

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE QUEILITE ACTÍNICA NA DISCIPLINA DE ESTOMATOLOGIA DA FO/UERJ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACTINIC CHEILITIS IN THE
COURSE OF STOMATOLOGY OF FO/UERJ

Bruno Teixeira Gonçalves Rodrigues

Graduando em Odontologia pela FO/UERJ

Manuella Braun de Oliveira España

Graduada em Odontologia pela FO/UERJ

Nathália de Almeida Freire

Especialista em Estomatologia/UERJ. Mestre em Patologia/UFF.

Professora do curso de Atualização em Estomatologia/UERJ.

Wagner Pinto das Chagas

Mestre em HIV/AIDS e Hepatites Virais/UNIRIO.

Professor do curso de Atualização em Estomatologia/UERJ.

Maria Eliza Barbosa Ramos

Doutora em Odontologia pela UFRJ.

Professora Associada de Estomatologia FO/UERJ.

Mônica Simões Israel

Doutora em Patologia/UFF.

Professora Adjunta de Estomatologia FO/UERJ

Autor para correspondência: Mônica Simões Israel - monicasisrael@yahoo.com.br

Endereço: Boulevard 28 de Setembro, 157, Faculdade de Odontologia/UERJ, quarto andar, clínica D.

RESUMO

A queilite actínica (QA) é uma lesão com potencial de malignização que afeta o lábio devido à uma exposição excessiva e prolongada à radiação UV. Esta lesão é mais freqüente em homens, leucodermas e com idade superior à 40 anos. Seu diagnóstico deve ser baseado no exame histopatológico, considerando os graus de displasia. Não há um protocolo para o tratamento da QA, uma vez que existe diversas opções disponíveis, podendo variar de acordo com o grau de displasia, colaboração do paciente e disponibilidade do recurso. O objetivo deste trabalho é traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes de QA que compareceram à clínica de Estomatologia da FO/ UERJ, correlacionando as variáveis: média de idade, gênero, etnia, hábitos, exposição ocupacional a radiação solar, localização anatômica da lesão, características clínicas, grau de displasia e tratamento adotado. Os resultados obtidos concordaram com os relatados na literatura.

Palavras-Chave: Patologia Bucal. Queilite. Lábio

ABSTRACT

Actinic cheilitis (QA) is a potentially malignant lesion affecting the lip due to prolonged and excessive exposure to UV radiation. This lesion is more frequent in 40-year-old white men. Its diagnosis should be based on histopathological examination, considering the degrees of dysplasia. There is no protocol for the treatment of QA, as there are several options available, which may vary according to the degree of dysplasia, patient collaboration and resource availability. The objective of this study is to trace the clinical and epidemiological profile of patients with QA who attended the clinic of stomatology of FO / UERJ, correlating the variables: mean age, gender, ethnicity, habits, occupational exposure to solar radiation, anatomical location of the lesion. , clinical characteristics, degree of dysplasia and treatment adopted. The results obtained agree with those reported in the literature.

Keywords: Pathology, Oral. Cheilitis. Lip

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Dubreuilh, durante o III Congresso Internacional de Dermatologia, em 1896, a Queilite Actínica (QA) consiste em uma desordem potencialmente maligna, localizada na região do vermelhão de lábio, sendo o lábio inferior a área mais acometida devido à sua maior exposição aos raios UV (SCHWARTZ, STOLL, 1993).

O principal fator etiológico da QA consiste na exposição progressiva e excessiva ao espectro ultravioleta da luz solar, em especial os raios ultravioleta tipo B (UVB), por possuir um maior poder de penetração em relação aos raios ultravioleta tipo A (UVA). Por esse motivo, ocupações realizadas ao ar livre, com exposição ao sol, são comumente associadas a essa lesão (MARCUCCI, 1997).

A QA se desenvolve de forma insidiosa, onde em seus estágios clínicos iniciais, é comum o paciente apresentar ressecamento, atrofia e fissuras no vermelhão de lábio e o apagamento do limite entre o mesmo e a pele. Com a sua progressão, nas regiões onde havia ressecamento, é possível visualizar zonas descamativas e ásperas. Eventualmente, se desenvolvem áreas de ulceração crônica, especialmente em pacientes tabagistas. A sua incidência é maior em regiões com proximidade a linha do Equador se comparada as demais, e há uma predileção por pacientes do sexo masculino, leucodermas, de meia-idade e idosos (NEVILLE et al, 2016)

