

Carvalho, GAO, Souza JR, Câmara JVF, Ribeiro AOP & Pierote JrA (2020). Clinical, histopathological aspects and treatment of patients diagnosed with actinic cheilitis: literature review. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-20, e557974407.

Aspectos clínicos, histopatológicos e tratamento de pacientes diagnosticados com queilite actínica: revisão de literatura

Clinical, histopathological aspects and treatment of patients diagnosed with actinic cheilitis: literature review

Aspectos clínicos, histopatológicos y tratamiento de pacientes con diagnóstico de queilitis actínica: revisión de la literatura

Recebido: 11/05/2020 | Revisado: 12/05/2020 | Aceito: 24/05/2020 | Publicado: 30/05/2020

Guereth Alexanderson Oliveira Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3286-2943>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: guerethcarvalho@gmail.com

Joyce Rodrigues de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3444-4895>

Universidade Estadual Paulista, Brasil

E-mail: joyce.souza@unesp.br

João Victor Frazão Câmara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9687-4401>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: jvfrazao92@hotmail.com

Amanda de Oliveira Pinto Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4705-6848>

Universidade Estadual Paulista, Brasil

E-mail: amandaribeiro11.2@gmail.com

Josué Junior Araújo Pierote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0585-1405>

Universidade de Santo Amaro, Brasil

E-mail: josuepierote@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever os aspectos clínicos e histológicos, bem como discutir o diagnóstico, tratamento e medidas preventivas da Queilite actínica (QA). **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura, através da coleta de artigos indexados nos bancos de dados PubMed, Scielo e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde no período 2002 a 2020, além de livros de Patologia Bucal e Estomatologia. **Resultados:** É importante que, na prática odontológica, o profissional esteja devidamente capacitado, em especial o cirurgião-dentista, pois cabe a ele o papel de prevenção, diagnóstico, tratamento e preservação dessa condição clínica, dotado do conhecimento necessário para esse tipo de enfermidade, pois as lesões aparentemente simples podem responder potencialmente progredindo para o câncer. **Conclusão:** Para prevenção da QA, o uso de chapéus de abas largas e protetor labial com filtro solar é recomendado. O tratamento ideal deve ser escolhido de acordo com a situação individual de cada paciente, sendo que para QA aguda, a prevenção e tratamento conservador é a melhor opção, e a QA crônica, a remoção total da lesão se faz necessária.

Palavras-chave: Queilite; Patologia bucal; Assistência odontológica.

Abstract

Objective: To describe the clinical and histological aspects, as well as to discuss the diagnosis, treatment and preventive measures of actinic cheilitis (AC). **Methodology:** A literature review was carried out through the collection of articles indexed in the PubMed, Scielo and Regional Portal of the Virtual Health Library databases in the period 2002 to 2020, in addition to books on Oral Pathology and Stomatology. **Results:** It is important that, in dental practice, the professional is properly trained, especially the dental surgeon, as it is up to him the role of prevention, diagnosis, treatment and preservation of this clinical condition, with the necessary knowledge for this type of disease, because apparently simple lesions can potentially respond to progression to cancer. **Conclusion:** To prevent AC, the use of wide-brimmed hats and lip balm with sunscreen is recommended. The ideal treatment should be chosen according to the individual situation of each patient, and for acute AC prevention and conservative treatment is the best option, for chronic AC, total removal of the lesion is necessary.

Keywords: Cheilitis; Pathology oral; Dental care.

Resumen

Objetivo: Describir los aspectos clínicos e histológicos, así como discutir el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas de la Queilitis actínica. **Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura, a través de la recopilación de artículos indexados en las bases de datos PubMed, Scielo y Portal regional de la Biblioteca Virtual en Salud en el período 2002 a 2020, además de libros sobre Patología Oral y Estomatología. **Resultados:** Es importante que, en la práctica dental, el profesional esté debidamente capacitado, especialmente el cirujano dental, ya que depende de él el papel de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la preservación de esta afección clínica, con el conocimiento necesario para este tipo de enfermedad. , porque las lesiones aparentemente simples pueden responder progresivamente al cáncer. **Conclusión:** Para prevenir la QA, se recomienda el uso de sombreros de ala ancha y protector labial con protector solar. El tratamiento ideal debe elegirse de acuerdo con la situación individual de cada paciente, y para la prevención aguda de QA y el tratamiento conservador es la mejor opción, para el QA crónico, es necesaria la extirpación total de la lesión.

Palabras clave: Queilitis; Patología bucal; Atención odontológica.

1. Introdução

A Queilite Actínica (QA) é uma desordem potencialmente maligna que acomete principalmente lábio inferior. Essa lesão é associada à exposição crônica à luz UV que afeta preferencialmente indivíduos do sexo masculino de pele clara, com idade superior à 40 anos. É uma lesão de desenvolvimento lento que tem potencial para se desenvolver em carcinoma espinocelular (CEC) (Jadotte & Schwartz, 2012; Santana, Matuck, Tenório & Braga, 2020).

Essa lesão pode ser clinicamente classificada como aguda e crônica. A forma aguda caracterizada por edema, eritema, formação de bolhas seguida de crostas. É causada por exposições agudas ao sol em curto espaço de tempo sendo possível a resolução clínica dessas alterações com a interrupção do agente etiológico. Na forma crônica, apresenta manifestações mais severas e irreversíveis no epitélio labial, é causada por exposições acumulativas e prolongada aos raios ultravioletas. Apresenta-se clinicamente como uma lesão ressecada, fissurada e difusa, nessa lesão há perda do limite entre as semi-mucosas labiais e a pele, além de edema e eritemas locais, podem ocorrer descamação hiperqueratósica, leucoplasia, áreas inflamatórias juntamente com erosões e ulcerações que atingem parcialmente ou totalmente a área do vermelhão (Arnaud et al., 2014; Brito et al., 2019).

