

ASPECTOS CLÍNICOS E MORFOLÓGICOS DA QUELITE ACTÍNICA UMA REVISÃO DE LITERATURA

ALINE ALVES DA VEIGA¹, ANA FLÁVIA HOTT DA SILVA², DAISY LAUREN DE SOUZA ADRIANO³, DANIELLA SANGY HORSTS⁴, DÉBORA DE OLIVEIRA CARNEIRO⁵, CRISTIANO MAGALHÃES MOURA VILAÇA⁶

¹Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, aveigaalves@hotmail.com

²Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, anaflaviahott@gmail.com

³Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, maferdala@gmail.com

⁴Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, daniellashorsts@gmail.com

⁵Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, debolicar@gmail.com

⁶ Mestrado em Biologia e Patologia Buco-Dental, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, cristiano.magalhaes@sempre.unifacig.edu.br

RESUMO: A quelite actínica (QA) é classificada como uma desordem potencialmente maligna, resultante da exposição solar prolongada. Esta acomete especialmente o lábio inferior, apresentando-se predominantemente em trabalhadores rurais do sexo masculino, acima de 45 anos e de pele clara. O presente artigo consiste em uma revisão de literatura baseada na biblioteca PubMed (National Library of Medicine), em artigos publicados no período de 2010 a 2020 em versão completa, objetivando a análise dos aspectos clínicos e morfológicos da QA, bem como as formas de tratamento. É justificada então a necessidade da menção a esta desordem visto que, por fatores que ainda merecem atenção, passa despercebida por muitos profissionais da saúde. Deste modo, clinicamente, pode-se observar áreas de ressecamento labial, placas brancas e vermelhas que são características mais presentes. No entanto, o que demonstra o diagnóstico diferencial é a modificação do tecido conjuntivo devido ao quadro de elastose solar com a degradação basofílica das fibras elásticas e colágenas. Outra característica importante é a displasia epitelial, uma alteração anormal do tecido epitelial, que justifica o seu potencial de malignização e está associada à sua heterogeneidade clínica. A terapêutica preconizada para essa alteração é a vermelhectomia, sendo válido ressaltar que há diversos estudos que buscam encontrar um tratamento menos agressivo e que garanta um pós-operatório mais satisfatório.

Palavras-Chave: Anormalidades Induzidas por Radiação; Carcinoma de Células Escamosas; Queilite; Mucosa Bucal, Patologia Bucal.

Área do conhecimento: Ciências da Saúde. Odontologia.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF ACTINIC QUELITE A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Actinic cheilitis (QA) is classified as a potentially malignant disorder, resulting from prolonged sun exposure. This especially affects the lower lip, presenting predominantly in male rural workers, over 45 years old and with light skin. This article consists of a literature review based on the PubMed library (National Library of Medicine), in articles published in the period 2010 to 2020 in full version, aiming at analyzing the clinical and morphological aspects of QA, as well as the forms of treatment. Therefore, the need to mention this disorder is justified since, due to factors that still deserve attention, it goes unnoticed by many health professionals. In this way, clinically, it is possible to observe areas of labial dryness, white and red plaques that are more present

characteristics. However, what the differential diagnosis shows is the modification of connective tissue due to the solar elastosis with the basophilic degradation of elastic and collagen fibers. Another important feature is epithelial dysplasia, an abnormal change in epithelial tissue, which justifies its potential for malignancy and is associated with its clinical heterogeneity. The recommended therapy for this alteration is vermillionectomy, and it is worth noting that there are several studies that seek to find a less aggressive treatment and that guarantee a more satisfactory postoperative period.

Keywords: Abnormalities Induced by Radiation; Squamous Cell Carcinoma; Cheilitis; Oral Mucosa, Oral Pathology.

