

Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas

Actinic cheilitis: A retrospective study of clinical and histopathological features

Adrielle Lindolpho Cremonesi¹, Reyna Aguilar Quispe², Alexandre Simões Garcia³,
Paulo Sérgio da Silva Santos⁴

Resumo

Objetivo: Estabelecer o perfil demográfico, clínico e histopatológico dos pacientes com Queilite Actínica (QA).

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo de 56 prontuários que corresponderam à busca do termo de “queilite actínica” no banco de dados da clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo no período de 2002 a 2013. Foram coletados dados demográficos, clínicos e histopatológicos. A análise estatística foi de caráter descritivo. **Resultados:** O gênero masculino foi o mais afetado com 75%, com uma maior prevalência na faixa etária de 61 a 70 anos de idade. Fatores como o tabagismo (75%) e exposição solar (28,58%) estiveram presentes. A região mais afetada foi a parte média do lábio inferior apresentando lesões com medidas frequentes de 5mm (16,07%) e 10 mm de diâmetro (16,07%). As lesões brancas (23,1%) e erosões com presença de úlceras (47,7%) foram as características clínicas mais frequentes. A característica histopatológica mais frequente foi a elastose solar (74,2%). A transformação maligna aconteceu em 16,07% dos casos.

Conclusões: A QA teve como principal fator relacionado à sua aparição o tabagismo, preferência pelo gênero masculino com manifestações clínicas principalmente entre a quinta e sexta década de vida. Foram encontradas as seguintes características clínicas: erosões, úlceras e atrofia na parte média do lábio inferior. As características histopatológicas foram: elastose solar e infiltrado inflamatório. Evidentemente alguns casos poderiam ter transformação em carcinoma espinocelular.

Descritores: Queilite, Lábio, Neoplasias labiais, Patologia bucal

Abstract

Objective: To establish the demographic, clinical and histopathological profile in patients with Actinic Cheilitis (AC). **Methods:** We conducted a retrospective study of 56 clinical records that matched the search term “actinic cheilitis” using data of the Stomatology Clinic of Bauru School of Dentistry, University of São Paulo, between the years of 2002 - 2013. We collected demographic, clinical and histopathological data. The statistical analysis was descriptive. **Results:** The male gender was the most affected with 75%, a higher prevalence was in the age group 61-70 years old. Factors such as smoking (75%) and solar exposure (28.58%) were present. The middle part of the lower lip was the most affected place, exhibiting a measure between 5mm (16.07%) and 10 mm (16.07%) of diameter. The most frequent clinical features were white lesions (23.1%) and erosions with a presence of ulcers (47.7%). Solar elastosis (74.2%) was the most frequent histopathological feature. The AC manifested 16.07% of malignant transformations. **Conclusion:** The main factor related to the AC appearance was smoking. The AC had a preference for males with clinical manifestations mainly between the fifth and sixth decades of life. The manifestations included clinical features such as erosions, ulcers, and atrophy in the middle part of the lower lip. The main histopathological features were solar elastosis and inflammatory infiltrate. It is evident in some cases that it could evolve into squamous cell carcinoma.

Keywords: Cheilitis; Lip; Lip neoplasms; Pathology, oral

1. Aluna de Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo

2. Mestranda na área de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo

3. Doutorando na área de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo

4. Professor Associado do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo

Trabalho realizado: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia de Bauru - Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia

Endereço para Correspondência: Prof. Dr. Paulo Sérgio da Silva Santos. Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Alameda Octávio Pinheiro Brisola, 9-75, Vila Universitária - 17012-191 - Bauru - SP - Brasil. Telefone: (14) 3226-6113 FAX: (55) 14-32358254. e-mail: paulosss@fob.usp.br

Declaração isenção e de conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse e nenhum apoio financeiro. A presente pesquisa está em conformidade com as leis atuais do Brasil, em matéria de normas éticas.