Cabral et al. (2013), ressaltaram a importância do conhecimento das características clínicas para um melhor reconhecimento da lesão sugestiva de QA, porém a biópsia e estudo histopatológico são necessários para confirmação do diagnóstico.

Em exame histológico essa lesão é caracterizada por modificações citológicas e arquitetônicas, displasia epitelial e elastose solar (degeneração basofílica das fibras elásticas). Tais alterações histológicas ocorrem devido à substituição do colágeno por um material basofílico amorfo (Jadotte & Schwartz, 2012).

Devido ao seu potencial de transformação maligna, o estudo e conhecimento das lesões de QA são de suma importância na prática clínica odontológica, uma vez, que cabe ao cirurgião-dentista a prevenção, diagnóstico e tratamento dessa condição clínica, sendo importante que os profissionais saibam não só diagnosticar, mas também reconhecer quais os sinais clínicos que demonstram uma maior severidade da doença (De Souza, Costa, da Silveira & Lima, 2012).

Acredita-se na relevância do tema, uma vez que, este tipo de lesão deve ser alvo da atenção, principalmente, dos cirurgiões-dentistas que necessitam orientar indivíduos expostos tanto cronicamente ou de forma aguda às radiações UV, quanto à prevenção e diagnóstico precoce da QA. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo, através de uma revisão de literatura, descrever os aspectos clínicos e histológicos, bem como discutir o diagnóstico, tratamento e medidas preventivas da Queilite Actínica.

2. Metodologia

A pergunta norteadora foi: “Quais as características clínicas, histopatológicas e tratamentos mais comumente associados em pacientes diagnosticados com Queilite Actínica?”. A questão chave foi estruturada utilizando a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Resultados (Outcomes): P: Pacientes com Queilite Actínica, I: Tratamento odontológico, C: Pacientes sem Queilite Actínica, e O: Características clínicas e histopatológicas, assim como as opções de tratamento.

A presente pesquisa enquadra-se em uma revisão narrativa de literatura. Mediante busca online, foi realizada coleta de artigos indexados nos bancos de dados MEDLINE (PubMed), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na busca manual, foram utilizado livros de Patologia Bucal e Estomatologia.

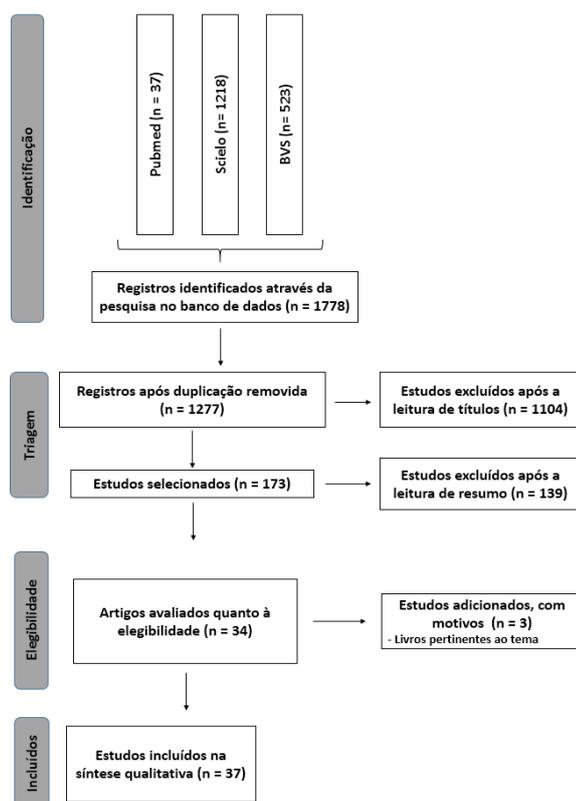
Para a localização dos artigos, os descritores cadastrados no DeCS (Descritores em

Ciências da Saúde) utilizados: “Cheilitis” OR “Pathology, Oral” AND “Dental Care”, assim como os respectivos termos em português. Com o objetivo de agregar evidências mais atuais, a busca foi limitada a trabalhos científicos publicados no período de 2002 a 2020, disponibilizados gratuitamente, nos idiomas português ou inglês.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos cujo objetivo era investigar a Queilite Actínica (diagnóstico, aspectos clínicos e histopatológicos, tratamento e prevenção), estudos clínicos (longitudinais, prospectivos, caso-controle), estudos *in vitro*, relatos de casos e revisões de literatura. Além disso, também foram utilizados livros da área de Patologia Bucal e Estomatologia. Os critérios de exclusão foram artigos com descrição metodológica deficiente, teses, dissertações, monografias, cartas ao editor, artigos de opinião, não disponibilizados na íntegra ou gratuitamente e anteriores ao ano 2002.

Ao final da coleta, foi totalizado 1778 artigos, sendo 37 no PubMed/MEDLINE, 1218 na SciELO e 523 na BVS. Após a leitura dos títulos e/ou resumos, foram excluídos 501 artigos duplicados, 1104 artigos após a leitura de títulos e 139 artigos após leitura dos resumos. Assim, 34 publicações lidas na íntegra, foram selecionadas com acréscimo de 3 livros, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do estudo.



Fonte: Autores.

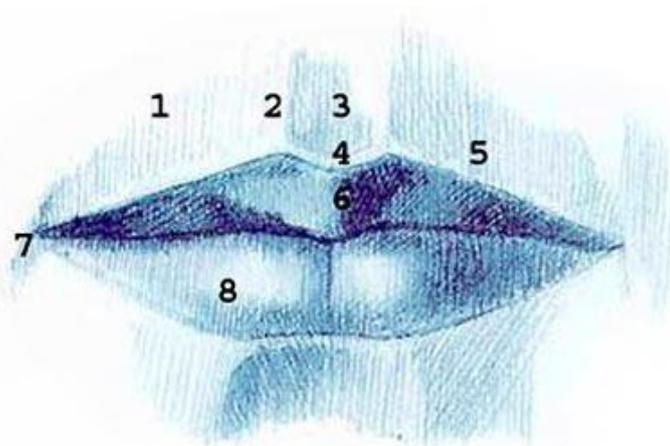
3. Revisão de Literatura

Conceituação e fatores etiológicos

Os lábios são unidades anatômicas de extrema importância estética e assim como a pele, estão sujeitos aos fatores extrínsecos e intrínsecos responsáveis pelo envelhecimento. Representam a parte do trato gastrointestinal mais prontamente examinável, devido a sua localização. Estão expostos ao meio ambiente, aos alimentos, a agentes irritativos como álcool e tabaco e, particularmente, aos efeitos decorrentes da incidência de luz solar, devido a sua posição anatômica ser de máxima exposição (Philipp-Dormston, Hilton & Nathan, 2014).

