



EPIDEMIOLOGIA, FATORES DE RISCO, MANEJO E PREVENÇÃO DA QUEILITE ACTÍNICA

Revisão Narrativa

L.R. Maceis,
P.S. Santos,
S.M. S. Hoffmam,
C. Thereza-Bussolaro

Departamento de
Odontologia, Faculdade de
Odontologia, UNIFASIPE,
Sinop-MT, Brasil

L.R. Maceis, P.S. Santos, S.M. S. Hoffmam, Thereza-Bussolaro C. Epidemiologia, fatores de risco, manejo e prevenção da queilite actínica. Craniofacial Research Connection Journal. 2021;1(41-46)

Enviado em: 09/02/2021

Revisado em: 06/03/2021

Aceito em: 29/03/2021

RESUMO: A Queilite Actínica QA é um processo inflamatório pré-maligno, que ocorre na vermelhidão do lábio, cuja etiologia está relacionada ao excesso de exposição ao sol sem proteção adequada. A lesão pode ser classificada como leve, moderada e severa, e possui alto potencial de malignização. O estudo de revisão da literatura mostra que indivíduos de pele clara estão mais susceptíveis ao desenvolvimento da lesão, pois possui menor proteção pela melanina que os indivíduos de pele mais escura. Em relação ao sexo e a idade, a prevalência é maior em pacientes masculino e idades entre 40 e 80 anos. Fatores de risco associados, tais como o álcool e fumo

aumentam as chances de malignização. O diagnóstico pode ser feito através de exames clínicos e histopatológico. O manejo varia de acordo com as condições do paciente e da lesão, podendo ser sistêmico ou cirúrgico o que determina é o grau da lesão. A melhor forma de prevenção da QA é o uso de protetor solar adequadamente, chapéu de aba larga e evitar exposição solar excessivamente.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Boca. Queilite Actínica. Radiação Ultravioleta

Actinic Cheilitis: Epidemiology, Risk factors, Prevention and Management

ABSTRACT: Actinic Cheilitis (AC) is an inflammation process that occurs in the redness lip. It is a premalignant condition which etiology is related to unprotected prolonged daily exposure to the sun. This study aims to review the literature regarding factors linked to AC's clinical manifestation. Databases Scielo (Scientific Electronic Library Online), Pubmed, ScholarGoogle, and Book play were searched. Search strategy was adapted for each database, and articles in English and Portuguese were included. No data search limit was applied. This review shows that AC has a high

potential for malignancy, and that associated factors such as alcohol and smoking increase the chances of malignancy. The prevalence is higher in males and patients between 40 and 80 years-old. Caucasians are more susceptible to the development of the lesion, due to the low melanin protection in their skin. AC's lesion may be mild, moderate, and severe, guiding diagnosis and treatment choices.

Keywords: Actinic Cheilitis. Mouth Neoplasm. Ultraviolet Ray

INTRODUÇÃO

A Queilite Actínica (QA) é considerada aparentemente uma lesão comum, que se apresenta clinicamente através de ressecamento, atrofia ou ulceração da mucosa labial. A ação da radiação ultravioleta e/ou luz solar sobre os lábios causa a degeneração do epitélio de revestimento, o lábio inferior é frequentemente o mais afetado por sua anatomia.¹

Em países tropicais a intensidade da luz solar é maior, conseqüentemente esses países mostram um maior número de pessoas que apresentam alterações nos lábios. A QA afeta mais indivíduos de pele branca acima dos 50 anos que se mantem em exposição solar cronicamente.² O diagnóstico da QA é realizado através de sinais clínicos e exame histopatológicos, geralmente os sintomas nos portadores dessa doença são assintomáticos, porém pode ocorrer descamação dos lábios, dor, prurido e queimação.³

O manejo pode ocorrer de várias formas de acordo com a severidade da doença e melhor opção para o paciente, tais como: aplicação de 5-fluouracil, peeling com ácido tricloroacético a 50%, eletrocirurgia, terapia fotodinâmica, laser de CO₂, vermelhectomia, criocirurgia e dermoabrasão.⁴ A melhor forma de

prevenção são o uso de chapéus, protetor solar e protetor labial.⁵

O presente estudo justifica-se pela importância da conscientização sobre a etiologia, os fatores de risco da Queilite Actínica, quais as medidas de prevenção, e manejo levando em conta que o desenvolvimento dessa doença pode acarretar em uma lesão severa que pode desenvolver neoplasias orais, então percebe-se que é de extrema importância levar essas informações para a população em nossa região.

A Queilite Actínica possui alto potencial de malignização, 95% dos casos de carcinoma espinocelular originam-se de uma lesão tipo QA.

O objetivo deste estudo é revisar a literatura quanto a etiologia, os fatores de risco, o manejo e as medidas de prevenção da QA.