Introdução

A queilite actínica (QA)⁽¹⁾ caracteriza-se por ser uma lesão inflamatória, assintomática em suas etapas iniciais, com evolução prolongada, associada a diversos fatores como a exposição solar, tabagismo, etilismo e fatores socioeconômicos; não obstante, em algumas ocasiões a origem pode não ficar estabelecida⁽²⁻⁴⁾. Os lábios dos pacientes devem ser examinados detalhadamente, pois a QA acomete esta região⁽¹⁾. A QA tem preferência por pessoas de pele clara e que estão em faixa etária a partir de 40 anos, porém, alguns estudos relatam casos em pessoas jovens^(5,6). Durante o exame clínico dos lábios podem estar presentes as seguintes características: erosões, lesões brancas, úlceras, atrofia, hiperplasia e crostas^(7,8). A QA caracteriza-se como uma lesão potencialmente maligna por apresentar a possibilidade de transformação em carcinoma espinocelular^(9,10). Entre as características histopatológicas podemos encontrar: Hiperplasia celular, hiperplasia nuclear, pleomorfismo nuclear, mitoses atípicas e infiltrado inflamatório. A displasia epitelial e a elastose solar são as características que estão associadas com o carcinoma espinocelular^(11,12).

A literatura relata como medidas preventivas o uso de protetor solar labial assim como uso de boné ou chapéu. Uma vez estabelecida a lesão, o tratamento mais comum e com melhores resultados é a vermelhectomia ou W-plastia⁽¹³⁾, porém, existe uma variedade de tratamentos como: dióxido de carbono, 5-fluorouracil, criocirurgia, eletrocauterização, imiquimod, YAG-laser, peeling químico com ácido tricloroacético entre outros⁽¹⁴⁾.

Lúcio, Barreto em 2013⁽¹⁵⁾, em um trabalho que avaliou o assunto queilite actínica no perfil da produção científica no Brasil na década de 2001/2011, relataram que de um total de 23.162 trabalhos científicos registrados apenas 42 resumos de pesquisas eram referentes à queilite actínica. Atualmente, ainda são escassos os estudos a respeito da queilite actínica no território brasileiro⁽¹⁶⁾. Portanto o presente estudo teve como objetivo estabelecer o perfil demográfico, clínico e histopatológico dos pacientes com diagnóstico de QA que compareceram à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP).

Material e Método

Foi realizado um estudo retrospectivo por meio da busca de informações através do banco de dados utilizando um software criado institucionalmente pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP para a clínica de Estomatologia. Até o momento da coleta de dados, existiam 5136 prontuários clínicos cadastrados

no período de 2002 a 2013. Destes um total de 56 prontuários corresponderam à busca do termo “queilite actínica”, os quais formaram parte da amostra final. Foram coletados dados demográficos como: gênero, idade, profissão relacionada à exposição solar e hábito de tabagismo. Também foram registradas informações sobre as características clínicas da QA como: tempo de evolução, tamanho da lesão, área acometida no lábio, presença de erosões ou úlceras, lesões brancas e áreas atróficas e o registro de informações a respeito do laudo histopatológico quando realizada a biópsia. As características histopatológicas analisadas nos laudos do serviço de Anatomia Patológica foram: pleomorfismo, hiperplasia nuclear, disqueratose, elastose solar e infiltrado inflamatório. Finalmente, foi coletada informação sobre os casos de queilite actínica que tiveram transformação em carcinoma espinocelular. A análise estatística foi de caráter descritivo. Foi utilizado Excel – Microsoft Office 2010 para a tabulação de dados.