Dessa forma, a diversidade estrutural e anatômica identificada pelas diferentes regiões do lábio, como é evidenciado na Figura 2, além de sua evidente posição, faz com que essa parte do corpo humano seja alvo de doenças inflamatórias, autoimunes, infecciosas, tumores benignos e até mesmo lesões malignas e pré-malignas, como é o caso da QA (Dos Santos, de Sousa, Nunes, Sotto & de Araújo, 2003).

Figura 2: Anatomia labial. 1) Lábio superior: porção cutânea; 2) Coluna do filtro; 3) Sulco do filtro; 4) Arco de cupido; 5) Linha branca do lábio superior; 6) Tubérculo central da porção mucosa do lábio superior; 7) Comissura labial direita; 8) Lábio inferior: porção mucosa do vermelhão do lábio.



Fonte: Philipp-Dormston, Hilton e Nathan (2014).

A QA é uma lesão potencialmente maligna que afeta principalmente homens de pele clara, com idade superior a 40 anos que sofreram exposições constantes aos raios solares. A região acometida por essa lesão é o lábio inferior, devido a maior exposição dessa região aos

raios solares.

Indivíduos leucodermas do sexo masculino são preferencialmente mais acometidos por QA por apresentarem uma maior facilidade de absorção aos raios solares, além de, frequentemente exercerem atividades laborais que envolve exposição solar e serem menos propensos a usar protetor labial com filtro solar ou batom. A menor frequência entre os negros ocorre pelo efeito protetor da melanina, e em mulheres seria associada à maior frequência de aplicação de protetor solar e batom que os homens (Dancyger et al., 2018; Rodríguez-Blanco et al., 2019a). Além do acometimento em leucodermas, há uma maior incidência também em anormalidades genéticas tais como o albinismo e síndrome de Rothmund, e indivíduos com imunidade comprometida, especialmente pacientes transplantados, estes possuem risco elevado para desenvolvimento de câncer (Neville, Damm, Allen, & Bouquot, 2016).

Hábitos de vida pouco saudáveis, como a má alimentação, consumo de álcool e o tabagismo, predisposição genética e menor nível socioeconômica, são outros fatores etiológicos que tem sido associados à QA (Muthukrishnan & Kumar 2017; Dancyger et al. 2018).

Prevenção

Os métodos preventivos são de suma importância, uma vez que, estes podem evitar que indivíduos desenvolvam carcinoma oral. No entanto uma grande parcela de pacientes com QA desenvolvem CEC, devido à falta de prevenção, assim como um diagnóstico e tratamento precoce (Muthukrishnan & Kumar, 2017).

Os métodos preventivos, contra a QA, mais indicados pelos cirurgiões- dentistas são a utilização de chapéus com abas largas e uso de protetor labial. Contudo a melhor forma de prevenção está na conscientização, campanhas de prevenção e esclarecimentos sobre os malefícios do sol (Savage, McKay & Faulkner, 2010).

Porém, o estudo feito por Migliari et al. (2005) mostrou que os investimentos em campanhas educativas não alcançaram o efeito desejado, pois foi observado que apenas uma minoria da população colocou em prática o que foi exposto, e além do mais a maioria dos ouvintes consideram o protetor solar como um item de luxo.

Caso as alterações sejam diagnosticadas precocemente, o uso do protetor solar também está indicado para impedir maior progressão da patologia (Neville et al. 2016), pois uma mudança de estilo de vida, agentes terapêuticos e medidas de prevenção podem tratar a QA e evitar uma progressão para carcinoma oral (Muthukrishnan & Kumar 2017).

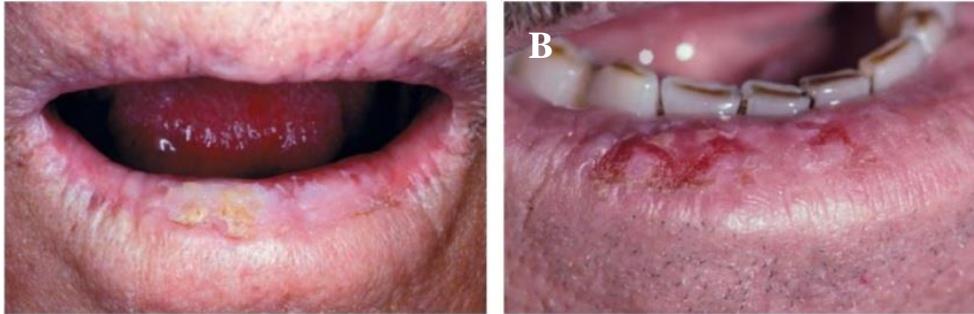
Aspectos clínicos

Clinicamente, a QA se apresenta de duas formas, aguda e crônica. A forma aguda ocorre logo após exposição excessiva a radiação UV, geralmente se manifesta no verão e é mais comum em pessoas jovens. A forma aguda tem como características edema, vermelhidão moderada, vesículas que se rompem, erosionam e causam fissuração severa. O mecanismo patogênico consiste de uma clássica reação fototóxica e o aumento de temperatura do tecido influenciando na vasodilatação, precipitando o aparecimento de edema e do eritema seguido de descamação, expressando-se clinicamente por vesículas, fissuras e ulcerações, que caracterizam a forma mais severa, levando o indivíduo a um desconforto quando da alimentação e fala (Lugović-Mihić, Pilipović, Crnarić, Šitum & Duvančić, 2018). Nos casos menos intensos o lábio fica edemaciado, vermelho e congesto, com descamação. A forma crônica é uma alteração cumulativa e irreversível onde o lábio apresenta-se ressecado e atrófico com áreas discrômicas, placas brancas ou acinzentadas e erosões recorrentes. É geralmente assintomática, mas pode ocorrer em alguns casos sensação de dormência, dor e queimação (Lima Gda, Silva, Gomes, Araújo & Salum, 2010).

