

“QUEILITE ACTÍNICA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO- RELATO DE CASO”

Enza Morello de Paulo

Cristiano Magalhães Moura Vilaça

Curso: Odontologia

Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: A queilite actínica (QA) é uma lesão de cunho inflamatório causada pela exposição crônica e prolongada à radiação solar sem proteção, considerada como uma desordem potencialmente maligna da boca por apresentar a possibilidade de transformação maligna após o seu surgimento e desenvolvimento. Homens, acima dos 45 anos de idades, de pele e olhos claros e com atividade laboral ao ar livre caracterizam um grupo de maior incidência desta alteração. Clinicamente é representada por uma heterogeneidade de manifestações como ressecamento, fissuras, edema, endurecimento, perda de delimitação do lábio, hipopigmentação, hiperpigmentação, placas brancas, placas vermelhas, crosta e/ou úlceras. Histologicamente a principal característica é a elastose solar no tecido conjuntivo, causada pela degeneração basofílica das fibras elásticas do tecido conjuntivo. Ademais apresenta epitélio estratificado escamoso de revestimento, o qual pode apresentar ou não quadros de displasia epitelial, caracterizada por uma mudança arquitetural e citológica das células variando de leve a moderada ou grave de acordo com o envolvimento do epitélio por esta atipia celular. O tecido conjuntivo ainda pode apresentar quadro inflamatório associado. Como tratamento há uma ampla gama de opções onde a mais comum é a vermelhectomia, para os casos que apresentam displasia epitelial de moderada a grave, e para os casos mais brandos é indicada o acompanhamento com a utilização de hidratante e protetor solar com fator de proteção 30 nos lábios. O objetivo deste estudo é demonstrar a importância do diagnóstico clínico e histopatológico da queilite actínica e difundir o conhecimento desta patologia para os profissionais dentistas da região com a finalidade de haver um maior entendimento e diagnósticos precoces dessa desordem associado à prevenção de casos de carcinoma de células escamosas em lábio.

Palavras-chave: “Queilite actínica”; “Alterações bucais”; Estomatologia”; “CA bucais”.

1. INTRODUÇÃO

A queilite actínica (QA) foi pormenorizada em 1886 por Dubrevilh, no decorrer do III Congresso Internacional de Dermatologia, e em 1923 sua etiologia foi associada a incidência de raios solares. Esta patologia é considerada pelos autores como uma lesão da cavidade bucal passível de malignidade, devido aos fatores como a extrema intensidade e a duração do paciente à exposição solar, podendo estar associada ou não a hábitos tabagistas e etilistas (AZEVEDO *et al*, 2020).

A queilite actínica é uma doença que afeta muitas pessoas em todo o mundo, pode ser encontrada em mulheres, mas são frequentes em homens com mais de 40 anos, trabalhadores rurais, de pele clara, com tendência a se bronzear facilmente e que possuem direto contato com a excessiva radiação ultravioleta (faixa UVB 320 – 280 nm) (CINTRA *et al*, 2013). Essas características mais prevalentes se relacionam ao trabalho sem proteção adequada contra o sol, durante maior parte da vida. Estudos realizados por Green e Bastitutta (1990) apontaram que, na Austrália, devido a carência de melanina na pele para proteger aos altos níveis de radiação ultravioleta, pessoas de pele clara estão mais propensas ao desenvolvimento de patologias, como a QA e carcinomas (MOREIRA *et al* 2010).

Histologicamente é uma lesão caracterizada por um epitélio escamoso estratificado atrófico, como aumento da produção de queratina. Há uma degeneração basofílica encontrada no tecido conjuntivo (elastose solar), e um infiltrado inflamatório perivascular ocasionada pela ação dos raios solares (VÉO *et al* 2010). Segundo PAIVA *et al*, (2012) as lesões actínicas apresentam uma relação entre a displasia epitelial e a intensidade do processo inflamatório podendo ser classificadas em leve, moderada e grave. Além disso, no exame histopatológico é possível observar e considerar os graus de displasia que a lesão apresenta, realizando uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade destas alterações e a intensidade do filtro inflamatório que esta apresenta.