Resultados

Para este estudo foram selecionados 56 prontuários, os quais incluíram 42 (75%) indivíduos do gênero masculino e 14 (25%) do gênero feminino. A idade dos pacientes variou entre 12 e 83 anos de idade, com média de 57,73 anos. O diagnóstico de queilite actínica foi encontrado com maior prevalência na faixa etária de 61 a 70 anos (26%). Quanto à exposição solar, dos 56 casos de queilite actínica 27 (48,21%) não apresentaram profissões com exposição solar, 16 (28,58%) relataram profissões com exposição solar e 21 (37,21%) dos casos não apresentaram informação. Entretanto, o hábito de tabagismo esteve presente em 42 (75%) dos casos. A QA teve um tempo de evolução mínima de 1 mês (3,6%) com um máximo de 84 meses (1,8%), sendo que o tempo de evolução mais comum foi de 12 meses. Quanto às características clínicas (Tabela 1; Figura 1), a QA teve sua localização tanto no lábio superior quanto no lábio inferior. A maioria dos casos (41%) de QA foi observada na parte média do lábio inferior. As lesões apresentaram com frequência tamanhos de 5 mm de diâmetro (16,07%) e 10 mm de diâmetro (16,07%). Foram encontradas úlceras (39,29%), lesões brancas (35,50%) e áreas atróficas ou hiperplásicas (35,50%).

De todos os casos registrados de QA houve biópsia em um total de 31 (55,45%) casos. Destes 14 (45,16%) apresentaram pleomorfismo, 14 (45,16%) hiperplasia nuclear, 4 (12,9%) disqueratose, 15 (48,4%) elastose solar e 23 (74,2%) infiltrado inflamatório (Figura 2 C-D). De todos os casos analisados, 9 (16,07%) tiveram transformação em carcinoma espinocelular (Figura 2 A-B).

Tabela 1

Características Clínicas da QA								
Localização da lesão			Tamanho da lesão			Características da lesão		
Variável	N	%	Variável	N	%	Erosões ou úlceras		
Lado direito do lábio inferior	0	0%	1mm	0	0	Presente	22	39,29%
Lado esquerdo do lábio inferior	2	3,57%	2mm	3	5,35%	Ausente	34	60,71%
Lado direito e parte média do lábio inferior	15	26,78%	3mm	1	1,78		56	100%
Lado esquerdo e parte média do lábio inferior	10	17,85%	4mm	3	5,35%	Lesões brancas		
Parte media, lado esquerdo e lado direito do lábio inferior	2	3,57%	5mm	9	16,07%	Presente	21	35,50%
Lábio superior e inferior	4	7,24%	6mm	0	0	Ausente	35	62,50%
Parte média do lábio inferior	23	41,00%	7mm	2	3,57%		56	100%
			8mm	2	3,57%	Áreas atróficas/Hiperplasia		
			10mm	9	16,07%	Presente	21	35,50%
			15mm	5	8,93%	Ausente	35	62,50%
			20mm	2	3,57%			
			Informação ausente	20	35,71%			
Total	56	100%	total	56	100%	total	56	100,00%



Figura 1. Lábio inferior com áreas eritomasas, placas brancas, fissuras, crostas e perda da delimitação do vermelhão do lábio

Discussão

A literatura relata que a QA tem preferência pelo gênero masculino, a partir da quarta e quinta década de vida, assim como, associação com a exposição solar e hábitos como tabagismo e/ou etilismo^(4,12). No presente estudo a maioria (75%) dos casos de QA foi encontrada no gênero masculino. Alguns estudos relataram que o gênero feminino é menos afetado, já que, a utilização de batom pode oferecer certo grau de proteção labial⁽¹¹⁾. No gênero feminino também foi

observada maior imuno-expressividade das proteínas homólogo humano mutS 2 e homólogo humano mutL 1 do sistema incompatível de reparo, com idade acima de 40 anos e em mulheres com miscigenação de raças ou da raça negra⁽¹⁷⁾. Diferente do gênero masculino que tem maior tendência de desenvolver QA por trabalhar por períodos mais extensos do que as mulheres. Da mesma maneira, a QA pode estar relacionada a pacientes que relataram trabalhos e/ou profissões com exposição solar^(9,16). Porém, neste estudo evidenciamos que a QA teve maior relação com o tabagismo (75%) sendo secundariamente sua associação com à exposição solar (28,58%). Hábitos como tabagismo e/ou etilismo, são considerados fatores de risco para diversas lesões como a QA, podendo favorecer a sua evolução em carcinoma espinocelular^(10,18). Um estudo relatou que a QA foi mais prevalente entre os pacientes fumantes, sendo que muitos deles começaram a fumar aproximadamente aos 15 anos de idade⁽¹⁶⁾, além disso, a localização da lesão pode estar relacionada à posição do cigarro no lábio^(1,12). Quanto à localização da lesão, o presente estudo revelou que a QA teve preferência pela parte média do lábio inferior (41%) e parte média e lado direito do lábio inferior (26,78%)⁽¹²⁾.