Existe uma variedade de tratamentos descritos para a QA, incluindo a crioterapia, 5-fluorouracil, imiquimod, eletrocirurgia, ablação com laser de dióxido de carbono e excisão cirúrgica (vermelhectomia). Tais técnicas visam evitar e prevenir a transformação maligna. Nos últimos anos, terapia fotodinâmica (PDT) está sendo usada cada vez mais como uma opção de tratamento, por se tratar de uma modalidade terapêutica minimamente invasiva (ISRAEL et al, 2016)

O presente estudo tem o objetivo traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de QA que compareceram à clínica de Estomatologia da FO-UERJ. Por se tratar de uma desordem potencialmente maligna, esta pesquisa tem por enfoque revelar em que grupos ocorreu maior predileção, fatores etiológicos, métodos de tratamento e área anatômica de maior acometimento da lesão dentro desta amostra.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, baseado na análise de registros e prontuários de pacientes portadores de QA, durante o período de 2009 à 2019, que compareceram à Clínica de Estomatologia da FO-UERJ.

A hipótese de QA foi confirmada através de biópsia incisional e exame histopatológico. A amostra incluiu 42 pacientes selecionados e, em seguida, foi elaborado um banco de dados em forma de planilha no Excel®. A partir desta, foram retiradas as informações necessárias para as variáveis do estudo. As variáveis analisadas para todo o grupo foram: gênero, idade, etnia, localização anatômica da lesão, grau de displasia descrito no laudo inicial e tratamento adotado. Deste grupo, apenas 35 pacientes responderam sobre hábitos etílicos e tabágicos. Contabilizou-se os dados de forma absoluta e em porcentagem.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob o número de parecer 3.177.086.

RESULTADOS

Foram analisados os 42 prontuários dos pacientes com diagnóstico de QA. A média de idade dos pacientes foi de 57,9 anos, variando entre 42 à 82 anos, e o gênero masculino (71,4%) foi mais afetado quando comparado ao feminino (28,6%), como observado nas tabelas 1 e 2. O grupo étnico em que foi observada maior incidência foram os leucodermas (78,5%) – tabela 3.

Tabela 1 – Média de idade dos pacientes

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>
<i>Idade</i>	42	57,9

Tabela 2 – Gênero

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>
<i>Feminino</i>	12	28,6
<i>Masculino</i>	30	71,4

Tabela 3 – Etnia

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média (%)</i>
<i>Leucoderma</i>	33	78,5
<i>Feoderma</i>	6	14,3
<i>Melanoderma</i>	3	7,1

Quando questionados sobre os hábitos – tabagismo e etilismo –, apenas 35 pacientes responderam. Destes, 85,7% negaram tabagismo e 51,4% negaram etilismo, conforme descrito nas tabelas 4 e 5. Dos 42 participantes incluídos nesta pesquisa, 26 (62%) relataram ter ocupações com exposição crônica a radiação solar – tabela 6.

Tabela 4 – Tabagistas

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média (%)</i>
<i>Sim</i>	5	14,3
<i>Não</i>	30	85,7

Tabela 5 – Etilistas

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média (%)</i>
<i>Sim</i>	17	48,6
<i>Não</i>	18	51,4

Tabela 6 – Exposição ocupacional a radiação solar

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média (%)</i>
<i>Sim</i>	26	62
<i>Não</i>	16	38

Durante o exame físico, observou-se que o lábio inferior era o sítio mais acometido (83,3%) quando comparado ao lábio superior (2,3%), e que em 6 casos ambos foram afetados (14,4%). A característica clínica das lesões variou entre lesão leucoplásica (59,2%) - sendo a mais comum-seguida de lesão eritroplásica (23,8%) e, por último, leucoeritroplásica (16,7%), como demonstrado nas tabelas 7 e 8..

Tabela 7 – Localização da lesão

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>
<i>Lábio inferior</i>	35	83,3
<i>Lábio superior</i>	1	2,3
<i>Ambos</i>	6	14,4

Tabela 8 – Características clínicas

<i>Variante</i>	<i>N</i>	<i>Média (%)</i>
<i>Lesão leucoplásica</i>	25	59,2
<i>Lesão eritroplásica</i>	10	23,8
<i>Lesão leucoeritroplásica</i>	7	16,7

Durante o exame físico, observou-se que o lábio inferior era o sítio mais acometido (83,3%) quando comparado ao lábio superior (2,3%), e que em 6 casos ambos foram afetados (14,4%). A característica clínica das lesões variou entre lesão leucoplásica (59,2%) - sendo a mais comum-seguida de lesão eritroplásica (23,8%) e, por último, leucoeritroplásica (16,7%), como demonstrado nas tabelas 7 e 8..