Sua manifestação inicia-se como um ressecamento labial, sendo mais frequente nos lábios inferiores, em razão da sua posição anatômica. Em alguns casos mais extremos ela evolui causando atrofia labial, podendo haver alterações de coloração no tecido, perda da elasticidade na forma crônica, apagamento da margem de transição que se encontra entre o vermelhão do lábio e a parte cutânea do lábio e formação de vesículas e bolhas quando se situa na fase aguda (AZEVEDO *et al*, 2020).

De acordo com Véó *et al* (2010), a QA pode ser visualizada por três maneiras nos lábios do indivíduo que a apresenta, sendo notado como lesões brancas em forma de placas não ulceradas, úlceras e erosões. Pode ser vista também como uma patologia assintomática, que com o passar do tempo pode apresentar prurido, que dermatologicamente é definido como uma sensação de incomodo da região afetada.

Na concepção de Florêncio *et al* (2011), é estimado que cerca de 7% da população mundial está predisposta a apresentar um câncer bucal em alguma fase da vida, e o Brasil se encontra no 4º lugar deste ranking. Dado que no dia a dia, cirurgiões dentistas deparam-se com diversas lesões que acometem a cavidade bucal, sendo de importante destaque que hábitos nocivos, condições precárias de higiene, tabagismo, exposições frequentes ao sol, próteses mal adaptadas, entre outros, podem acarretar diversas patologias orais.

Tendo em vista que as doenças bucais são multifatoriais, pesquisas revelam que lesões de aspecto benigno, como a QA, podem evoluir para uma neoplasia bucal devido a alterações histopatológicas.

Através do exame clínico e diagnóstico concreto da anomalia em si, estudos demonstram que há tratamentos que consistem em medidas preventivas, por meio de chapéus de abas largas, aplicação de protetor labial, com fator de proteção solar 30 (FPS), e evitar a exposição ao agente etiológico de forma excessiva. Outros métodos mais invasivos como criocirurgia, ablação por laser e vermelhectomia também podem ser optados para auxílio de um tratamento eficaz (SILVA *et al*, 2011).

É de fundamental importância a participação e conhecimento do cirurgião dentista nas ações de precaução e curativas da QA, para a prevenção do desenvolvimento desta patologia, visando sempre a promoção de saúde e a reabilitação do paciente.

O objetivo deste trabalho é versar sobre os aspectos clínicos, histológicos, terapêuticos e preventivos da queilite actínica, obtendo um maior conhecimento desta patologia, para que o cirurgião dentista consiga realizar um diagnóstico e tratamento correto.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

O termo queilite actínica vem do grego ``cheilos``, significando inflamação nos lábios. Considerada como uma alteração crônica e pré-maligna, seu fator etiológico é associado à prolongada e frequente exposição solar. A exposição solar contínua causa áreas de inflamação local que evoluem com variados graus de displasia epitelial na região dos lábios, sendo que alguns estudos associam o grau de inflamação como um dos principais mecanismos influenciadores da atipia celular (PICCELLI *et al*, 2008).

Esta doença é caracterizada pelo seu epitélio pavimentoso estratificado em grande parte das vezes atrófico, com variáveis graus de queratinização, exibindo áreas de acantose ou atrofia (PICCELLI *et al*, 2008). Ela está intimamente associada à presença de inflamação crônica e grande potencial de malignização, a depender do tipo de alteração histopatológica causada durante o processo (CREMONESI *et al*, 2017), como demonstrado na imagem abaixo que analisa o percentual de cada característica em um grupo com a doença:

Tabela 1 – Achados histológicos da QA

Distribuição dos achados histológicos dos 35 casos de queilite actínica estudados – Salvador/BA, 2008		
Achados histológicos	Número de casos	Percentual da amostra
Displasia	35	100.00
Elastose	35	100.00
Infiltrado inflamatório	23	65.75
Vasodilatação	32	91.42
Hiperplasia e acantose	24	68.57
Hiperparaqueratose	16	45.71
Hiperortoqueratose	11	31.42
Atrofia epitelial	16	45.71
Granulose	17	48.57
Hipergranulose	14	40.00
Paraqueratose	7	20.00
Ortoqueratose	22	62.85
Núcleolos proeminentes	22	62.85
Perda de polaridade das células basais	35	100.00
Estratificação epitelial irregular	19	54.28
Hiperplasia de células basais	26	74.28
Mitoses atípicas	3	8.57
Aumento do número de mitoses	9	25.7
Pleomorfismo nuclear e celular	25	71.42
Hipercromatismo nuclear	23	65.71
Perda de coesão celular	12	34.28
Projeções epiteliais em gota	26	74.28
Disqueratoses	10	28.57
Alteração da relação núcleo-citoplasma	22	62.85

