

QUEILITE ACTÍNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

ACTINIC CHEILITIS: CLINICAL CASE REPORT

GUSTAVO LANDIM DE SOUZA **KOBAYASHI**¹, MATHEUS SANTOS **MACHADO**², NIKSON PEREIRA **FERNANDES**¹, MATHEUS ALMEIDA **BARBOSA**^{1*}, KÉVEN FILIPE RODRIGUES **CRUZ**³, LETÍCIA CATARINE FERREIRA DE OLIVEIRA **SANTOS**⁴, JORGE LUIS **PAGLIARINI**⁵, NATÁLIA GONÇALVES **SANTANA**⁶

1. Graduado do curso de odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB); 2. Graduado do curso de odontologia do Centro Universitário Newton Paixa; 3. Graduado do curso de odontologia do centro universitário doutor leão sampaio (Unileão); 4. Graduanda do curso de odontologia Universidade Nove de Julho; 5. Universidade da Amazônia-UNAMA; 6. Graduada do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

* Universidade Católica de Brasília (UCB), departamento do curso de odontologia, QS 7 LOTE 1, Taguatinga, Brasília, DF, Brasil, CEP: 71966-700. matheusbarbosa1313@gmail.com

Recebido em 04/09/2023. Aceito para publicação em 22/09/2023

RESUMO

A Queilite Actínica (QA) é uma lesão inflamatória crônica que acomete o vermelhão do lábio inferior, sendo causada pela exposição crônica à radiação ultravioleta (UV). Alguns cofatores estão fortemente associados à evolução da desordem para um carcinoma espinocelular, como o tabagismo, imunossupressão e alguns distúrbios genéticos. O tratamento da lesão muda de acordo com seu grau de displasia epitelial. Em lesões que se apresentam clinicamente menos evoluídas, o paciente deve ser encorajado a usar protetor solar labial, chapéus, e reduzir a exposição ao sol. Nos casos mais avançados, apresentando alterações clínicas relevantes como endurecimento das bordas e espessamento do epitélio e/ou mucosa, a vermelhectomia está indicada. O objetivo foi descrever um relato de caso diagnosticado como QA pela Clínica da Liga de Estomatologia e Medicina Oral (LAEMO) e realizar uma revisão da literatura acerca do tema. Paciente sexo masculino, leucoderma, 64 anos, encaminhado para a avaliação de uma placa em lábio inferior e exodontia de dois elementos dentários. As exodontias foram realizadas e no mesmo tempo cirúrgico a biópsia incisional. O espécime foi encaminhado para análise microscópica para confirmação da hipótese de QA. O diagnóstico de QA foi confirmado após a associação do aspecto clínico e laboratorial.

PALAVRAS-CHAVE: Queilite Actínica; Displasia Epitelial; Vermelhectomia.

ABSTRACT

Actinic Cheilitis (AC) is a chronic inflammatory lesion that affects the vermilion of the lower lip, caused by chronic exposure to ultraviolet (UV) radiation. Some co-factors are strongly associated with the progression of the disorder to squamous cell carcinoma, such as smoking, immunosuppression, and certain genetic disorders. The treatment of the lesion varies according to the degree of epithelial dysplasia. In less advanced lesions, patients should be encouraged to use lip sunscreen, hats, and reduce sun exposure. In more advanced cases, with clinically relevant changes such as hardening of the edges and thickening of the epithelium and/or mucosa, vermilionectomy is indicated. The objective was to describe a case report diagnosed as AC by

the Clinic of the League of Stomatology and Oral Medicine (LAEMO) and to conduct a literature review on the subject. Male patient, 64 years old, with fair skin, referred for evaluation of a lower lip plaque and extraction of two dental elements. The extractions were performed, and an incisional biopsy was performed during the same surgical procedure. The specimen was sent for microscopic analysis to confirm the hypothesis of AC. The diagnosis of AC was confirmed after the association of clinical and laboratory aspects.

KEYWORDS: Actinic cheilitis; Epithelial Dysplasia; Vermelhectomy.