Na QA crônica, o vermelhão do lábio apresenta placas de hiperqueratose entremeadas por áreas irregulares de eritema. Descamação persistente e sensação de secura podem estar presentes e representarem um problema para o paciente. Há perda da linha de demarcação entre o vermelhão do lábio e a pele. O tecido da pele imediatamente abaixo do lábio se torna espesso resultando na perda da concavidade normal dessa área. Com o tempo esse espessamento se torna mais pronunciado, o eritema se torna mais evidente, a hiperqueratose se espessa e pequenas úlceras podem se formar e tornarem-se lentas na reparação. Alguns pacientes apresentam sensação de formigamento ou queimação (Figura 3A) (Pennini, Rebello & Silva, 2006).

As lesões eritematosas ou que deixam as áreas elevadas, endurecidas, as úlceras, que não cicatrizam e a presença de placa branca, devem ser analisadas com cautela, pois há possibilidade de transformação maligna (Figura 3B).

Figura 3: Queilite Actínica. A) um embaçamento da interface entre a mucosa do vermelhão e a pele do lábio é especialmente notado neste caso, B) Lesões com crostas e ulceradas no vermelhão do lábio.



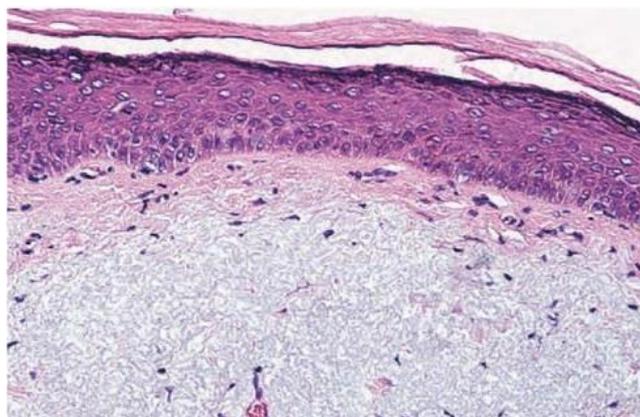
Fonte: Neville, Damm, Allen, & Bouquot, 2002.

Aspectos histopatológicos

A QA é caracterizada histologicamente por um epitélio escamoso estratificado atrófico, demonstrando frequentemente produção acentuada de queratina, com acúmulo de fibras basofílicas na parte superior do tecido conjuntivo, que corresponde a degeneração do colágeno. Vários graus de displasia epitelial podem ser encontrados, ou seja, leve, moderada e grave, sendo subdivididas conforme suas alterações celulares.

Um infiltrado celular inflamatório crônico leve geralmente está presente subjacente ao epitélio displásico. O tecido conjuntivo subjacente invariavelmente demonstra uma banda de alterações amorfas, acelulares e basofílicas conhecidas como elastose solar (Figura 3), presumivelmente um resultado da alteração do colágeno e das fibras elásticas induzidas pela luz UV (Neville. Damm, Allen, & Bouquot, 2002; Pouloupoulos et al., 2009).

Figura 3: Elastose solar, presença de hiperqueratose e atrofia epitelial.



Fonte: Neville, Damm, Allen, & Bouquot, 2002.

Cavalcante, Anbinder e Carvalho (2008) e Neville et al. (2016) relataram que as características histológicas da QA incluem epitélio escamoso estratificado atrófico, marcante produção de ceratina. Também é encontrado graus variados de displasia epitelial e leve infiltrado inflamatório crônico, comumente subjacente ao epitélio displásico. O tecido conjuntivo apresenta invariável feixe de alterações basofílicas amorfa e acelular denominada elastose solar, que são alterações nas fibras colágenas e elásticas induzidas pela luz UV.

A QA exibe alterações histomorfológicas que indicam desvio da diferenciação normal, apresentando diferentes graus de displasia. Não tendo os critérios histomorfológicos reais bem definidos em relação a queratose solar e ao carcinoma epidermóide, sendo de extrema necessidade que juntamente ao exame clínico se tenha uma biópsia e estudo histopatológico quando detectadas áreas erosivas ou infiltradas, demonstrando potencial de malignização (Araújo et al., 2012)

Finalizando, Abreu et al. (2006) salientaram que quando as lesões forem excisadas para biópsia, é importante analisar o tecido adjacente no momento do histopatológico, pois facilitará as informações referentes ao prognóstico, orientando o cirurgião-dentista da necessidade de um acompanhamento mais detalhado do paciente ou da precisão de se intervir novamente.

Diagnóstico

O diagnóstico da QA é realizado através de anamnese e exame clínico detalhado, e confirmado com exames histológicos, a biópsia incisional, que irá detectar o estágio em que a patologia se encontra e descartar diagnóstico diferencial. Como diagnóstico diferencial para QA, destacam-se: leucoplasia, eritroplasias, líquen plano, carcinoma epidermóide, lúpus eritematoso, queratoacantomas, queimaduras, herpes recorrente, ressecamento labial, queilite irritativa, idiopática e granulomatosa (Martins, Marques, Martins, Bussadori & Fernandes, 2007).

Fu e Cockerell (2003) afirmaram que a biópsia deve ser feita para excluir envoltimentos profundos, mais especificamente quando a lesão é ampla, sangrante, eritematosa e geralmente endurecida. Para Neville et al. (2016), a biópsia e incisional deve ser realizados na vigência de zonas endurecidas, espessas, ulceradas ou leucoplásicas que sugerem malignidade.

