

Tratamento cirúrgico da queilose actínica

Surgical treatment of actinic cheilitis

Paulo César Rodrigues VÉO¹
Rogério Estevam FARIAS²
Raquel Simões Silva STEHLING³
Eduardo Stehling URBANO³

RESUMO

A queilite actínica é uma alteração dos lábios causada pela exposição crônica aos raios solares ultravioleta. É comum em indivíduos idosos de pele clara e que mantêm hábitos ocupacionais ou de lazer ao ar livre, expondo-se à radiação actínica. Este trabalho comenta as características clínicas e a relação com os achados microscópicos, assim como o diagnóstico e formas de tratamento da queilose actínica. É ressaltada a importância de sua detecção precoce, da instituição de medidas preventivas e do controle clínico dos pacientes visando evitar o desenvolvimento do câncer de lábio inferior. O presente estudo buscou demonstrar um caso clínico de queilose actínica no qual serão observadas fotos de todo o tratamento, desde sua detecção clínica (observação da lesão difusa, em placa, com bordos levemente eritematosos e pequenos pontos de solução de continuidade), comprovação histopatológica através de biópsia incisiva, etapas cirúrgicas até o pós-operatório de 3 meses, observando-se cicatrização total e ausência da lesão pré-existente. Logo, torna-se de grande importância o conhecimento deste tipo de lesão já que seu alto potencial de malignização para carcinoma de células escamosas apresenta grande risco à saúde geral do paciente, levando-o a posteriores mutilações ou até mesmo ao óbito por metástase, caso haja a instalação e progressão do carcinoma epidermóide.

Termos de indexação: cirurgia geral; diagnóstico; queilite.

ABSTRACT

Actinic cheilitis is a change in the lips caused by chronic exposure to ultraviolet sun rays. It is common in older, fair skin individuals who work outdoors or have outdoor leisure activities and are constantly exposed to actinic radiation. This work discusses the clinical characteristics and their relationship with the microscopic findings, as well as diagnosis and treatment options for actinic cheilitis. The importance of early detection, implementation of preventive measures and clinical control of the patients to avoid lower lip cancer is emphasized. The present study presents a clinical case of actinic cheilitis with pictures taken during the entire treatment, including clinical detection (diffuse lesion, in plaque, with slightly erythematous borders and some loss of the sharp border between lip and skin), histopathological confirmation by incisional biopsy, surgical stages and 3 months after surgery, showing complete healing and absence of the preexisting lesion. This, knowledge of this type of lesion is critical because of its potential to develop into squamous cell carcinoma, which would represent a great risk for the general health of the patient who would later need to be mutilated or even die due to metastases if carcinoma develops and progresses.

Indexing terms: general surgery; diagnosis; cheilitis.

INTRODUÇÃO

A queilite actínica é uma alteração pré-maligna do vermelhão do lábio inferior¹. Resulta da exposição excessiva ou por longo período ao componente ultravioleta da radiação solar². É um problema limitado com predominância em pessoas de pele clara com tendência a se bronzear facilmente³. A queilose actínica é semelhante à ceratose actínica da pele em seu comportamento biológico e fisiopatológico⁴⁻⁵. Muitos

estudos demonstram associação entre queilite actínica e carcinoma de células escamosas⁶⁻¹⁰. A queilite actínica apresenta grande predileção pelo lábio inferior e pode ser visualizada de três maneiras como lesões brancas em forma de placa não ulceradas, erosões ou úlceras no lábio ou uma forma mista de lesão branca e ulcerada¹⁰.