1. INTRODUÇÃO

A Queilite Actínica (QA) é uma condição potencialmente maligna que afeta principalmente o lábio inferior. Nesse sentido, essa desordem é associada à exposição crônica à luz UV que afeta preferencialmente indivíduos do sexo masculino, leucodermas, com idade superior a 40 anos. É associada a profissões com exposição solar frequente, como trabalhadores rurais, pescadores, marinheiros e operários. É uma lesão de desenvolvimento lento que tem potencial para se desenvolver em carcinoma espinocelular (CEC)¹⁻⁷.

A intensidade e a duração da exposição solar, associada ou não a hábitos tabagistas e etilistas, estão diretamente relacionadas com a probabilidade de malignização da lesão^{1-2,4}. Sendo assim, essa condição progride tão silenciosamente que, frequentemente, os pacientes não se dão conta de que se trata de uma alteração. As deformações iniciais incluem atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, caracterizada por uma superfície lisa e áreas pálidas com erupções. O escurecimento da margem entre o vermelhão do lábio é rotineiramente visto^{1-2,4}. A medida que a lesão evolui, pode-se apresentar ressecada, fissurada e difusa, podem ocorrer descamação hiperqueratósica, leucoplasia, áreas inflamatórias juntamente com erosões e ulcerações que atingem parcialmente ou totalmente a área do vermelhão^{1-2,4}.

O diagnóstico da lesão está baseado na anamnese,

exame físico e exame histopatológico. Como diagnóstico diferencial são citados o líquen plano, queimaduras solares, carcinoma epidermóide, lúpus eritematoso, herpes labial recorrente, queratoacantoma, queilite irritativa, entre outros¹⁻².

A biópsia incisional e posterior envio ao exame histopatológico são passos elementares no diagnóstico. A análise histopatológica, por vezes, evidencia um epitélio escamoso estratificado atrófico, frequentemente queratinizado, contendo graus variados de displasia celular. Um discreto infiltrado inflamatório encontra-se subjacente ao epitélio^{1-2,7-9}.

O tratamento da QA envolve o grau de desenvolvimento da lesão para associar a melhor terapia. A vermelhectomia é a remoção de uma fina fatia do lábio, que por vezes, é executada nos pacientes com QA, em casos clinicamente graves sem malignidade¹. Tratamentos alternativos incluem a ablação com laser de dióxido de carbono (CO₂) e a eletrodessecção¹. O acompanhamento e as orientações sobre os fatores de risco desses pacientes são essenciais, sendo notório que as lesões remanescentes podem alterar seu quadro clínico. Em pacientes que as lesões são retiradas, mas não há mudança de hábitos poderá haver recidiva^{1,9-10}.

Assim como as demais lesões orais, a QA exige além do conhecimento teórico, um conhecimento adquirido na prática clínica; a atenção e a experiência formam o alicerce para correto diagnóstico e conduta. A negligência de tal lesão pode trazer consequências severas para o paciente, uma vez que é classificada como desordem potencialmente maligna, podendo evoluir para um CEC. A conduta pode variar de um simples acompanhamento com cuidados locais a grandes ressecções com prejuízos estéticos e funcionais importantes. Tendo isso em mente, o profissional deve identificar os grupos de risco para o desenvolvimento dessa alteração e instruí-los sobre os cuidados locais, tornando a prevenção o ponto mais importante dos cuidados com o paciente^{3,5,7}. Dessa maneira, o objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de QA conduzido na clínica de estomatologia da Liga Acadêmica de Estomatologia e Medicina Oral (LAEMO) da Universidade Católica de Brasília (UCB).

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 64 anos de idade, profissional de serviços gerais, portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, tuberculose e artrose, em tratamento contínuo com ácido acetilsalicílico (AAS), sivistatina, metformina, captopril e omeprazol, foi encaminhado para tratamento odontológico na Clínica de Estomatologia da LAEMO da Universidade Católica de Brasília (UCB), com necessidade de extrair dois elementos de avaliar uma alteração em lábio inferior.

Durante o exame físico foi notada uma placa esbranquiçada próxima à linha média com extensão para a direita, de bordas e superfície irregulares,

aspecto borrachóide no vermelhão do lábio inferior, de aproximadamente 13mm em seu maior diâmetro, e caracterizando um apagamento da linha do vermelhão. Os linfonodos da região maxilofacial e cervicais não apresentavam alterações.