Como características histopatológicas neste estudo encontrou-se principalmente infiltrado inflamatório

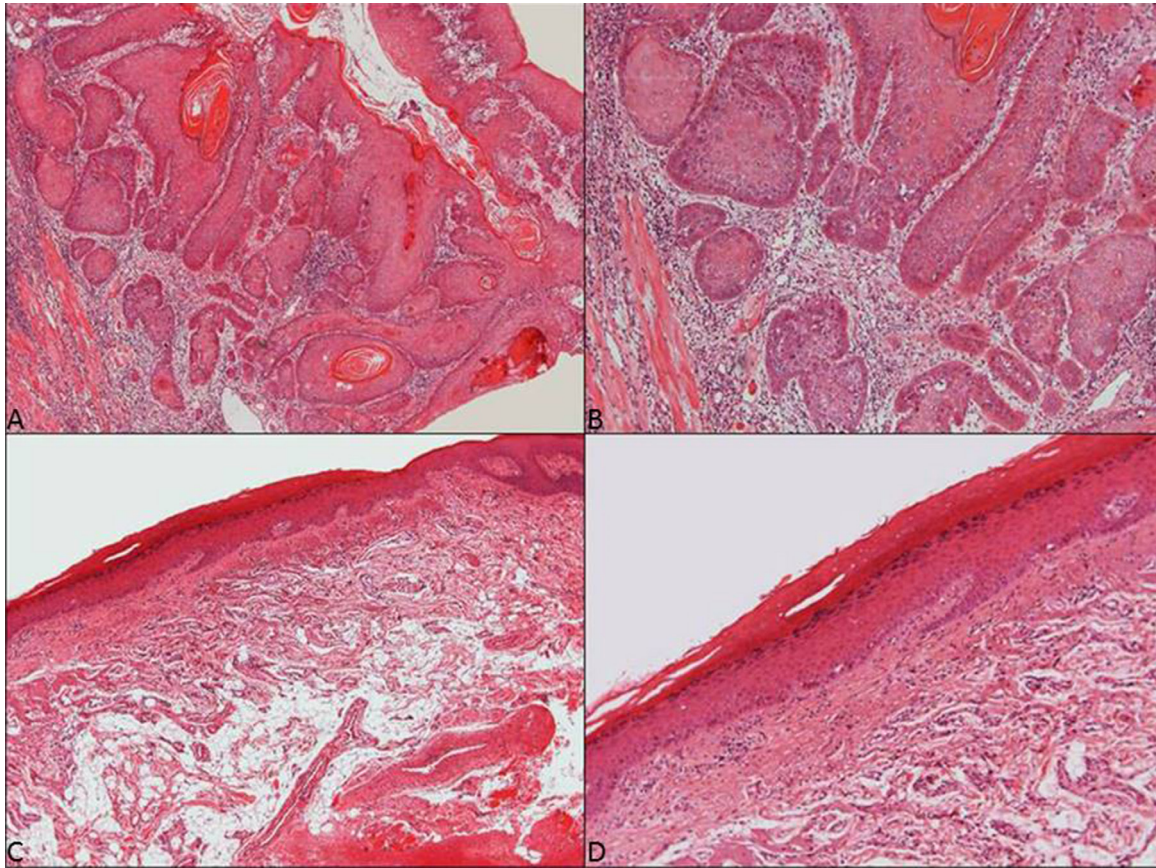


Figura 2. A) Carcinoma espinocelular de lábio inferior bem diferenciado, caracterizado por células epiteliais malignas invadindo o tecido conjuntivo (HE - 50x). B) em maior aumento área de invasão caracterizada pela formação de ilhotas de células malignas bem diferenciadas, baixo nível de pleomorfismo, pérolas de queratina e infiltrado inflamatório crônico (HE - 100x). C) Epitélio pavimentoso estratificado com hiperqueratose e acantótico, subjacente tecido conjuntivo fibroso, tecido adiposo e feixes de fibras musculares esqueléticas (HE - 50x). D) Em maiores detalhes observa-se epitélio sem características displásicas e com degeneração do tecido conjuntivo subjacente ao epitélio (elastose solar), caracterizando uma queilite actínica sem displasia epitelial (HE -100x).

(74,2%) e elastose solar (48,4%). O infiltrado inflamatório na QA é uma resposta imunológica para combater a invasão maligna celular⁽¹⁹⁾. Assim mesmo, a inflamação está relacionada com o grau de atipia celular por participar ativamente na destruição e desorganização epitelial que é característico de displasia, permitindo que a QA se agrave⁽⁸⁾. De outra forma, a camada epitelial da mucosa labial é mais fina do que a camada epitelial da pele o que faz que a radiação ultravioleta seja absorvida com maior facilidade no lábio⁽²⁰⁾. Como consequência Neto Pimentel et al, 2006⁽¹⁹⁾, sugeriram que a elastose solar estava presente na maioria dos casos de QA sendo um fator importante no seu desenvolvimento. Araújo et al, 2012⁽²¹⁾, revelaram em seu estudo que todos os casos de QA apresentaram elastose solar.

Como características clínicas, este estudo encontrou que as úlceras (39,29%) foram as mais representativas e secundariamente as lesões brancas (35,5%). Resultados semelhantes foram encontrados em outros