Além disso, exames complementares podem ser utilizados como o teste pelo iodo de Schiller que é de fácil execução pois consiste em aplicar a tintura de iodo na lesão e analisar o

resultado imediatamente. Em caso de malignidade a lesão não irá corar, pois as células malignas não apresentam afinidade com o composto. Já nas células normais a cor parda é observada, devido ao glicogênio presente (Tommasi, 2014).

O aparecimento de elevações sobre a lesão, áreas eritematosas, fissuras, ulceração e sangramento são sinais importantes de que provável cancerização esteja ocorrendo (Tommasi, 2014). O cirurgião-dentista têm papel importante no diagnóstico precoce e na prevenção dessas lesões, por examinarem regularmente o rosto, os lábios e a boca.

Tratamento

O tratamento tem como objetivo interromper o processo proliferativo da lesão, tanto nas lesões agudas quanto crônicas. Nas lesões agudas será recomendado ao paciente que cesse as exposições agudas ao sol sem proteção, além de obrigatório uso de protetor labial com filtro solar. Nos casos de queilite actínica crônica, muitas das alterações são provavelmente irreversíveis, mas o paciente também deve ser encorajado quanto ao uso de filtro solar e mudança nos hábitos de exposição solar, para evitar o desenvolvimento de Carcinoma de Células Escamosas, bem como, corrigir na medida do possível, os danos estéticos no lábio. Existem várias técnicas de tratamento para a QA crônica, que incluem tratamento cirúrgico, terapia a laser, agentes anti-inflamatórios e agentes quimioterápicos (Larizza, Roversi, & Volpi, 2010; Neville et al. 2016; Salgueiro, de Jesus, de Souza, Rados & Visioli, 2019; Varela-Centelles, Seoane-Romero, García-Pola & Seoane-Romero, 2020).

Dentre os tratamentos cirúrgicos, tem-se: criocirurgia, vermelhectomia, peeling químico e eletrocirurgia. A crioterapia consiste na aplicação tópica de criogênicos, mais comumente nitrogênio líquido, no tratamento de múltiplas lesões dermatológicas. Para tratamento da QA, a criocirurgia apresenta bons resultados, visto que, a superfície lisa e a umidade das membranas mucosas permitem o seu congelamento rápido. Essa lesão na epiderme faz com que ela se separe da derme, tratando efetivamente o epitélio (Shah, Doherty & Rosen, 2010). Vermelhectomia à bisturi é um procedimento invasivo onde uma parte do vermelhão do lábio é removido sem atingir o músculo subjacente. Embora cicatrizes sejam inevitáveis, podem ser reduzidas com a ajuda de esteróides e fisioterapia. O método é altamente eficaz e tem um tempo de recuperação inferior aos demais. O peeling químico utiliza uma solução química com ácido tricloroacético a 50% que é aplicado no tecido afetado. A pele nova, regenerada é geralmente mais suave e livre de lesões. No entanto, quando aplicado no lábio este torna-se temporariamente mais sensível ao sol. Na

eletrocirurgia, uma corrente elétrica de alta frequência é aplicada na área afetada para destruir a lesão pré-cancerosa. A eletrocirurgia pode envolver a destruição de tecidos e cicatrizes adjacentes por isso, a anestesia local antes do tratamento deve ser administrada ao paciente (Larizza et al., 2010).

O laser de CO₂ é altamente eficaz para lesões extensas e com prognóstico favorável, o vermelhão do lábio é submetido à terapia para remissão precoce das lesões, é uma boa alternativa de tratamento, uma vez, que alcança bons resultados e possui um baixo potencial de indução de cicatrizes (De Godoy et al. 2009; Larizza et al., 2010).

Como agentes anti-inflamatório, Lima Gda et al. (2010) demonstraram que o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) se mostrou com um possível efeito antineoplásico, pois induzem inibidores de apoptose via cicloxigenase (COX-1 e COX-2), que estão envolvidas no metabolismo do ácido araquidônico, porém esses mecanismos de ação não estão completamente compreendidos.

Por fim, como agentes quimioterápicos o 5-Fluorouracil (5-FU) é uma opção de medicação tópica aplicada às lesões de pele afetadas com revestimento fino. 5-FU tem a capacidade de penetrar nas camadas mais profundas da pele e, subsequentemente, bloquear a síntese do DNA. No entanto, a 5-FU tópica tem muitos efeitos colaterais imediatos, incluindo eritema e edema dos lábios, bem como indução de erosão à ulceração; esses sintomas geralmente persistem por todo o curso da terapia (Larizza et al., 2010; Shah et al., 2010).

4. Resultados e Discussão

A QA é uma reação inflamatória pré maligna de evolução lenta que acomete principalmente lábio inferior e tem como causa a exposição aos raios solares. Indivíduos do sexo masculino, com pele clara e idade superior a 40 anos são mais acometidos (Gonzaga, 2020). Além do tabagismo, a exposição crônica solar é um fator desencadeador, portanto trabalhadores rurais fazem parte do grupo de risco, assim como indivíduos que tiveram algum tipo de queimadura. Vetorazzo, Rolim, Rolim, Guedes e Souza (2020) avaliaram prevalência de alterações bucais em pacientes com necessidades especiais e constataram que 7,6% dos pacientes apresentaram modificação no sistema estomatognático e deste grupo, 40% apresentaram QA, sendo justificado pelo fato da cidade de Araruana/Paraíba ter grande atividade agrícola.

Reddy et al. (2018) analisaram 2487 casos de lesões dermatológicas em um Serviço de Biópsia de Patologia e verificaram que a QA foi a lesão predominante, e associam este

resultado ao fato da Flórida possuir um índice ultravioleta alto. Araújo et al. (2012) relataram a predominância de pacientes do sexo masculino diagnosticados com QA e leucodermas, corroborando com os achados clínicos já evidenciados na literatura. Todavia, em um estudo realizado por Pires et al. (2020), ao investigarem lesões orais potencialmente malignas em uma população brasileira, constataram que as mulheres foram mais acometidas e após a leucoplasia, a QA foi mais prevalente.