As principais hipóteses diagnósticas (HDs) para a alteração eram a QA, Hiperkeratose, CEC em estágio inicial e Leucoplasia. Outras HDs também foram definidas, mas devido ao perfil epidemiológico do paciente, essas tiveram uma atenção mais incisiva.



Figura 1. fotografia do lábio inferior do paciente no momento cirúrgico evidenciando a desordem em lábio inferior.

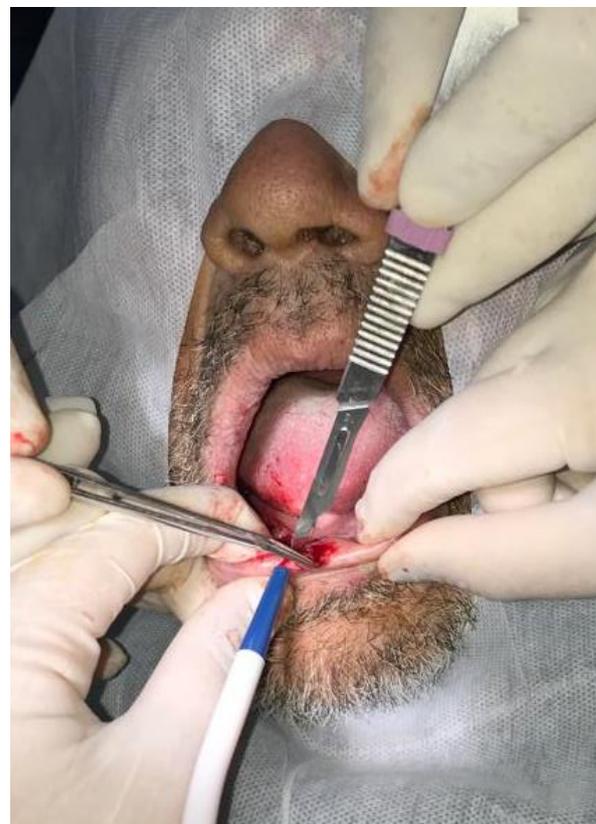


Figura 2. Imagem do transcirúrgico mostrando a o momento da diérese.

Mediante as HDs, a biópsia incisional é o

procedimento indicado e foi executada sob anestesia local, retirando um espécime de 6mm x 5mm x 4mm, sendo armazenada em um recipiente com solução de formol a 10%, e posteriormente a amostra foi encaminhada ao laboratório para exame histopatológico, que confirmou a primeira HD, com um adendo: discreta atipia celular. Imagem do laudo inserido na Figura 7.



Figura 3. Imagem do trans-cirúrgico mostrando o momento de exérese.



Figura 4. Imagem da loja cirúrgica após a remoção do espécime, ainda sem a síntese das bordas da ferida, evidenciando o corte estreito e no centro da lesão.

O tratamento para esse tipo de desordem é o acompanhamento e orientações de cuidado, com finalidade de evitar um desenvolvimento da lesão. Em caso de progressão, é necessário realizar a vermelhectomia. Devido a gravidade da lesão, é necessário o acompanhamento multidisciplinar rigoroso do paciente pelas equipes de Estomatologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. O paciente foi encaminhado para o serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Brasília, o qual segue em acompanhamento juntamente com a equipe da Clínica de Estomatologia e Medicina Oral da Universidade de Brasília.



Figura 5. Imagem final do procedimento cirúrgico, após manobras finais e síntese com fio nylon 4-0.



Figura 6. Imagem do espécime junto aos elementos extraídos no mesmo momento cirúrgico.