Fonte: (ARAÚJO *et al.*, 2012)

Cintra *et al* (2013) relatou que a queilite actínica se apresenta mais em homens de pele clara, produtores rurais que entram em contato direto e contínuo com os raios ultravioletas, e explicou que mesmo que as mulheres também apresentem esta patologia, os casos relacionados a esse gênero são menos comuns nos consultórios odontológicos. Isto se dá devido aos homens terem um menor cuidado ao se protegerem contra os raios solares do que as mulheres, pois as mesmas são consideradas mais vaidosas e cuidadosas com sua estética, com maior uso de protetores solares e batons, protegendo parcialmente os lábios do sol, fazendo com que haja uma diminuição dos ataques de raios UV contra seu corpo e face (CINTRA *et al*, 2013).

Grenn e Bastitutta (1990) realizaram um estudo demonstrando que pessoas do sexo masculino e de pele clara estão mais propensas ao desenvolvimento da QA devido à baixa quantidade de melanina.

Azevedo *et al*, 2020 confirmou que esta patologia é considerada uma lesão da cavidade bucal passível de malignidade, desta forma a queilite actínica é vista como uma lesão potencialmente maligna, pois provoca alterações teciduais que com o passar do tempo podem assumir o caráter de tumor maligno, ou permanecer com as características estáveis durante muito tempo, justificando a não procura ao cirurgião dentista para realização do tratamento associada ao fato de ser assintomática, na grande parte dos casos.

Silveira *et al*, (2009) relatou no seu artigo que a taxa de transformação para lesão maligna varia de 10% a 20%, visto que em muitas situações o clínico suspeita de uma hipótese diagnóstica de lesão potencialmente maligna, mas que somente com o exame histopatológico são detectadas a extensão, gravidade e natureza da lesão.

Foi citado também por Azevedo *et al*, (2020), que a doença pode estar relacionada ou não a hábitos tabagistas e etilistas, enquanto no estudo de Cremonesi *et al*, (2017) realizado no hospital Santa Casa de São Paulo, estes hábitos favoreceram a evolução da queilite actínica para um carcinoma espinocelular, demonstrando que 75% dos que apresentaram os sintomas de QA iniciaram o tabagismo aos 15 anos de idade (MARTINS-FILHO, 2011), com destaque, segundo Savage *et al*, (2010) para “a localização da lesão que pode estar relacionada à posição do cigarro no lábio” (TABELAS 2 - 4).

Tabela 2: Características comuns da QA / Principais características

Características da lesão		
Erosões ou úlceras		
Presente	22	39,29%
Ausente	34	60,71%
	56	100%
Lesões brancas		
Presente	21	35,50%
Ausente	35	62,50%
	56	100%

Áreas atróficas/Hiperplasia		
Presente	21	35,20%
Ausente	35	62,50%
Total	56	100,00%

Fonte: (CREMONESI et al, 2017)

Tabela 3: Características comuns da QA / tamanho

Tamanho da lesão		
Variável	N	%
1mm	0	0%
2mm	3	5,35%
3mm	1	1,78%
4mm	3	5,35%
5mm	9	16,07%
6mm	0	0
7mm	2	3,57%
8mm	2	3,57%
10mm	9	16,07%
15mm	5	8,93%
20mm	2	3,57%
Informação ausente	20	35,71%
Total	56	100%

Fonte: (CREMONESI et al, 2017)

Tabela 4: Tabela 3: Características comuns da QA / Localização

Localização da lesão		
Variável	N	%
Lado direito do lábio inferior	0	0%
Lado esquerdo do lábio inferior	2	3,57%
Lado direito e parte média do lábio inferior	15	26,78%
Lado esquerdo e parte média do lábio inferior	10	17,85%
Parte média, lado esquerdo e lado direito do lábio	2	3,57%
Lábio superior e inferior	4	7,24%
Parte média do lábio inferior	23	41,00%
Total	56	100%

Fonte: (CREMONESI et al, 2017)

Devido ao corpo humano apresentar alterações de envelhecimento naturais nos lábios, a QA por ser assintomática inicialmente, e faz com que a maioria dos pacientes busquem ajuda especializada tardiamente. Apesar disso, Véio *et al*, (2010) relata que mesmo em estágios iniciais ela pode ser visualizada nos lábios como uma lesão branca

não ulcerada, lesões brancas ulceradas ou erosões, que trazem incômodos e coceira para o paciente.