O objetivo deste trabalho foi demonstrar um caso de queilite actínica desde seu diagnóstico clínico e histopatológico até a remoção total da lesão pela técnica cirúrgica conhecida como vermelhnectomia.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Departamento de Odontologia. Av. Dom José Gaspar, 500, Coração Eucarístico, 30535-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: PCR VÉO. E-mail: <pauloveo@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Centro de Biologia da Reprodução, Laboratório de Imunopatologia e Patologia Experimental. Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, caucasiano, 61 anos, trabalhador rural há três décadas e tabagista por mais de 40 anos (cigarro de palha) apresentou-se em ambulatório com queixa de ardência na região de todo o lábio inferior sendo esta intensificada com exposição aos raios solares. Paciente relatou estar usando uma “pomada” por iniciativa própria sobre a região há mais de dois anos. Afirmou ainda que pequenos fragmentos superficiais da lesão destacam-se rotineiramente causando-lhe leves ferimentos. Durante o primeiro exame observou-se lesão difusa, em placa, com bordos levemente eritematosos e pequenos pontos de solução de continuidade sugerindo diagnóstico clínico de queilite actínica (Figura 1). A biópsia incisional foi realizada e encaminhou-se o espécime para avaliação histopatológica. O corte histológico evidenciou hiperplasia, hiperqueratose e discretas atipias em camadas inferiores da epiderme (Figura 5). A derme evidenciava degeneração basofílica do colágeno e epiderme hiperplasiada com discretas atipias e hiperqueratose (Figura 6). Após o laudo histopatológico de queilite actínica e lesão apresentando grande extensão, optou-se por realizar o ato cirúrgico conhecido como “vermelhnectomia” (remoção total do vermelhão do lábio inferior).

A cirurgia foi realizada em um centro cirúrgico, com o paciente sob sedação e anestesia local com solução de lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000. Após incisão linear envolvendo toda a lesão e o vermelhão do lábio inferior, realizou-se a divulsão, separando-se a epiderme (contendo a lesão) da lâmina própria subjacente. Destacou-se um retalho filiforme de pele medindo 4,8 x 1,0 x 0,3cm, apresentando, na superfície epidérmica, áreas esbranquiçadas elevadas e irregulares (Figura 2). A região cruenta remanescente foi recoberta por tecido divulsionado do vestibulo labial, o qual foi tracionado até recobrir toda a região e suturado por primeira intenção (Figura 3). Removeu-se a sutura 15 dias após a cirurgia e em 3 meses houve cicatrização total com ausência da lesão pré-existente (Figura 4).



Figura 1. Observação da lesão ao exame clínico durante a primeira consulta do paciente sugerindo o diagnóstico clínico de queilose actínica. Visualiza-se lesão difusa, em placa, com bordos levemente eritematosos e pequenos pontos de solução de continuidade.



Figura 2. Observação da peça cirúrgica (vermelhão do lábio) após sua remoção. Retalho filiforme de pele medindo 4,8 x 1,0 x 0,3 cm apresentando na superfície epidérmica áreas esbranquiçadas elevadas e irregulares.



Figura 3. Sutura da área cirúrgica em primeira intenção.

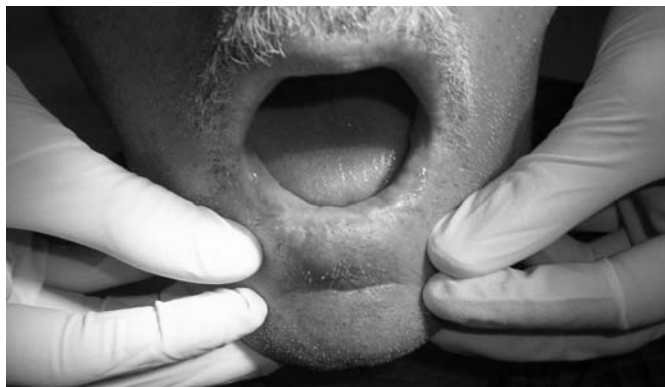


Figura 4. Observação do lábio inferior 3 meses após a cirurgia. Houve cicatrização total e ausência da lesão pré-existente.