estudos, sendo as úlceras e erosões as lesões mais evidentes⁽¹²⁾, assim como as lesões brancas⁽²²⁾.

A QA caracteriza-se por ser uma lesão potencialmente maligna, já que, está relacionada como antecessora à aparição de carcinoma espinocelular^(9,18,23,24). Menta Simonsen Nico, et al (2007)⁽²⁵⁾, mencionaram que algumas características clínicas da QA podem ser características iniciais de malignidade relacionadas com o carcinoma espinocelular. Porém, Lopes et al, 2015⁽²²⁾, referiam que tanto as características clínicas quanto as características demográficas da QA não apresentaram associação com os resultados histológicos que sugeriram malignidade, afirmando que deve ser realizada a biópsia para um apropriado diagnóstico e tratamento.

No acompanhamento dos casos de QA deste estudo, que foi realizado em um período de um a 60 meses, 16,07% transformaram-se em carcinoma espinocelular e estes resultados são similares aos encontrados por Markopoulos et al (2004)⁽¹²⁾, que

relataram que a QA tem uma associação com malignidade de 16,9%.

Conclusão

A aparição da QA teve maior relação com o hábito de tabagismo, sendo secundário o fator de exposição solar, com maior predileção pelo gênero masculino e manifestação entre a quinta e sexta década de vida. Observou-se como principais características clínicas as erosões, úlceras e atrofia na parte média do lábio inferior. As características histopatológicas mais relevantes foram elastose solar e infiltrado inflamatório. Alguns casos tiveram transformação em carcinoma espinocelular. Portanto reforçamos a relevância do diagnóstico precoce da QA para o tratamento oportuno e assim oferecer melhor qualidade de vida ao paciente.

Agradecimentos

Agradecimento à Profa. Denise Tostes Oliveira pelo fornecimento das imagens de microscopia.