De acordo com MARTINS *et al.*, (2007), no Brasil, a QA apresenta grande incidência por se tratar de um país tropical e ter parte da sua economia baseada em trabalhadores rurais que ficam expostos de maneira prolongada ao sol, podendo causar danos irreparáveis sem a proteção adequada. Estima-se que 95% dos casos de câncer de lábio originam-se da QA. A queilite actínica na forma crônica desenvolve-se como uma elevação do lábio inferior até a comissura, provocada por exposição solar contínua. É possível observar lesões geralmente assintomáticas com atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio, alterações de cor com áreas eritroleucoplásicas, perda da plasticidade e erosão em alguns casos (ARAUJO *et al.*, 2007).

A lesão crônica afeta, de acordo com Neville *et al.*, (2016, p. 407), principalmente indivíduos leucodermas, gênero masculino e com a faixa etária acima dos 40 anos. Clinicamente, a QA pode apresentar-se de forma aguda (menos comum) e de forma crônica. Já a forma aguda, segundo Araújo (2007), está relacionada a episódios de intensa exposição ao sol e é caracterizada pelo surgimento de edema e vermelhidão, podendo evoluir para vesículas, bolhas, crostas e ulcerações; regredindo após a remoção do agente etiológico.

Segundo Regezi *et al.*, (2018) as características clínicas mais comuns encontradas no paciente pelo cirurgião dentista no presente estudo é atrofia do vermelhão do lábio, estando liso e com cor variada entre pálido e tom acinzentado, apresentando fissuras e áreas corrugadas formando ângulos retos com a junção da pele com o vermelhão. É citado que quando o paciente se encontra em estado mais avançado de lesão o acometimento ocorre com um limite irregular ou imperceptível entre a semimucosa e a pele, mostrando epidermização do vermelhão do lábio. Fatores mais comuns perceptíveis são erosões, crostas, descamações, úlceras, e áreas de hiperpigmentação.

Quando são detectadas lesões na cavidade bucal o cirurgião dentista é indicado a realizar exames que ajudem na comprovação do diagnóstico. A mais comum é a biópsia, referindo ao exame anatomopatológico, recomendada no momento que o profissional percebe aspectos clínicos da lesão e com ele pode-se avaliar o nível de displasia epitelial presente ou ausente (REGEZI *et al.* 2018).

A coloração da área de biópsia é uma técnica que auxilia na sua escolha, podendo utilizar a aplicação tópica de corantes como o azul de toluidina ou solução de iodo lugol. Quando as células apresentarem uma coloração azul tênue há uma tendência de as lesões serem benignas e quando há uma coloração de um azul mais fortes podem sinalizar áreas de possível presença das displasias epiteliais e carcinomas devido à atração de atividade celular pelos corantes (AZEVEDO *et al.*, 2020).

No estudo de Florêncio *et al.* (2011), são apresentadas estatísticas que comprovam que 7% da população mundial, em algum momento da vida, apresenta tendência de manifestação de câncer. A comparação de câncer bucal originados através da queilite actínica é feita por VILELA (2011), confirmando a estimativa de que cerca de 95% podem ser acometidos pela doença, demonstrando que um diagnóstico tardio da lesão, facilita o seu desenvolvimento. Alguns sinais como sangramentos, áreas eritematosas, fissuras e ulcerações são sintomas de evolução da queilite actínica para câncer bucal. Sendo assim, ARNAUD *et al.* (2014) esclarece que, independentemente de diversos estudos retrospectivos terem associação do câncer bucal com o fator etiológico da queilite actínica, não há maneiras de prever a progressão da lesão para um carcinoma.