METODOLOGIA

Foram utilizados como base científica artigos científicos a respeito do tema escolhido, encontrados em plataformas online como Scielo (*Scientific Electronic Library On-line*), bookplay, livros e Google acadêmico, publicados desde 2003 a 2020. Como critério de inclusão para a escolha dos materiais utilizados, foram realizadas pesquisas online utilizando palavras chaves como: Câncer de Boca, Raios UV, Queilite Actínica.

REVISÃO DE LITERATURA

Queilite Actínica

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um O câncer de boca é o oitavo câncer mais comum em todo o mundo, preferencialmente no sexo masculino, uma lesão que pode influenciar é a QA que tem um alto potencial de malignização, onde origina-se o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas do lábio inferior, considerada a neoplasia mais predominante na cavidade oral. Em 95% dos casos de Carcinoma de Células Escamosas de Lábio Inferior (CCELI) tem origem de uma lesão pré-maligna denominada queilite actínica na sua fase crônica.⁶

A Queilite Actínica tem grande potencial de causar metástase devido ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular, a metástase pode ocorrer aproximadamente em 11% dos casos, em relação a QA.⁷ A exposição excessiva ao sol sem proteção adequada (protetor solar, protetor labial, bonés e chapéus) podem provocar alterações nos lábios através da radiação. Nessas alterações pode-se encontrar a QA que pode ser associada ou dar origem ao carcinoma espinocelular.² É descrita por uma lesão inflamatória, assintomática em suas etapas iniciais, com evolução prolongada.⁸

A QA atinge preferencialmente homens acima dos 50 anos, pele branca, frequentemente descendente de europeus que vive em áreas tropicais, onde trabalham em exposição solar crônica. No Brasil temos áreas onde a população é mais vulnerável ao desenvolvimento dessa doença, tais como: os trabalhadores rurais, fazendeiros e trabalhadores em área de praia, afetando principalmente o lábio inferior por sua anatomia.⁹ Os fatores etiológicos da QA são exposição crônica dos lábios a radiação ultravioleta do sol em especial os raios UVB que possui maior poder de penetração, o álcool e o fumo aumentam a probabilidade de malignização.¹⁰ Outros fatos que contribuem para o aumento da suscetibilidade são pacientes com alguns distúrbios genéticos tais como: xeroderma pigmentoso, albinismo e porfiria cutânea tardia.¹¹

Manifestações Clínicas

Clinicamente o processo inflamatório se apresenta através de ressecamento, descamação e manchas esbranquiçadas com perda de coloração da semimucosa ou vermelhidão do lábio.³ E apresenta-se de forma aguda com edema e eritema brandos, fissuras e úlceras graves, em grandes períodos de exposição solar, em um curto período de tempo. Na forma crônica ocorre exposição prolongada e acumulativa ao sol, apresenta-se lábios ressecados, com fissuras, aumento de volume discreto e difuso, perda do limite entre semimucosa labial e pele, além de pápulas e/ou manchas leucoplásicas.¹²

A QA possui classificação de acordo com a severidade da lesão, sendo que a leve é composta por ressecamento e descamação, a moderada quando há ressecamento, descamação mais severa e acompanhado de fissura nos lábios, e a severa nota-se um endurecimento do lábio, apagamento do limite dermatomucoso, ulcerações e crostas, e acompanhado pelas alterações que ocorrem nos casos leve e moderado.¹³ As ulcerações crônicas podem se desenvolver, e durar meses e ocorrer progressão para um carcinoma epidermoide.¹¹

Diagnóstico

O diagnóstico da Queilite Actínica poderá ser estabelecido através sinais clínicos, após uma anamnese detalhada. A biópsia ela é recomendada para investigar a possível existência de displasia no epitélio, principalmente em casos de lesões persistentes e em casos de lesões com características suspeitas de malignidade. Para identificar as alterações teciduais com suspeita de malignidade, é utilizado a técnica de coloração pelo azul de toluidina, um corante com afinidade por tecidos vivos que pode auxiliar a identificar displasias, atípicas ou CEC em áreas de DPMO.²

Histologicamente o epitélio pode se manifestar em diferentes graus de displasia. Podem estar presentes uma faixa acelular amorfa, basofílica, conhecida como elástose solar, ocorre uma alteração do colágeno e fibras elásticas induzida pela luz UV, infiltrado inflamatório, normalmente há hiperqueratose e o epitélio pode ser atrófico ou acantótico, tecido conjuntivo crônico e vasos sanguíneos dilatados.¹¹ Diagnóstico diferencial inclui línquen

plano, sarcoidose, angioedema, reação de corpo estranho, doença de Crohn, e Síndrome de Sjogren.¹⁴

