chronic exposition to solar ultraviolet radiation reaching more mens and fair-skinned people. This report presents one clinical case with management and histopathological aspects of cheilitis associated with trauma and actinic exposition. It is discussed

the clinical and histopathological aspects, treatments and follow-up as well as the General Dentistry involvement.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - COLEMAN, C.G.; NELSON, J.F. Princípios de diagnóstico bucal. Rio de Janeiro, 1996, cap. 15, p. 193. Editora Guanabara Koogan.
- 2 - MAIN, J.H.P.; ROBINSON, J.K. Actinic Cheilitis: a review of etiology, differential diagnosis, and treatment. J. AM. Acad. Dermatol. v.17, p. 255-264, 1987.
- 3 - GIRARD, K.R.; HOFFMAN, B.L. Actinic cheilitis: report of a case. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. v. 50, p.21-24, 1980.
- 4 - PIRES, F.R.; BUENO, R.H.; ALVES, F.A.; ALMEIDA, O.P. Queilite actínica: aspectos clínicos e preventivos. Rev. da APCD. v. 55, n.3, p.200-203, 2001.
- 5 - KAUGARS, G.E. ET AL. Actinic cheilitis: a review of 152 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. v.88, n.2, p.181-186, 1999.
- 6 - PICASCIA, D.D.; ROBINSON, J.K. Actinic cheilitis: a review of etiology, differential diagnosis and treatment. J Am Acad Dermatol. v.17, n.21, p. 255-264, 1987.
- 7 - TOMMASI, A.F. Diagnóstico em patologia bucal. cap. 22, p.342-343, 1982. Editora Artes Médicas.
- 8 - AWDE, J.D. et al. Lip cancer: a review. J Can Dent Assoc. v.62, n.8, p. 634-636, 1996.
- 9 - MANGANARO, A.M. et al. Actinic cheilitis: premalignant condition. Gen Dent. v. 45, n.5, p.492-494, 1997.
- 10 - REGEZI & SCCUBA. Patologia bucal - correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro. cap. 3, p.63-64, 1989. Editora Guanabara Koogan.
- 11 - ROBINSON, J.K. Actinic cheilitis: a prospective study comparing four treatment methods. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. v.115, p.848-852, 1989.
- 12 - NEVILLE, B.W. et al. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphia: W.B. Saunders. cap.10, p.292-316, 1995.
- 13 - VAN DER WALL, et al. Diagnostic and therapeutic problems of oral precancerous lesions. Int J Oral Maxillofac Surg. v.15, p.790-798, 1986.
- 14 - SEXTON, J. Carbon dioxide laser treatment for actinic cheilitis. J Oral Maxillofac Surg. v. 51, p.953-954, 1993. (letter)