Tabela 9 – Exame histopatológico inicial

Variante	N	Média (%)
<i>Sem displasia</i>	14	33,3
<i>Displasia leve</i>	15	35,7
<i>Displasia moderada</i>	7	16,7
<i>Displasia intensa</i>	6	14,3

O tratamento variou de acordo com a necessidade, a colaboração e escolha do paciente, sendo o mais adotado a terapia fotodinâmica (42,9%), seguido por terapias locais (38,1%), orientações (16,7%) e vermelhectomia (2,3%), como apresentado na tabela 10.

Tabela 10 – Tratamento

Variante	N	Média
<i>Terapias locais</i>	16	38,1
<i>Terapia fotodinâmica (PDT)</i>	18	42,9
<i>Vermelhectomia</i>	1	2,3
<i>Orientações</i>	7	16,7

DISCUSSÃO

A queilite actínica é uma lesão considerada pré-maligna, uma vez que suas chances de malignização podem variar de 10 à 30% (MARCUCCI, 1997; LOPES et al, 2015). O lábio inferior, como descrito na literatura e observado neste estudo, é seu sítio de maior incidência devido a sua posição anatômica, sendo exposto por mais tempo prolongado naqueles que exercem atividades ao ar livre (RADAKOVIC, TANEW, 2017; PINHEIRO et al, 2018).

No presente estudo, a QA mostrou-se ser mais frequente em homens, leucodermas e com média de idade de 57,9 anos, em concordância com outras pesquisas realizadas anteriormente (LOPES et al, 2015; HEIMLICH et al, 2018; SOTIROU et al, 2010). A média de idade é provavelmente atribuída aos danos de uma exposição prolongada e progressiva à radiação UV. Se comparado, o gênero feminino é menos incidente, uma vez que esse grupo nos períodos de exposição possuem maiores cuidados (uso de protetores e chapéus), além disso, esse valor é consequência do fato das ocupações desempenhadas pelo gênero masculino em sua maioria ter uma maior exposição aos raios UV.

Ocupações que expõem o paciente por maior tempo à radiação, são consideradas um fator de risco para desenvolvimento desta lesão, e não diferente do padrão observado nas bibliografias usadas como referência, os indivíduos da presente amostra possuíam o mesmo padrão, onde mais da metade deles exerciam atividades em ambiente aberto (MARCUCCI, 1997; LOPES et al, 2015; PINHEIRO et al, 2018; HEIMLICH et al, 2018; SOTIROU et al, 2010).

Nesse estudo, houve uma maior ocorrência de QA foi nos indivíduos leucodermas, visto que pacientes melano-dermas possuem maior concentração de melanina no epitélio labial proporcionando proteção aos efeitos carcinogênicos desta exposição, assim como observado em outros (PINHEIRO et al, 2018; HEIMLICH et al, 2018; SOTIROU et al, 2010; LOPES et al, 2015; PIÑERA-MARQUES et al, 2010; CORSO et al, 2006; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2001). Porém, mesmo que inferiores, houveram casos em indivíduos feodermas e leucodermas, não excluindo as duas etnias de serem afetados se estes forem expostos à fatores de risco.

Ainda não há comprovações que o tabagismo e etilismo sejam fatores etiológicos da QA. Algumas pesquisas relatam que a combinação do contato direto das substâncias carcinogênicas destes com a exposição à radiação poderiam contribuir, principalmente, tabagistas que deixavam o cigarro repousando sobre o lábio inferior durante o hábito (CORSO et al, 2006). Porém em outros autores relatam não haver evidências dessa relação para o aparecimento da patologia, e tratam esta combinação como cofatores que aumentam a probabilidade de evolução da QA para um carcinoma epidermóide (NEVILLE BW et al, 2016). Nos indivíduos da amostra, ambos os hábitos não eram prevalentes, independente da faixa etária e gênero.

Clinicamente, a QA pode apresentar-se como lesões leucoplásicas, eritroplásicas ou leucoeritroplásicas, e assintomáticas. Neste estudo, o aspecto clínico mais recorrente apresentou-se na forma de lesões leucoplásicas, seguida por eritroplásica e leucoeritroplásica, respectivamente, relatada como mais usual em outros estudos (PIÑERA-MARQUES et al, 2010; KAUGARS et al, 1999).