Etiologia

O principal fator etiológico da queilite actínica são exposição prolongada aos Raios Ultravioleta UV.¹⁰ Um estudo realizado em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar no interior do estado do Paraná, em que os profissionais se expõem ao sol 8 horas diariamente ou mais sem proteção adequada, foram examinados 1539 escolhido aleatoriamente no período de agosto a setembro de 2008, no grupo com 1539 foram encontrados 141 casos de QA, distribuídos em indivíduos que tinham menos de 5 anos de exposição solar (n=15, (10,63%), entre 5 e 10 anos (n= 20, (14,18%))² e mais de 10 anos de exposição ao sol (n= 106, (75,19%). Pelas classificações 39 casos de QA leve (27,65%), 57 casos de (QA) moderada (40,43%) e 45 casos de (QA) severa (31,92%), relacionando com o tempo de exposição ao sol foram observados 106 indivíduos que tinham mais de 10 anos de exposição, 18 apresentavam grau leve (16,98%), 46 com grau moderado (43,4%) e 42 com grau severo (39,62%). Os casos moderado e severo foram encontrados em maior quantidade em indivíduos que tiveram exposição solar superior a 10 anos.¹³

Fatores de Risco

Um estudo retrospectivo por meio de um *Software* criado pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP para a clínica de estomatologia, com 5136 prontuários entre 2002 a 2013, deste total 56 diz respeito a Queilite Actínica, foram coletados dados demográficos como: gênero, idade, profissão relacionada, e hábito de tabagismo. Os resultados foram que dos 56 casos 27 são profissionais que trabalham sem exposição solar e 16 com exposição solar e 42 tem hábito de tabagismo, ou seja, maior prevalência em fumantes.⁸

Manejo

As QA associadas a displasias severas a graves, pode-se realizar um manejo quimioterápico local com ácido tricloroacético. Porém, a técnica

considerada mais eficiente consiste em uma excisão cirúrgica de toda a semimucosa danificada pela radiação. Além disso, a técnica que é chamada vermelhectomia produz bons resultados estéticos pois a remoção da mucosa é intraoral, e elimina o epitélio alterado molecularmente.²

A técnica da vermelhectomia pode ser realizada em casos clinicamente graves sem transformação maligna aparente, a vantagem dessa técnica é que ela fornece tecido para exame histopatológico. Outros manejos que podem ser indicados são: ablação a laser de CO₂ ou erbio: YAG (Er:YAG), electrodissecção, crioterapia, 5-fluorouracil indicado para tratamento a longo prazo.¹¹

Para realizar a técnica de vermelhectomia os pacientes precisam realizar exames pré-operatórios como hemograma, coagulograma, glicemia, ureia, creatina e eletrocardiograma. Existe duas técnicas, a clássica onde realiza-se uma marcação de uma elipse com bordas lineares em todo o vermelhão do lábio com uma caneta, após a utilização da anestesia local, realiza-se a ressecção do vermelhão do lábio até a musculatura, após a hemostasia é efetuado a sutura e a cicatriz tem característica de linha reta que irá percorrer toda a extremidade do lábio.

A técnica W-plastia tem o mesmo processo anestésico da clássica, a marcação tem início semelhante à técnica anterior o que difere uma da outra são a borda do desenho serrilhada na técnica w- plastia a cicatriz final será em linha quadrada. O pós-operatório são indicado antibioticoterapia profilática e uso de analgésicos, também são solicitados exames histopatológicos. As complicações do pós-operatório podem ocorrer infecções, crostas, necrose, parestesia e deiscência da sutura e também a funcionalidade no sorriso e sucção.⁷

Vantagens da vermelhectomia alta taxa de cura e menor índice de recorrência, e disponibilidade para estudo histopatológico do tecido removido, desvantagens são, pode ocorrer hemorragia intra-oral e elevada taxa de morbidade pós-operatória. É uma técnica indicada para casos moderados a grave.¹⁵

Fluorouracil é classificado como um agente antineoplásico, é um quimioterápico tóxico, seu mecanismo de ação causa a redução da proliferação de bactérias atípicas. Ele é aplicado sobre a pele de revestimento fino e tem a capacidade de penetrar profundamente as camadas da pele

e conseqüentemente inibir a síntese do DNA.¹⁶ Vantagens do fluorouracil é um medicamento de fácil aplicação, desvantagens uso prolongado pode causar eritema, edema e ulcerações e recorrência elevada.¹⁵