A queilite actínica é uma lesão que se encontra diretamente ligada a proteína p53. Em um estudo realizado por Rosa *et al.* (1999), de 44 casos de lesões potencialmente malignas no lábio inferior dos pacientes foi observado que as células PCNA positivas devem ser usadas como critério entre cânceres invasivos e lesões com potencial maligno. Foi relatado que em carcinomas de alto grau e queilite actínica havia uma maior positividade de proteínas p53, do que os casos encontrados que possuíam p53 negativas. A ferramenta utilizada para avaliação de lesão maligna ou benigna foi a imuno-histoquímica, sendo que este método detecta as alterações celulares da proteína p53 aplicando reagentes específicos para a demonstração de antígenos tissulares e celulares (ROSA *et al.*, 1999).

A Proteína p 53 é o resultado da tradução do gene Tp53, uma clonagem vista como oncogene, já que suas células são vistas como indutores de transformação oncogênica. Como o Tp53 é encontrado em diversas células tumorais, e a proteína p53 é sua tradução, a codificação do gene Tp53 produzirá uma proteína com um tempo de meia vida maior e com funcionalidade inativa, e como essas alterações são vistas nos exames de imunodeteção, a proteína p53 é considerada um agente de detecção precoce em lesões com indícios de malignização (PICCELLI, 2008).

Os tratamentos propostos para QA são vistos com um alto índice de melhora quando é histologicamente encontrada atipia epitelial, com isto, é viável um tratamento conservador utilizando a prevenção com hidratante labial e protetor solar labial FPS30 em todos os momentos que o paciente estiver em exposição direta aos raios ultravioletas, assim como outras medicações para atipias leve e moderada, como: terapias tópicas com gel de diclofenaco de sódio 3%, havendo sempre consultas para controle clínico do desenvolvimento ou regressão da lesão. Se no exame histopatológico evidenciar atipia epitelial moderada ou grave a indicação é remover toda lesão através de intervenções cirúrgicas, como: vermelhenectomia realizando a remoção de toda área do vermelhão labial inferior, eletrocuterizações e ablação com laser de CO² também podem ser indicados (CINTRA *et al.*, 2013).

2.2. Relato de Caso

Trata-se de um trabalho com o tema “Queilite actínica: a importância do diagnóstico clínico”, sendo abordado um relato de caso feito a partir do estudo de prontuário durante atendimento do paciente. O seguinte relato foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UNIFACIG (CAAE: 47897421.0.0000.8095) e está sob apreciação. Foram utilizados na pesquisa 19 trabalhos publicados entre os anos 1999 e 2020 obtidos nas bases de dados Scielo, Pubmed e em outros meios eletrônicos para embasamento do trabalho.

Após o estudo, foi realizada uma breve revisão de literatura sobre o tema, abordando os principais tópicos sobre a problemática, a fim de corroborar com o enriquecimento da literatura e facilitar o entendimento dos profissionais sobre a patologia.

Paciente L.G.C, sexo masculino, 48 anos, leocoderma, olhos acastanhados, origem étnica italiana, morador da cidade de Manhuaçu MG, chegou à clínica do Unifacig a procura de tratamento odontológico com queixa principal de sensibilidade nos pré molares superiores direito (dentes 14 e 15) e no canino superior direito (dente 13). Durante o exame físico intra e extrabucal foi identificado no lábio inferior a presença de múltiplas manchas avermelhadas, edema, ressecamento labial, hiperpigmentação, hipopigmentação, perda da delimitação do vermelhão do lábio e fissuras (Figuras 1 e 2), acrescidos à queixa principal do paciente. Diante desses achados clínicos, foi formulada a hipótese diagnóstica de queilite actínica.



Figura 1 – Fotografia clínica evidenciando dentes 13, 14 e 15, onde constava a queixa principal do paciente (Fonte: Clínica de Odontologia UNIFACIG, 2021).



Figura 2: Fotografia Clínica evidenciando lábio inferior com características de queilite actínica (Fonte: Clínica de Odontologia UNIFACIG, 2021).

Paciente relatou não ser tabagista e consumir bebidas alcoólicas casualmente. Não apresenta comorbidades, sendo alérgico ao medicamento brometo de N-butilescopolamina (buscopan). Paciente refere 18 anos de trabalho rural e 6 meses de trabalho na praia em um quiosque de sua irmã, porém relatou que fazia o uso de bonés, mas não uso de protetores solares corporais e labial no momento do serviço. Foi questionado sobre seu serviço atual declarando que ser estoquista de material de construção, que fica pouco exposto aos raios ultravioletas, faz o uso de bonés, mas continua sem o hábito de usar protetores solares corporais e que utiliza somente manteiga de cacau nos lábios quando apresenta rachaduras.