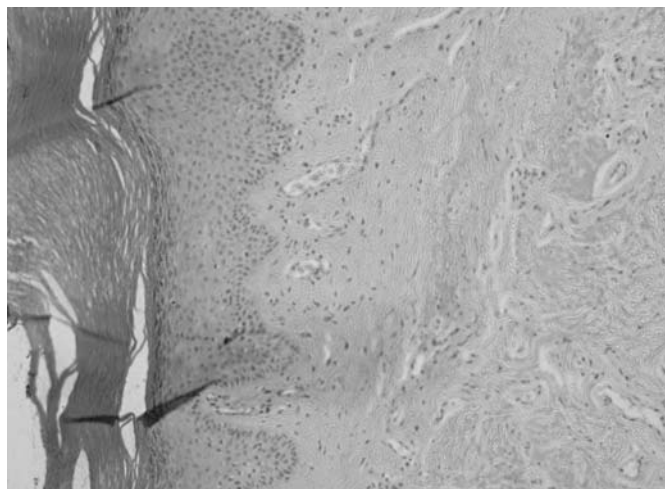


Figura 5. Corte histológico de pele exibindo hiperplasia, hiperqueratose e discretas atipias em camadas inferiores da epiderme. Derme evidencia degeneração basofílica do colágeno. HE200X.

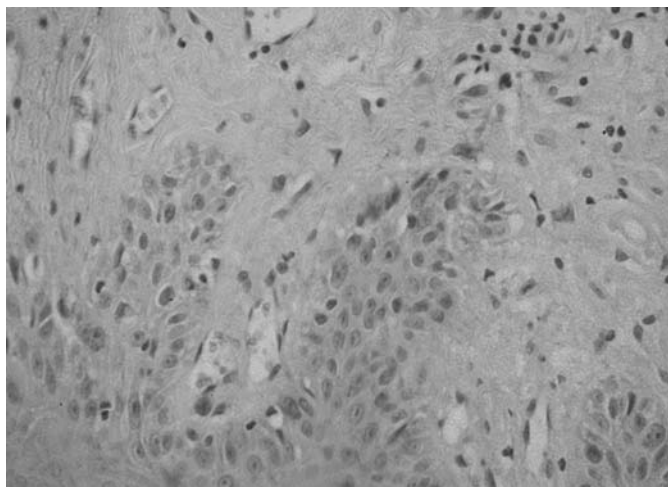


Figura 6. Corte histológico de pele mostra epiderme hiperplasiada com discretas atípias e hiperqueratose. HE400X.

DISCUSSÃO

Dentre as lesões cancerizáveis mais comuns que podem ocorrer na mucosa bucal, destacando-se a leucoplasia, eritroplasia, líquen plano, nevus pigmentado e o xeroderma pigmentoso¹¹, a queilite actínica é a principal lesão pré-neoplásica do lábio¹². O desconhecimento dos meios de proteção contra a radiação ultravioleta de trabalhadores rurais é um dado importante que condiciona ao aparecimento de lesões provenientes da exposição solar crônica nessa população¹³. Assim como foi fator determinante nesse trabalho, a exposição crônica ao sol é apontada como o principal agente etiológico, tanto para a queilite actínica como para o carcinoma epidermóide do lábio^{4,14-15}, afetando mais indivíduos do sexo masculino e de pele clara⁵. A exposição excessiva ao sol pode causar queimaduras, envelhecimento precoce da pele, catarata, imunossupressão além do câncer de pele¹⁶.

O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais frequente na cavidade bucal, sendo o lábio a área de maior incidência e a modalidade terapêutica mais empregada é a cirurgia¹⁷. Recentemente, pesquisas têm auxiliado no entendimento da etiopatogenia relacionada ao carcinoma de células escamosas sendo a radiação ultra-violeta o agente etiológico predominante⁴. A queilose actínica representa um estágio clínico inicial de lesões que podem evoluir para carcinoma de células escamosas, apresentando o maior potencial de malignização entre todas as lesões pré-cancerígenas com valores variando de 6% a 10% dos casos relatados pelos centros médicos³. Clinicamente a presença de áreas leucoplásicas e o tempo de evolução da lesão