Essa lesão é classificada em aguda e crônica. Na forma aguda, o paciente apresenta edema e eritema brandos, fissuras, vesículas e bolhas no vermelhão do lábio, e na crônica o processo se evidencia com o surgimento de manchas esbranquiçadas com a perda de coloração do vermelhão do lábio, bem como, apagamento do limite entre semimucosa labial e pele oral. O diagnóstico da QA deve ser feito através de anamnese e exame clínico minucioso além de exame histológico para confirmar o diagnóstico e o grau em que a lesão se encontra (Neville et al. 2016; Tenorio, Santos, Ferreira, Peixoto & Ribeiro, 2018).

Em estudo recente, Barros et al. (2020), classificam a queilite actínica como a segunda lesão mais frequente em lábio, e ainda alertam para o potencial de malignidade dessa doença. Dessa forma, é evidente a importância que essa lesão representa, principalmente em regiões tropicais onde a população se expõe de forma crônica aos raios solares, devido a atividades laborais ao ar livre (Dancyger et al. 2018).

Mello, Melo, Modolo e Rivero (2019) investigaram a prevalência de lesões malignas e potencialmente malignas do lábio em um serviço de Patologia Oral no Brasil. Clinicamente, a QA foi diagnosticada em 50,8% dos casos, porém 8 dos casos, ao examinarem o exame histopatológico, foi diagnosticado como Carcinoma de Células Escamosas. Nesse sentido, é fundamental que o cirurgião-dentista tenha consciência que uma lesão oral pode assumir características diferenciadas, e dessa forma, é extremamente necessário realizar a biópsia. Através deste exame é possível saber qual é o tipo de câncer, onde o tumor se originou, de que forma se desenvolveu e se houve ou não metástase. Também revela se há alterações na forma e tamanho das células, sendo útil não só no diagnóstico de câncer, como também na verificação de outros problemas de saúde, como doenças inflamatórias e infecciosas (Dos Santos et al., 2019).

As características histopatológicas mais evidentes da QA são a presença de granulocitose e a degeneração das fibras elásticas e colágenas do tecido conjuntivo, portanto, essa alteração é denominada de elastose solar, caracterizada pelo acúmulo de material de basofílico amorfo. Santana, Nagata, Saturno e Trierveiler (2020) analisaram a elastose solar (ES) em 52 casos de QA, sendo detectado ES variável e perda de colágeno tipo I, não sendo

associados à displasia epitelial.

Outras características foram relatadas por Santos, de Souza, Nunes, Sotto, de Araújo (2007), como o deperecimento de estratificação, hiperchromatismo nuclear, presença de mitose, células multinucleadas e alterações basofílicas no tecido conjuntivo. Os mesmos achados foram relatados por Araújo et al. (2012), ao avaliarem aspectos morfológicos de 35 indivíduos com QA no Nordeste do Brasil.

Todas as QA irão apresentar hiperqueratose, paraqueratose e acantose, todavia é possível observar variações nas características histopatológicas, como por exemplo, o grau de atipia nas áreas de hiperplasia que podem ser tornar condições de malignidade (Carcinoma de Células Escamosas) (Lugović-Mihić et al., 2018). É evidenciada a presença de infiltrado inflamatório, de leve a moderada, formada por linfócitos e plasmócitos. Além disso, a produção de queratina também pode ser observada, visto que a QA é consequência da atrofia do epitélio escamoso estratificado (Slama, 2019).

Ao analisarem o nível de vasodilatação, Araújo et al. (2012), identificaram esta característica em 91% dos casos. Essa condição está associada à presença de vasos sanguíneos dilatados na lâmina própria em áreas de alterações basofílicas, devido ao crescente volume de células endoteliais.

Sendo assim, as condutas terapêuticas devem visar impedir a transformação maligna da queilite actínica. O tratamento conservador deve ser o tratamento de escolha quando o exame histológico não demonstrar atipia epitelial, ou seja, QA aguda, então o tratamento seria encorajar o paciente quanto ao uso de chapéu e protetor solar, bem como acompanhamento clínico periódico de controle (Rodríguez-Blanco et al. 2019b). No entanto, quando atipias forem reveladas no exame histológico, a remoção total da lesão se faz necessária, para tal, pode-se recorrer à crioterapia, cirurgia com bisturi à frio, a eletrocauterização e laserterapia (Neville et al. 2016).

Lai et al. (2019) demonstraram que embora não haja evidências suficientes para recomendar qualquer tratamento específico, a terapia a laser é uma boa opção como abordagem não cirúrgica e a terapia fotodinâmica mostrou maior eficácia na resposta clínica, no entanto ressaltam que mais estudos devem ser realizados para avaliar a eficácia e a segurança dos tratamentos comumente usados para QA, assim como para avaliar a estratégia terapêutica ideal para cada paciente. Corroborando com este achado, Salgueiro et al. (2019), por meio de uma revisão sistemática, relataram resultados positivos com a utilização da terapia fotodinâmica, com uma melhora de 100% dos pacientes, contudo, no aspecto histopatológico, a melhora variou entre 16% e 100%. Outra meio citado como tratamento foram

os agentes quimioterápicos, apresentando melhora clínica em 80 a 100% dos pacientes e melhora histopatológica em 73 a 100%.

Em contra partida, uma revisão sistemática realizada por Varela-Centelles et al. (2020) relataram que o tratamento cirúrgico é a primeira opção de tratamento e se mostrou útil para o controle clínico e patológico. No entanto, não houve evidência de tratamento eficaz na prevenção de transformações malignas. Procedimentos não cirúrgicos mostraram resultados menos consistentes, embora a terapia medicamentosa possa melhorar os resultados obtidos por outras abordagens terapêuticas.