Foi prescrito o uso de hidratante labial de 4 em 4 horas e protetor solar labial com fator de proteção solar 30 (FPS) sempre que fosse se expor ao sol. Como se trata de uma lesão que contém alterações histopatológicas e para confirmar a existência desta desordem potencialmente maligna foi indicado uma biópsia ao paciente com o objetivo de confirmar o diagnóstico clínico e avaliar o grau de displasia epitelial presente.

Foi solicitado o retorno do paciente à Clínica Odontológica Unifacig após uma semana, para observação de melhora de lesão (Figuras 3). Na segunda consulta, paciente apresentou melhoras no vermelhão do lábio inferior, a partir do uso da medicação prescrita. O paciente relatou ainda sentir maior conforto em relação aos sinais e sintomas da queilite actínica, confirmando que estava fazendo o uso corretamente do hidratante e protetor labial.



Figura 3: Fotografia clínica de lábio inferior apresentando melhora da hidratação e características clínicas da queilite actínica (Fonte: Clínica de Odontologia UNIFACIG, 2021).

A continuação do tratamento seguirá e a partir do resultado da biópsia solicitada será avaliado a necessidade de novas intervenções futuras. Paciente ainda permanece em acompanhamento.

2.3. Discussão de resultados.

Como se sabe a respeito da queilite actínica, esta é uma lesão de cunho inflamatório crônico considerada uma desordem potencialmente maligna da boca, juntamente com demais lesões, por possuir um potencial de transformação em carcinomas de células escamosas oral quando não diagnosticados precocemente e tratados da forma correta (LUPU et al., 2018; SILVA et al., 2020).

Clinicamente pela posição anatômica do lábio inferior associada à prática laboral mais comum entre os indivíduos que apresentam este tipo de condição bucal, há uma maior predileção pelo acometimento desta região da cavidade bucal fazendo com que grande parte dos diagnósticos de queilite actínica seja realizado com esta associação como ocorreu no caso reportado (WOOD et al., 2011; SILVA et al., 2020).

Ressecamento, fissuras, perda de limitação do vermelhão do lábio, edema, endurecimento, hipo e hiperpigmentação, em casos mais brandos e iniciais e placas brancas e vermelhas, úlceras e crostas em quadros mais severos e graves (LUPU et al., 2018). Contudo mesmo com algumas características ausentes é possível realizar o diagnóstico clínico do paciente quanto à lesão, o que não exime a necessidade de uma análise histológica para a avaliação da progressão da lesão nos quadros de evolução para carcinomas (LUPU et al., 2018; SILVA et al. 2020), como no caso apresentado onde não há presenças de características mais severas como úlceras e crostas, mesmo assim sendo indicado a biópsia incisiva.

Histologicamente apresenta epitélio estratificado escamoso de revestimento apresentando atrofia e queratinização com ou sem algum grau de displasia, ao passo que o tecido conjuntivo mostra um quadro de degeneração basofílica das fibras colágenas e elásticas denominada elastose solar, característica primordial, mas não a mais importante no diagnóstico, visto que a principal característica de evolução do caso é referente ao grau de displasia (PICELLI et al., 2018). Apesar da grande relação entre a manifestação clínica e a histologia e da indicação de biópsia ao caso, o paciente ainda não pôde realizá-la, impossibilitando a obtenção das características histológicas presentes no caso.

Os tratamentos variam de acordo com cada caso e, principalmente, de acordo com as informações histológicas presentes, especialmente a atipia celular, e podem incluir desde medicações tópicas até intervenções cirúrgicas mais invasivas como a vermelhectomia (LIMA et al., 2010). Formas de prevenção, ou apenas controle das alterações já existentes nos lábios são essenciais para controle da sua progressão, como o uso de protetores labiais com FPS 30 e hidratante labial, como prescrito ao paciente até o momento da avaliação de atipia celular e definição de uma abordagem mais conservadora ou invasiva (LIMA et al., 2010; LUPU et al., 2018).

3. CONCLUSÃO

A partir dos dados expostos no estudo, pode-se concluir que a queilite actínica é uma doença benigna causada principalmente pelo alto grau de exposição solar, mas que ainda assim, deve ser precocemente identificada e tratada como profilaxia de outras lesões possivelmente malignas, e por isso, durante as consultas de rotina com o cirurgião dentista, toda a cavidade bucal deve ser analisada para detectar possíveis patologias, como a QA, que foi amplamente discutida no decorrer do trabalho.