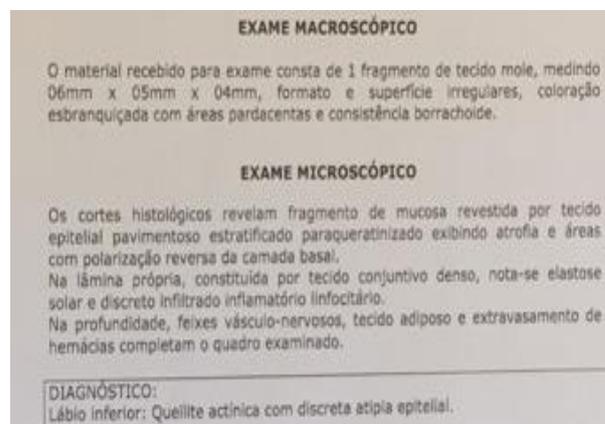


Figura 7. Laudo histopatológico evidenciando as alterações esperadas para a hipótese diagnóstica.

3. DISCUSSÃO

A QA é uma inflamação crônica do lábio

considerada uma condição com potencial de malignidade, pois ela pode evoluir para um carcinoma de células escamosas^{1,4}. Resultante de uma exposição crônica à radiação UV, o epitélio da superfície da região afetada geralmente é atrófico, associado com uma espessa camada de queratina e pode apresentar diversos graus de displasia¹¹.

Clinicamente é mais comum se apresentar pela atrofia do vermelhão do lábio, perda de elasticidade, placas queratóticas (esbranquiçadas) escamosas ou rígidas e pode haver áreas eritematosas. Outra característica importante é o sumiço da separação entre a mucosa do lábio e a pele^{2,12}. No presente relato, foi destacado uma placa esbranquiçada próxima à linha média com extensão para a direita, de bordas e superfície irregulares, aspecto borrachoide no vermelhão do lábio inferior, de aproximadamente 13mm em seu maior diâmetro, e caracterizando um apagamento da linha do vermelhão (Figura 1).

Essa desordem se desenvolve lentamente e os pacientes não costumam notificar a mudança do aspecto labial. Os achados clínicos podem incluir lesões localizadas ou difusas, ressecadas ou com fissuras, e normalmente são assintomáticas, podendo ter coloração branca, vermelha ou branca com áreas vermelhas^{1,4}. Ulcerações prolongadas, lesões nodulares e sangramento sugerem um alto grau de displasia de queilite actínica e podem ser sinais de CEC¹².

O fator de risco mais significativo é a exposição aos raios UV, portanto, pessoas que moram em regiões tropicais têm um risco maior de desenvolver a QA por conta da alta incidência solar e pela maior exposição ao sol em atividades ao ar livre¹². Tons de pele mais claros, com menos melanina, são mais suscetíveis aos danos dos raios UV, então também são mais propícios a desenvolverem a QA. Pessoas do sexo masculino também tem uma predisposição maior à desordem do que pessoas do sexo feminino, por ser mais comum os homens trabalharem em locais que envolvem exposição solar e por serem menos prováveis de usarem protetor labial¹⁻². Neste caso o paciente era do sexo masculino, 64 anos e profissional de serviços gerais.

O lábio inferior recebe maior radiação solar que o superior¹², além de possuir um epitélio mais delicado, com menos queratina e menor secreção de glândulas sebáceas¹⁵. A faixa etária de maior risco são as pessoas com mais de 45 anos¹⁻² por haver um maior dano dos raios UV ao longo do tempo, por ser uma lesão de progressão lenta e pela demora no diagnóstico em casos assintomáticos¹⁹. Além disso, outros fatores estão relacionados à QA como o tabagismo, dieta pobre, pessoas com níveis socioeconômicos mais baixos e uma predisposição genética^{1,2}.

O diagnóstico da QA é baseado na região demográfica e nos achados clínicos e histopatológicos. A biópsia incisiva é fundamental para o diagnóstico definitivo¹³⁻¹⁴. No presente caso clínico, foi realizado a incisão na região de maior descamação (Figura 02), através de um corte cirúrgico preciso (Figura 03),

retirando um espécime de 6mm x 5mm x 4mm (Figuras) 04,05 e 06) sendo armazenada em um recipiente com solução de formol a 10%, e posteriormente a amostra foi encaminhada ao laboratório para exame histopatológico.