É importante que, na prática odontológica, o profissional esteja devidamente capacitado, pois cabe ao cirurgião-dentista o papel de prevenção, diagnóstico, tratamento e preservação dessa condição clínica, dotado do conhecimento necessário para esse tipo de enfermidade, pois as lesões aparentemente simples podem responder potencialmente progredindo para o câncer (Luz et al., 2014).

É crucial o reconhecimento precoce da queilite actínica, pois dessa forma será possível o desenvolvimento de estratégias individuais para cada paciente, e impedir a progressão da doença e promover um tratamento eficaz, aumentando as chances de um prognóstico favorável.

5. Considerações Finais

Conclui-se que os aspectos clínicos são variáveis e podem apresentar as seguintes características: manchas e placas brancas, áreas eritematosas, edema, perda de junção mucocutânea, erosão, úlceras ou crostas. Já as características histopatológicas são bem definidas e incluem: aumento da espessura da camada de queratina, elastose solar, infiltrado inflamatório e displasia epitelial.

Para prevenção da QA, o uso de chapéus de: abas largas e protetor labial com filtro solar são recomendados. O diagnóstico se dá por meio de exame clínico detalhado e biopsia incisional. O tratamento ideal deve ser escolhido de acordo com a situação individual de cada paciente, sendo que para QA aguda, a prevenção e tratamento conservador é a melhor opção, e para a QA crônica a remoção total da lesão se faz necessária. Mais estudos são necessários a fim de investigar tratamentos mais eficazes e, principalmente, investir na promoção de saúde através de políticas governamentais, alertando sobre a prevenção e transformação da QA em uma lesão potencialmente maligna.

Referências

- Abreu MAMM, Silva OMP, Pimentel DRN, Hirata CHW, Alchorne MMA & Michalany NS (2006). Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(6), 767-71.
- Araújo CP, Vidal MTA, Gurgel CAS, Ramos EAG, Jr AAB, Ramalho LMP & Santos JNI (2012). Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. *Rev. pós-grad*, 19(1), 21-7.
- Arnaud, R. R., Soares, M. S. M., Paiva, M. A. F., Figueiredo, C. R. L. V., Santos, M. G. C. & Lira, C. C. (2014). Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. *Rev Odontol UNESP*, 43(6), 384-389.
- Barros, C. C., Medeiros, C. K., Rolim, L. S., Cavalcante, I. L., Santos, P. P., Silveira, E. J. & Oliveira, P. T. (2020). A retrospective 11-year study on lip lesions attended at an oral diagnostic service. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 25(3), 370-374.
- Brito, L. N. S., Bonfim, A. C. E. A., Gomes, D. Q. C., Alves, P. M., Nonaka, C. F. W. & Godoy, G. P. (2019). Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. *Rev Odontol UNESP*, 48(No issue).
- Cabral, R., Teixeira, V., Vieira, R. & Figueiredo, A. (2013). Queilite actínica ablação com laser CO2 versus vermelhectomia-análise de 11 anos. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 71(2), 177-183.
- Cavalcante, A. S., Anbinder, A. L. & Carvalho, Y. R. (2008). Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg*, 66(3), 498-503.
- Dancyger, A., Heard, V., Huang, B., Suley, C., Tang, D. & Ariyawardana, A. (2018). Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. *Journal of investigative and clinical dentistry*, 9(4), e12343.

- De Godoy Peres, F. F., Brandão, A. A. H., Carvalho, Y. R., Dória Filho, U. & Plapler, H. (2009). A study of actinic cheilitis treatment by two low-morbidity CO 2 laser vaporization one-pass protocols. *Lasers in medical science*, 24(3), 375-385.
- De Souza Lucena, E. E., Costa, D. C., da Silveira, E. J. & Lima, K. C. (2012). Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Dis*, 18(6), 575-579.
- Dos Santos, H. T., Cunha, J. L., Santana, L. A. M., Trento, C. L., Marquetti, A. C., de Albuquerque-Júnior, R. L. C. & de Sousa, S. F. (2019). Plasma cell cheilitis: the diagnosis of a disorder mimicking lip cancer. *Autops Case Rep*, 9(2), e2018075.
- Dos Santos, J. N., de Sousa, S. O., Nunes, F. D., Sotto, M. N. & de Araújo, V. C. (2003). Altered cytokeratin expression in actinic cheilitis. *J Cutan Pathol*, 30(4), 237-241.
- Fu, W. & Cockerell, C. J. (2003). The actinic (solar) keratosis: a 21st-century perspective. *Archives of dermatology*, 139(1), 66-70.
- Gonzaga, A. K. G., Mafra, R. P., da Silva, L. P., de Almeida Freitas, R., de Souza, L. B. & Pinto, L. P. (2020). Actinic cheilitis: Morphometric parameters and its relationship with the degree of epithelial dysplasia. *Acta Histochemica*, 122(1), 151452.
- Jadotte, Y. T. & Schwartz, R. A. (2012). Solar cheilosis: an ominous precursor: part I. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol*, 66 (2): 173–186.
- Lai, M., Pampena, R., Cornacchia, L., Pellacani, G., Peris, K. & Longo, C. (2019). Treatments of actinic cheilitis: A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol*, [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.106.
- Larizza, L., Roversi, G. & Volpi, L. (2010). Rothmund-thomson syndrome. *Orphanet journal of rare diseases*, 5(1), 2-16.
- Lima Gda, S., Silva, G. F., Gomes, A. P., de Araújo, L. M. & Salum, F. G. (2010). Diclofenac in hyaluronic acid gel: an alternative treatment for actinic cheilitis. *J Appl Oral Sci*, 18(5), 533-537.

Lugovic-Mihic, L., Pilipovic, K., Crnaric, I., Šitum, M. & Duvancic, T. (2018). Differential diagnosis of cheilitis – how to classify cheilitis? *Acta Clin Croat*, 57(2), 342-351.