actínica superior a 5 anos estão diretamente relacionados aos casos de atípias epiteliais mais graves¹⁸. O hábito de beber e fumar parece contribuir para a progressão da lesão e provável cancerização¹⁸⁻¹⁹. Histologicamente, a queilite actínica é normalmente caracterizada por um epitélio escamoso estratificado atrófico, frequentemente apresentando acentuada produção de ceratina, alteração basofílica no tecido conjuntivo conhecida como elastose solar (actínica) causada por ação dos raios ultra-violetas, além de infiltrado inflamatório perivascular¹⁰ sendo tais características evidenciadas neste trabalho. Contudo, nem sempre a biópsia é capaz de demonstrar as áreas de maior gravidade histológica já que as alterações epiteliais não ocorrem uniformemente ao longo da lesão²⁰. Muitas das alterações associadas à queilite actínica são provavelmente irreversíveis, mas os pacientes devem ser encorajados para a prevenção contra a exposição excessiva ao sol e a adequada utilização de filtros solares que representam importantes cuidados que devem ser observados como forma de reduzir os riscos de desenvolvimento do câncer de pele²¹.

Pacientes com queilite actínica podem ser tratados através de diferentes técnicas, dentre elas, a ablação com laser de CO₂ (terapia fotodinâmica) além da técnica apresentada neste estudo, a vermelhonectomia (remoção cirúrgica do vermelhão do lábio inferior)²²⁻²³. A terapia tópica com gel de diclofenaco a 3% também tem sido proposta como alternativa de se evitar um tratamento cirúrgico mais agressivo²⁴. Medidas preventivas que visam atenuar exposições solares futuras como o uso de protetores labiais com bloqueadores de raios ultravioletas, uso de bonés e diminuição no tempo de exposição ao sol em horários críticos (10h às 16h) devem ser seguidas após a realização de qualquer procedimento terapêutico utilizado para tratar a queilite actínica. Sendo assim, é de grande importância sua detecção precoce, a instituição de medidas preventivas e o controle clínico dos pacientes, visando evitar o desenvolvimento de câncer de lábio^{7,25}.

As lesões cancerizáveis podem manter-se estáveis, regredir ou sofrer transformações neoplásicas²⁶. Dentre as formas de tratamento, classicamente estabelecidas, repousa um elevado grau de subjetividade, logo, torna-se de suma importância o estudo de todos os aspectos clínicos e histopatológicos para um correto diagnóstico e posterior intervenção cirúrgica ou não, além de se excluir outras patologias sem potencial de cancerização. A queilite actínica por suas manifestações clínicas, frequência e potencial de malignização, tem maior relevância tanto para o clínico geral quanto para os especialistas que lidam diretamente com lesões da mucosa oral, como os dermatologistas, otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, estomatologistas, entre outros²⁷.

CONCLUSÃO

No presente estudo relatou-se um caso clínico de queilite actínica no qual foi possível observar a maior parte dos principais sinais clínicos e histopatológicos pertinentes ao diagnóstico conclusivo da doença em questão. Embora a biópsia seja um passo essencial para a confirmação da queilite actínica, nem sempre esta é capaz de demonstrar a associação com carcinoma epidermóide, pois o aspecto difuso de uma mesma lesão pode mostrar diferentes tipos histopatológicos em regiões distintas. Logo, torna-se imprescindível a atenção

dos profissionais correlacionados com a região de cabeça e pescoço no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento de lesões como a queilite actínica.

Colaboradores

PCR VÉO e EE URBANO foram responsáveis pela parte clínica, pela orientação e pela montagem do caso. RE FARIAS auxiliou na avaliação anátomo-patológica e na redação do artigo. RSS STEHLING auxiliou na revisão bibliográfica.