Por exibir diversas apresentações clínicas, o exame histopatológico é fundamental para o diagnóstico^{1-2,8,15}. Histologicamente, a QA apresenta espessamento na camada de queratina, degeneração basofílica das fibras colágenas (elastose solar), infiltrado inflamatório e displasia epitelial¹⁵. O fator mais importante para avaliar a transformação maligna da QA é a displasia epitelial¹⁵. No presente relato, foi evidenciado fragmento de mucosa revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado paraqueratinizado exibindo atrofia e áreas com polarização reversa da camada basal, e elastose solar proeminente, características acentuadas da queilite actínica (Figura 07).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), classificou os graus de displasia em leve, moderado ou severo, com base na arquitetura histológica, avaliando a estratificação irregular, perda de coesão celular, aumento no núcleo citoplasmático, hiper cromatismo, pleomorfismo celular e nuclear, mitoses atípicas e pérolas de queratina^{1-2,16}. Entretanto, mesmo com o critério da OMS, alguns estudos mostraram variação na interpretação dos examinadores em relação aos graus de displasia¹⁵. Diante disso, fica evidenciado que no presente caso foi encontrado um grau de displasia leve.

Segundo Pilati *et al.*, (2017)¹⁷, lesões de QA com grau de displasia moderado/severo, apresentaram um espessamento maior da camada de queratina em comparação aos com grau leve ou sem displasia. Então a produção de queratina pode representar uma resposta do epitélio para se proteger da agressão solar. A camada de queratina pode reduzir a resposta aos tratamentos tópicos, por proteger o tecido abaixo dessa camada^{11,18-20}.

Todos os casos de QA de Gonzaga *et al.*, (2019)¹¹ apresentaram elastose solar no exame histopatológico. Porém, a espessura dessa camada não influencia significativamente no grau de displasia da lesão. Portanto, a presença de elastose solar é útil para identificar potenciais candidatos de queilite actínica mas não pode ser relacionado com o risco de transformação maligna da lesão. Dentre os carcinomas de lábio inferior, uma grande porcentagem está relacionada à pré-existência da QA¹³ e em torno de 3-20% dos cânceres em lábio apresentam potencial metastático³.

A abordagem terapêutica dessa lesão consiste em monitorar a lesão clinicamente. Nos casos em que clinicamente a QA está em seu início, os achados histopatológicos apresentam baixo ou nenhum grau de displasia, um tratamento conservador é abordado, especialmente no uso de protetor labial. A biópsia é indicada para monitorar o paciente pela possibilidade de transformação maligna da lesão, após o tratamento conservador não ter funcionado e por sinais clínicos que geram suspeitas de malignidade^{1-2,7-9,21}. No caso

em questão foi adotado medidas conservadoras, como a orientação e o acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Quando um tratamento menos conservador é utilizado, ele visa a eliminação ou destruição do epitélio anormal e incluem a vermelhectomia, administração tópica de 5-Fluorouracil (5-FU), crioterapia, eletrocauterização, ablação com laser de dióxido de carbono e terapia fotodinâmica^{1,9-10,20}. A vermelhectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do vermelhão do lábio. É realizada a remoção do tecido com a lesão no vermelhão do lábio acima do plano do músculo orbicular da boca, cobrindo a ferida e avançando para parte da mucosa saudável¹⁻². Esse tipo de cirurgia tem sido aceita como método para remoção de lesões displásicas do lábio e promovem material para análise patológica¹⁻².

O prognóstico da queilite actínia vai depender do resultado histopatológico e na mudança de hábitos do paciente^{3,5,7}. O meio mais efetivo de se proteger contra a radiação UV é a prevenção, com o uso de protetor solar e reduzir o tempo de exposição à luz solar. O paciente com QA deve ser bem avaliado por um dentista, que deve diagnosticar e por vezes tratar, e monitorar o caso^{3,5,7,12}.

O paciente do presente relato foi encaminhado para o serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Brasília, o qual segue em acompanhamento juntamente com a equipe da Clínica de Estomatologia e Medicina Oral da Universidade de Brasília.