Luz, A. A., Faria, T. G. S., Catanoze, I. A., Ferreira, L. L., Bernabé, D. G. & Miyahara, G. I. (2014). *Rev Odontol UNESP*, 43(N Especial):116

Martins, M. D., Marques, L. O., Martins, M. A. T. M., Bussadori, S. K. & Fernandes, K. P. S. (2007). Queilite actínica: relato de caso clínico. *Conscientiae saúde*, 6(1), 105-110.

Mello, F. W., Melo, G., Modolo, F. & Rivero, E. R. (2019). Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *J Clin Exp Dent*, 11(1), 62-69.

Migliari, D. A., Birman, E. G., Silveir, F. R. X., Santos, G. G., Marcucci, G., Wwinfeld, I., Guimarães Junior, J., Sugaya, N. N., Silva, S. S. & Crivello Junior, O. (2005). *Fundamentos da odontologia: estomatologia (monografia)*. São Paulo: Repositório USP.

Muthukrishnan, A. & Kumar, L. B. (2017). Actinic cheilosis: early intervention prevents malignant transformation. *BMJ Case Rep*, Published online. doi:10.1136/bcr-2016-218654.

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M. & Bouquot, J. E. (2002). *Patologia Oral & Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Neville, B. W. Damm, D. D., Allen, C. M. & Bouquot, J. E. (2016). *Patología Epitelial. Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Pennini, S. N., Rebello, P. F. B. & Silva, M. R. (2006) Queilites. *J Bras Med*, 78(6), 104-108.

Philipp-Dormston, W. G., Hilton, S. & Nathan, M. (2014). A prospective, open-label, multicenter, observational, postmarket study of the use of a 15 mg/mL hyaluronic acid dermal filler in the lips. *J Cosmet Dermatol*, 13(2), 125-134.

Pires, F. R., Barreto, M. E., Nunes, J. G., Carneiro, N. S., Azevedo, A. B. & Dos Santos, T. C. (2020). Oral potentially malignant disorders: clinical-pathological study of 684 cases diagnosed in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 25(1), 84-88.

Poulopoulos, A., Aramuni, G., Meyer, G., Soykan, T., Hoon, M., Papadopoulos, T., Zhang, M., Paarmann, I., Fuchs, C., Harvey, K., Jedlicka, P., Schwarzacher, S. W., Betz, H., Harvey, R. J., Brose, N., Zhang, W. & Varoqueaux, F. (2009). Neuroligin 2 drives postsynaptic assembly at perisomatic inhibitory synapses through gephyrin and collybistin. *Neuron*, 63(5), 628-642.

Reddy, R., Davidova, L., Bhattacharyya, I., Cohen, D. M., Islam, M. N. & Fitzpatrick, S. G. (2018). Dermatologic Lesions Submitted to an Oral and Maxillofacial Pathology Biopsy Service: An Analysis of 2487 Cases. *Head and Neck Pathology*, 12:(4), 493–499.

Rodríguez-Blanco, I., Florez, A., Paredes-Suárez, C., Rodríguez-Lojo, R., González-Vilas, D., Ramírez-Santos, A., Paradela, S., Conde, I. S. & Pereiro-Ferreirós, M. (2019a). Use of lip photoprotection in patients suffering from actinic cheilitis. *Eur J Dermatol*, 29(4), 383-386.

Rodríguez-Blanco, I., Flórez, Á., Paredes-Suárez, C., Rodríguez-Lojo, R., González-Vilas, D., Ramírez-Santos, A., Paradela, S., Conde, I. S. & Pereiro-Ferreirós, M. (2019b). Actinic Cheilitis: Analysis of Clinical Subtypes, Risk Factors and Associated Signs of Actinic Damage. *Acta Derm Venereol*, 99(10):931-932.

Salgueiro, A. P., de Jesus, L. H., de Souza, I. F., Rados, P. V. & Visioli, F. (2019). Treatment of actinic cheilitis: a systematic review. *Clin Oral Investig*, 23(5), 2041-2053.

Santana, T., Matuck, B., Tenório, J. R. & Braga, M. M. (2020). Can immunohistochemical biomarkers distinguish epithelial dysplasia degrees in actinic cheilitis? A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 25(1), 106–e116.

Santana, T., Nagata, G., Saturno, J. L. & Trierveiler, M. (2020). Histopathological features of photodamage and mast cell infiltrate in actinic cheilitis with different grades of epithelial dysplasia. *J Cutan Pathol*, [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/cup.13677.

Shah, A. Y., Doherty, S. D. & Rosen, T. (2010). Actinic cheilitis: a treatment review. *International journal of dermatology*, 49(11), 1225-1234.

Slama, B. (2019) Potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Rev Prat*, 69(8), 856-860.

Savage, N. W., McKay, C. & Faulkner, C. (2010). Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*, 55(1), 78-84.

Tenorio EP, Santos JAPD, Ferreira SMS, Peixoto FB & Ribeiro CMB (2018). Queilite actínica: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*, 28(No issue), 1970.

Tommasi AF (2014). *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Pancast.

Varela-Centelles, P., Seoane-Romero, J., García-Pola, M. J., Leira-Feijoo, Y. & Seoane-Romero, J. M. (2020). Therapeutic approaches for actinic cheilitis: therapeutic efficacy and malignant transformation after treatment. *Int J Oral and Maxillofac Surg*. [Epub ahead of print] doi: 10.1016/j.ijom.2020.02.014.

Vetorazzo KRS, Rolim TFA, Rolim AKA, Guedes MCCM & Souza SLX (2020). Prevalência de alterações bucais em pacientes com necessidades especiais. *Research, Society and Development*, 9(2), e146922148.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Guereth Alexanderson Oliveira Carvalho – 24%

Joyce Rodrigues de Souza – 19%

João Victor Frazão Câmara – 19%

Amanda de Oliveira Pinto Ribeiro – 19%

Josué Junior Araujo Pierote – 19%