A maioria dos casos relatado por PIÑERA-MARQUES et al apresentam-se na forma erosiva. Inicialmente, os achados clínicos apresentam-se como atrofia (áreas lisas e manchadas), ressecamento e fissuras no lábio, e há um apagamento da margem labial não podendo ser definido área de vermelhão e a pele. Com a progressão da lesão, áreas escamosas e secas aparecerão, tornam-se espessas e tendem a surgir lesões leucoplásicas, principalmente quando aproximadas da região úmida do lábio. A evolução da doença pode gerar o surgimento de úlceras crônicas que se desenvolvem em um ou mais locais, e estas ulcerações podem durar meses, podendo sugerir a evolução para carcinoma epidermóide (THIBODEAU, D'AMBROSIO, 1997).

Os padrões histopatológicos também são determinantes para avaliação do quadro evolutivo da QA. Normalmente, há hiperqueratoses e um epitélio pode ser acantótico ou atrófico, e o tecido conjuntivo apresentará uma faixa de elastose solar, devido a uma alteração no colágeno e nas fibras elásticas promovidas pelos raios UV. Este epitélio poderá apresentar diferentes graus de displasia (leve, moderada, intensa) ou até mesmo a ausência dela, como na amostra desta pesquisa.

Existe uma gama de opções de tratamentos disponíveis para QA, incluindo a crioterapia, 5-fluorouracil, imiquimod, eletrocirurgia, ablação com laser de dióxido de carbono e excisão cirúrgica (vermelhectomia) e a terapia fotodinâmica (PDT) (ISRAEL MS et al, 2016). Tendo como finalidade evitar e prevenir a transformação maligna. É válido ressaltar que o tratamento é adotado de acordo com a disponibilidade de material na instituição e colaboração do paciente, podendo variar. Dentre os 42 casos acompanhados na clínica de Estomatologia da FO-UERJ, a terapia fotodinâmica foi a opção mais utilizada, bem como as terapias locais e orientações, e apenas um caso foi realizada a vermelhectomia devido ao prognóstico e opção escolhida pelo próprio paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo corroboram o perfil clínico e epidemiológico dos portadores de QA relatados frequentemente na literatura: homens, leucodermas, maiores de 40 anos, que trabalham ao ar livre. Por este motivo, pacientes que possuam este perfil precisam de um exame cuidadoso dos lábios, proteção solar diária e monitoramento a longo prazo. Os recursos clínicos não se mostraram satisfatórios a ponto de não ser necessária a associação do histopatológico, este é de suma importância. Os resultados da biópsia são determinantes na escolha do tratamento adequado e individualizado da terapêutica, bem como um fonte de prognóstico de cada caso.

REFERÊNCIAS

1. SCHWARTZ, R.; STOLL, H.L. Epitelial precancerous lesions. *Dermatology in general medicine*. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1993
2. MARCUCCI, G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal. *Revista Paulista de Odontologia*. 1997.19(2),22-7.
3. NEVILLE, B.W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4 ed. [S.L.]: Elsevier. 2016. 723-725 p.
4. ISRAEL, M.S. et al. Vermilionectomy for a Progressively Actinic Cheilitis: Case Report. *Open Access Library Journal*. 2016 3: e3103.
5. LOPES, M.L. et al. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2015 90(4): 505-512.
6. RADAKOVIC, S.; TANEW, A. 5-aminolevulinic acid patch PDT in the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatol, Photoimmunol & Photomedicine*. 2017 ago, 33(6): 306-310
7. PINHEIRO, G.L. et al. Clinical Evaluation Of 10 Patients With Actinic Cheilitis Treated Using Photodynamic Therapy With Laser Therapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2018 fev; 126(3):e149.
8. HEIMLICH, F.V. et al. Clinicopathological profile and management of 33 casa of actinic cheilitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2018 fev; 126(3):e150.
9. SOTIROU, E. et al. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid actinic cheilitis: an 18-month clinical and histological follow-up. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010 24(8), 916-920.
10. PIÑERA-MARQUES, K. et al. Actinic lesions in fisherman's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. *Clinics (São Paulo)*. 2010; 65:363- 367.
11. CORSO, F.M. et al. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. *Clínica e Pesquisa Odontológica*. 2006; 2(4): 277-281.

- 12 - MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis.* 2001; 10: 212-216.
13. KAUGARS, G.E. et al. Actinic cheilitis review of 152 cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endod.* 1999; 88(2): 181-186.
14. THIBODEAU, E.A.; D'AMBROSIO, J.A. Measurement of lip and skin pigmentation using reflectance spectrophotometry. *Eur J Oral Sci.* 1997; 105:373-375.