4. CONCLUSÃO

As patologias orais e maxilo-faciais em um todo necessitam, para uma correta abordagem, conhecimento teórico, prático, atenção e experiência. Dessa maneira, com a QA não se faz diferente, é uma lesão que, por vezes, passa despercebida pelos profissionais, pelo seu desenvolvimento lento e manifestação discreta. Entretanto, trata-se de uma lesão com displasia epitelial, o que a coloca em um grupo de lesões perigosas e que podem originar uma patologia multilante, como é o caso do câncer de células escamosas. Dessa forma, faz-se necessário a difusão de conhecimento de qualidade, treinamento técnico e prático, principalmente, para alunos de odontologia e profissionais, com a finalidade de capacitar essa população que atua diretamente com os sítios de incidência.

5. REFERÊNCIAS

[1] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4a ed. Elsevier; St Louis; 2016.
 [2] Regezi J, Sciubba JJ, Jordan RC. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. Elsevier; Brasil; 2017.
 [3] Abreu MAMMD, Silva OMPD, Pimentel DR, Hirata CHW, Weckx LLM, Alchorne MMDA, Michalany NS. Actinic cheilitis adjacent to squamous carcinoma of the lips as an indicator of prognosis. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2006; 72:767-771.

[4] Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral diseases. 2004; 10(4):212-216.
 [5] Carvalho GAO, Souza JR, Câmara JVF, Ribeiro ADOP, Pierote JJA. Aspectos clínicos, histopatológicos e tratamento de pacientes diagnosticados com queilite actínica: revisão de literatura. Research, Society and Development. 2020; 9(7):e557974407-e557974407.
 [6] Azevedo MS. Queilite Actínica. Revista Cathedral. 2020;2(1):1-1.
 [7] Maceis LR, Santos PS, Hoffmam SMS, Thereza-Bussolaro C. Epidemiologia, fatores de risco, manejo e prevenção da queilite actínica. Craniofacial Research Connection Journal. 2021; 1(1):41-51.
 [8] Lopes MLDDS, Silva Júnior FLD, Lima KC, Oliveira PTD, Silveira ÉJDD. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2015; 90:505-512.
 [9] Nóbrega MRS, Moreira FSR, Maniçoba AK, Costa ABL, Medeiros MR, Silveira EJD. Queilite actínica conduta e acompanhamento: uma série de caso. Revista de odontologia da unesp.2023.
 [10] Trancoso VAF. Abordagens terapêuticas não-cirúrgicas para a queilite actínica. Scientific-Clinical Odontology. 2021.
 [11] Gonzaga AKG, Mafrá RP, Silva LP, Freitas R, Souza LB, Pinto LP. Actinic cheilitis: morphometric parameters and its relationship with the degree of epithelial dysplasia. Acta Histochemica. 2020; 122(1): 151452.
 [12] Cavalcante ASR, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2008; 66(3), 498-503.
 [13] Savage NW, McKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. Australian dental journal. 2010; 55:78-84.
 [14] Vasilovici A, Ungureanu L, Grigore L, Cojocaru E, Şenilă S. Actinic Cheilitis—From Risk Factors to Therapy. Frontiers in Medicine. 2022; 9:805425.
 [15] Santana Sarmiento DJ, Costa Miguel MC, Queiroz LMG, Godoy GP, Silveira ÉJD. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. International journal of dermatology. 2014; 53(4):466-472.
 [16] El-Naggar AK. WHO classification of head and neck tumours. International Agency. 2017.
 [17] Pilati SFM, Bianco BC, Vieira DSC, Modolo F. Histopathologic features in actinic cheilitis by the comparison of grading dysplasia systems. Oral Diseases. 2017; 23(2):219-224.
 [18] Mittelbronn MA, Mullins DL, Ramos-Caro FA, Flowers FP. Frequency of pre-existing actinic keratosis in cutaneous squamous cell carcinoma. International journal of dermatology. 1998; 37(9):677-681.
 [19] Fontes A, Sousa SM, Santos E, Martins MT. The severity of epithelial dysplasia is associated with loss of maspin expression in actinic cheilitis. Journal of cutaneous pathology. 2009; 36(11):1151-1156.
 [20] Vieira RAMAR, Minicucci EM, Marques MEA, Marques AS. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. Anais brasileiros de dermatologia. 2012; 87:105-114.
 [21] Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. Oral oncology. 2009; 45(4-5):317-323.