Referências

1. Savage NW, McKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010; 55 (Suppl 1):78-84.
2. Ulrich M, González S, Lange-Asschenfeldt B, Roewert-Huber J, Sterry W, Stockfleth E, et al. Non-invasive diagnosis and monitoring of actinic cheilitis with reflectance confocal microscopy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25(3):276-84.
3. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 2015 casos. *J Bras Patol Med Lab*. 2009; 45(3):233-8.
4. Cintra JS, Torres SCM, Silva MBE, Manhães Júnior LRC, Silva Filho JP, Junqueira JLC. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracacia – SP. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013; 67(2):118-21.
5. Leite RMS, Leite AAC, Friedman H, Friedman I. A síndrome do respirador bucal como fator de risco para queilite actínica. *An Bras Dermatol*. 2003; 78(1):73-8.
6. Wood NH, Khammissa R, Meyerov R, Lemmer J, Feller L. Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. *Eur J Dent*. 2011; 5(1):101-6.
7. Lemos MAS, Maciel TAO, Matos FR, Amorim AG, Galvão HC. Queilite actínica: estudo clinicopatológico de 46 casos. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2009;11(3):9-12.
8. Paiva MAF, Soares MSM, Figueiredo CRLV, Luna AH, Oliveira VEN, Brasil Júnior O. Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica. *J Bras Patol Med Lab*. 2012; 48(6):455-8.
9. Piñera-Marques K, Lorenço SV, Silva LFF, Sotto MN, Carneiro PC. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. *Clinics*. 2010; 65(4):363-7.
10. Maia HCM, Pinto NAS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein (São Paulo)*. 2016; 14(1):35-40.
11. Cavalcante AS, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66(3):498-503.
12. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis*. 2004; 10(4):212-6.
13. Rossoe 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.
14. Shah AY, Doherty SD, Rosen T. Actinic cheilitis: a treatment review. *Int J Dermatol*. 2010; 49(11):1225-34.
15. Lúcio PSC, Barreto RC. Queilite actínica- perfil da produção científica em odontologia do Brasil nos últimos dez anos. *Rev Cubana Estomatol*. 2012; 49(4):276-85.
16. Martins-Filho PR, Da Silva LC, Piva MR. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. *Int J Dermatol*. 2011; 50:1109-14.
17. Sarmiento DJM, Godoy GP, Costa Miguel MC, Silveira EJD. Link between immunoreexpression of hMLH1 and hMSH2 proteins and clinical-epidemiological aspects of cheilitis. *An Bras Dermatol*. 2016; 91(4):463-7.
18. Vieira RA, Minicucci EM, Marques ME, Marques SA. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. *An Bras Dermatol*. 2012; 87(1):105-14.
19. Neto Pimentel DR, Michalany N, Alchorme M, Abreu M, Borra RC, Weckx L. Actinic cheilitis: histopathology and p53. *J Cutan Pathol*. 2006; 33(8):539-44.
20. Kaugars GE, Pillion T, Svirsky JA, Page DG, Burns JC, Abbey LM. Actinic cheilitis: a review of 152 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88(2):181-6.
21. Araújo CP, Vidal MTA, Gurgel CAS, Ramos EAG, Barbosa Júnior AA, Ramalho LMP, et al. Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. *RPG Rev Pos-Grad*. 2012; 19(1):21-7.
22. Lopes ML, Silva Júnior FL, Lima KC, Oliveira PT, Silveira EJ. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(4):505-12.
23. de Souza Lucena EE, Costa DC, da Silveira EJ, Lima KC. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Dis*. 2012; 18(6):575-9.
24. Ferreira AM, Marinho GS, Lucena RL, Silveira EJD, Lima KC. Combinação de fumo, álcool e exposição aos raios solares e ocorrência de lesões orais potencialmente malignas e malignas. *Sociedade e Território*. 2013; 25(2):42-54.
25. Menta Simonsen Nico M, Rivitti EA, Lourenço SV. Actinic cheilitis: histologic study of the entire vermilion and comparison with previous biopsies. *J Cutan Pathol*. 2007; 34(4):309-14.

Trabalho recebido: 18/07/2016

Trabalho aprovado: 29/03/2017