4. REFERÊNCIAS

An Bras Dermatol. 2016;91(4):463-7.

Araújo CP, Vidal MTA, Gurgel CAS, Ramos EAG, Barbosa Junior AA, Ramalho LMP, Santos JN. RPG Rev Pós Grad 2012;19(1):21-7.

CINTRA, José Silvino. Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia - SP. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 105-110, [s.d.], 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a06v67n2.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

Cremonesi AL, Quispe RA, Garcia AS, Santos PSS. Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2017;62(1):7-11.

ISBN: 978-85-352-8705-9; PII: B978-85-352-8705-9.00017-7; Autor: REGEZIBRAZIL2017; Documento ID: 00017; Capítulo ID: c0085

LIMA, Giana da Silveira; SILVA, Gabriela Ferrari da; GOMES, Ana Paula Neutzling; ARAËJO, Lenita Maria Aver de; SALUM, Fernanda Gonçalves. Diclofenac in hyaluronic acid gel: an alternative treatment for actinic cheilitis. **Journal Of Applied Oral Science**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 533-537, out. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-77572010000500018>.

LUPU, Mihai *et al.* Non-invasive imaging of actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip. **Molecular And Clinical Oncology**, [S.L.], v. [], n. [], p. 640-646, 26 mar. 2018. Spandidos Publications. <http://dx.doi.org/10.3892/mco.2018.1599>.

MARTINS-FILHO P R; 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.

MARTINS, M. D. et al. Queilite actínica: relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, 2007.

MOREIRA, Shirlei Cristina. Associação entre a suscetibilidade à exposição solar e a ocorrência de câncer de pele em albinos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, Salvador, v. 1, n. 12, p. 70-74, abr. 2013. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23035/1/12_v.12_1.pdf. Acesso em: 05 mar. 2021.

PAIVA, et al. Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica • J Bras Patol Med Lab • v. 48 • n. 6 • p. 455-458 • dezembro 2012

PICCELLI, Hilton Rinaldo Salles. Avaliação clínica, histopatológica e imunohistoquímica de 48 casos de queilite actínica Hilton Rinaldo Salles Piccelli ORIENTADORA:

Profa. Dra. Vera Aparecida Saddi Goiânia-GO 2008. Universidade Católica de Goiás, Goiania, p. 14-73, 19 maio 2008.

Rosa I, Staibano S, Lo Muzio L, Delfino M, Lucariello A, Coppola A, de Rosa G, Scully C. Potentially malignant and malignant lesions of the lip. Role of Staining of silver nucleolar organizer regions, proliferation cell nuclear antigen, p53 and c-myc in differentiation and prognosis. *J Oral Pathol MEd*, 1999; 28 (6):252-258.

SAVAGE N W; McKAY C; FAULKNER C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010; 55 (Suppl 1):78-84.

Silva, L.V.d., de Arruda, J.A.A., Abreu, L.G. *et al.* Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: a Brazilian Multicentre Study. *Head and Neck Pathol* **14**, 899–908 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01142-2>

SILVEIRA, E. J. D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos • *J Bras Patol Med Lab* • v. 45 • n. 3 • p. 233-238 • junho 2009

SOARES, Anna Paula. **Qualidade no atendimento do pronto socorro do hospital público de Cascavel**. 2010. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Faculdade Assis Gurgacz - Fag, Cascavel, 2010. Disponível em: <https://www.fag.edu.br/upload/graduacao/tcc/51378b6d84ddd.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021

VÉO, Paulo César Rodrigues. Tratamento cirúrgico da queilose actínica. **Revista Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 3, n. 58, p. 393-397, set. 2010.

VILELA, Guilherme Rocha. Queilite actínica - revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. São Gonçalo do Sapucaí, 2011. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

WOOD, Neil Hamilton; KHAMMISSA, Razia; MEYEROV, Robin; LEMMER, Johan; FELLER, Liviu. Actinic Cheilitis: a case report and a review of the literature. **European Journal Of Dentistry**, [S.L.], v. 05, n. 01, p. 101-106, jan. 2011. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-1698864>.