REFERÊNCIAS

- Santos JN, Sousa SO, Nunes FD, Sotto MN, Araújo VC. Altered cyokeratin expression in actinic cheilitis. *J Cutan Pathol.* 2003;30(4):237-41.
- Martínez A, Brethauer U, Rojas IG, Spencer M, Mucientes F, Borlando J, et al. Expression of apoptotic and cell proliferation regulatory proteins in actinic cheilitis. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(5):257-62.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.340-1.
- Huber MA, Terezhalmay GT. The patient with actinic cheilosis. *Gen Dent.* 2006;54(4):274-82.
- Peris K, Micantonio T, Piccolo D, Fagnoli MC. Dermoscopic features of actinic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007;5(11):970-6.
- Abreu MAMM, Silva, OMP, Pimentel DRN, Hirata CHW, Weckx LLM, Alchorne MMA, et al. Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(6):767-71.
- Pires FR, Bueno RH, Alves FA, Almeida OP. Queilite actínica: aspectos clínicos e preventivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2001;55(3):200-3.
- Santos JN. Expressão imuno-histoquímica de citoqueratinas, CD1a, β -100, p53, p21, PCNA e Ki-67 em queilite actínica. São Paulo: s.n; 2000.
- Pimentel PDRN, Michalany N, Alchorne M, Abreu M, Borra RC, Weckx L. Actinic cheilitis: histopathology and p53. *J Cutan Pathol.* 2006;33(8):539-44.
- Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis.* 2004;10(4):212-6.
- Marcucci G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal. *Rev Paul Odontol.* 1997;19(2):22-7.
- Pontes HAR, Aguiar MCF, Mesquita RA, Pontes FSC, Silveira J, João B. Imunoexpressão da proteína de reparo hMSH2 em queilite actínica e mucosa labial normal. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(1):23-30.
- Araújo CSA, Maria, MDB. Avaliação do conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com a exposição solar na população da vila rural Ricardo Brunelli û Maria Helena - Pr. Arq Ciencias Saude UNIPAR. 2006;10(1):29-33.
- Bruzzone R, Vanzulli SI, Meiss RP. Queilite actínica crônica: caso clínico. *Rev Circ Argent Odontol.* 1996;25(178):25-7.
- Pagnano PMG. Envelhecimento da pele e conseqüências. *J Bras Psiquiatr.* 1990;39(1):37-41.
- de Lezcano LB. El daño solar: medidas de protección. *Med Actual.* 2000;1(1):37-41.
- Lopes FF, Cutrim MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro Lia. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *Rev Bras Odontol.* 2002;59(2):98-9.
- Pacca FOT. Estudo da prevalência do papilomavírus humano e dos aspectos clínicos e histológicos na queilite actínica crônica. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- Abdo EM, Garrocho A, Aguiar MCF. Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre o álcool e o fumo como fatores de risco para o câncer bucal. *Rev ABO Nac.* 2006;14(1):44-8.
- Nico MMS. Queilite actínica: estudo comparativo entre os achados histopatológicos da biópsia e dos cortes seriados provenientes da vermelhonectomia: estudo de 20 casos. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- Lima EM. Radiação solar: porque e como nos proteger dela. *Mundo Saúde.* 1997;21(5):297-9.
- Hauschild A, Lischner S, Lange-Asschenfeldt B, Egberts F. Treatment of actinic cheilitis using photodynamic therapy with methyl aminolevulinate: report of three cases. *Dermatol Surg.* 2005;31(10):1344-7.
- Zelickson BD, Roenigk RK. Actinic cheilitis: treatment with the carbon dioxide laser. *Cancer.* 1990;65(6):1307-11.
- Ulrich C, Forschner T, Ulrich M, Stockfleth E, Sterry W, Termeer C. Management of actinic cheilitis using diclofenac 3% gel: a report of six cases. *Br J Dermatol.* 2007;156(3):43-6.

25. Alves PM, Gomes, Daliana QC, Pereira JV. Prevalência das lesões cancerizáveis na cavidade oral no Município de Campina Grande - Paraíba – Brasil. Rev Bras Cienc Saude. 2004;8(3):247-54.
26. Melo NS. Fatores de prognóstico da queilite actínica analisados por imuno-histoquímica e citometria estática: estudo comparativo com leucoplasias associadas a displasias, e carcinomas espinocelulares. Bauru: s.n; 1999.
27. Pennini SN, Rebello PFB, R MR. Queilites. J Bras Med. 2000;78(6):104-8.

Recebido em: 10/7/2008
Aprovado em: 5/12/2008