Crioterapia é uma técnica destrutiva em que se utiliza a aplicação direta de nitrogênio líquido (ou mais raramente outros criógenos) para congelamento de lesões cutâneas. O queratinócito é destruído entre -40°C e -50°C e o nitrogênio líquido atinge -196°C, o que faz dele um agente muito eficaz. É mais indicada para o manejo da QA individualizada e discreta, uma vez que em lesões maiores e mais espessas o efeito é mais limitado. A aplicação varia de cinco a 15 segundos, mas pode chegar até a 30 segundos em lesões mais espessas. O procedimento deve ser executado dentro e ao redor da lesão e, para sua completa destruição, uma margem de 2 a 4mm de congelamento deve ser alcançada. É uma opção de manejo muito utilizado, existem poucos estudos que determinam a sua verdadeira eficácia, a frequência de aplicação, a duração, a intensidade e a temperatura adequada. Esta ausência de uniformidade leva a diferentes resultados. Uma das vantagens da crioterapia é que, em geral, é necessária apenas uma aplicação. Os índices de cura variam de 75 a 99%. Alguns estudos mostra o aumento da eficácia dessa técnica quando associada a outras terapias medicamentosas como, por exemplo, imiquimode, diclofenaco e mebutato de ingenol. Os efeitos adversos que podem surgir durante o tratamento são eritema, dor, formação de bolhas e crostas, de intensidade variável, além da possibilidade de hipopigmentação residual.¹⁶

Elecrocirurgia possui boas taxas de cura, possui maior disponibilidade do que o laser, suas desvantagens são cicatrizes recorrentes e maior dificuldade de controle. Indicado para áreas focais de QA.¹⁵ Ablação com laser de CO₂ sua luz infravermelha possui um efeito térmico, aquecendo a água no interior e exterior das células a uma temperatura de 100°, após a aplicação a pele é removida com uma compressa úmida. Suas vantagens são maior taxa de cura, controle de hemorragia intra-operatória e menor taxa de morbidade pós-operatória, desvantagem não possui controle histopatológico.¹⁵

Prevenção

O profissional de saúde oral deve sempre que possível educar e orientar seus pacientes sobre as medidas de prevenção da QA, uma delas é evitar exposição prolongada ao sol e o uso de protetor solar corretamente.² E no caso daqueles que não têm como evitar o sol, deve-se usar protetor solar labial várias vezes ao dia, fazer uso de chapéus de aba larga, e fazer o controle clínico periódico.¹⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QA é uma lesão pré-maligna, com alto poder de malignização, que ocorre em indivíduos que se expõe excessivamente ao sol sem proteção adequada, afeta com mais frequência pessoas de pele clara e do sexo masculino. Fatores de risco são álcool, idade, tabagismo. Os manejos indicados para QA podem ser cirúrgicos ou sistêmicos. Os profissionais de saúde oral, devem sempre examinar os lábios de seus pacientes. Podem ainda, conscientizar a população sobre a importância de adotar hábitos simples como protetor solar, protetor solar labial, e uso de chapéu de abas largas para ajudar na proteção aos raios solares.

REFERÊNCIAS

1. Carina DSGS, Queilite actínica associação entre radiação actínica e trauma; RGO, 51 (2): Araraquai, jun, 2003.
2. Audrey FLR, Caracterização da queilite actínica como desordem potencialmente maligna oral; Araraquai, c 2019.
3. Guilherme RV, Queilite actínica - revisão literaria, São Gonçalo do Sapucaí-MG, 2011
4. Evalanne PT. Queilite actínica: relato de caso; revista médica de Minas Gerais, 19 de jul. de 2018.
5. Corado, C, Solera, L, Guerra, CT, Biasoli, ER, Miyahara, G.I, Bernabe, DG. Tratamento conservador de queilite actínica Rev Odontol UNESP. 2014; 43(N Especial):238
6. Jessica NVP, Prevalência de queilite actínica e fatores associados: Uma Revisão Sistemática, Natal/RN 2015.
7. Roscoe EWT, Tebcherani AJ, Sittart JA, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias

clássica e em W-plastia. An Bras Dermatol. 2011;86(1):65-73.

8. Adrielle LC. Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas; Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, 07 de nov. de 2017;62(1)

9. Oslei PA. Patologia oral: São Paulo; Artes medicas, 2016; p. 85.

10. Manoela DM. Queilite actínica relato de caso clínico, ConScientiae Saúde, vol. 6, São Paulo, 2017.

11. Brad WN. Patologia Oral e Maxilofacial 4º Edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

12. Rachel RA. Queilite actínica; avaliação histopatológica de 44 casos, rev. Odontol. UNESP vol.43, Araraquara 6 de nov./dez. 2014.

2020.

13. Ana MOM, Thiago MF, Terezinha LLC, Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil, revista saúde e pesquisa, v. 4, jan./abr. 2011.

14. Beenish SB, Wissem H, Cheilitis, A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 24 de abr de 2020.

15. Rita C. Queilite actínica: Ablação com laser co2 versus vermelhectomia - Análise de 11 anos Revista SPDV 71(2) 2013.

16. Guereth AOCA, clínicos, histopatológicos e tratamento de pacientes diagnosticados com queilite actínica: revisão de literatura.