INTRODUÇÃO

Queilite actínica (QA) é uma desordem potencialmente maligna, que apresenta maiores chances de progressão para um carcinoma de células escamosas (ANDREADIS et al., 2020). A QA possui como agente etiológico a radiação ultravioleta. O dano tecidual em semimucosa labial age de modo dependente do tempo e da intensidade da exposição (POITEVIN et al., 2017; DANCYGER et al., 2018); A QA acomete principalmente o lábio inferior, devido ao seu posicionamento anatômico, principalmente em indivíduos acima de 40 anos, do sexo masculino, de pele clara e com enfoque aos trabalhadores rurais, que em sua maioria não fazem uso dos métodos de proteção, como, por exemplo, a utilização de protetor solar labial e chapéus de aba longa (JADOTTE; SCHWARTZ, 2012).

Os aspectos clínicos se apresentam como ressecamento, fissuras, hiperpigmentação ou hipopigmentação, leucoplasia, eritroplasias, perda de delimitação de lábios, úlceras e/ou crosta (SILVA et al., 2020). Inicialmente, os lábios se apresentam ásperos, ressecados e escurecidos, depois aparecem estrias ou fissuras perpendiculares ao limite entre pele e mucosa, ocorrendo a perda da nitidez da linha mucocutânea. Descamação prolongada e sensação de secura podem estar presentes até a formação de ulcerações. O tecido que contorna a região do lábio atingido se torna espesso, resultando na perda da concavidade normal dessa área (SAVAGE et al., 2010; SARMENTO et al., 2014).

Diante desta heterogeneidade clínica, há uma grande importância das características microscópicas como a displasia epitelial, em que ocorrem alterações morfológicas e arquiteturais nos terços do tecido epitelial, podendo ser avaliada em leve, moderada e grave. É imprescindível ressaltar que, em grau mais severo, pode ser mais susceptível a progressão para o carcinoma de células escamosas. Neste sentido, a terapêutica varia desde tratamentos medicamentosos considerados não cirúrgicos a procedimentos cirúrgicos. Para tal decisão, portanto, faz-se primordial a realização da biópsia para a análise de todos os aspectos histopatológicos da lesão, em especial o grau de displasia epitelial presente (LOPES et al., 2015; MUSE et al., 2019).

Diante de diversas lesões que acometem a região de cabeça e pescoço, o objetivo do presente trabalho é descrever os principais aspectos morfológicos e clínicos, que podem auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico da queilite actínica.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o tema, a fim de abordar os principais aspectos morfológicos e clínicos da queilite actínica. A metodologia da pesquisa possui um caráter visual explicativo descritivo. A análise do conteúdo ocorreu pela seleção de artigos da biblioteca PubMed (National Library of Medicine), utilizando o termo "*actinic cheilitis*", publicados durante a década atual, nos idiomas inglês e/ou português. Foi estabelecido como critério de seleção que os artigos revisados deveriam conter experimentação clínica, critério este utilizado para confirmação teórica e dos dados abordados nas bibliografias. Ao final da busca foram selecionados dez artigos que atendiam aos critérios determinados. Como critério de exclusão, não foram considerados artigos que não estavam disponíveis na versão completa.

DESENVOLVIMENTO

A queilite actínica caracteriza-se como uma desordem potencialmente maligna, que acomete exclusivamente lábio inferior, possuindo como agente etiológico a radiação solar. Ela abriga um amplo espectro clínico patológico, que varia desde um simples ressecamento até a formação de um carcinoma de células escamosas, em que componentes inflamatórios participam do processo de malignização (SARMENTO et al., 2014). É válido ressaltar que fatores de riscos como a idade, especialmente pacientes acima de sessenta anos, anormalidade genéticas, tabagismo e álcool que podem agravar quadros de QA, e influenciar na velocidade de progressão maligna que esta desordem pode exercer (JUNQUEIRA et al., 2011; MUSE et al., 2019).

O lábio inferior se dispõe anatomicamente em posição mais proeminente quando comparado ao superior, tornando-o susceptível ao contato com antígenos, traumas e principalmente à recepção de mais incidência solar. Deste modo, o tecido se subdivide em três regiões: a pele da área externa, a zona do vermelhão do lábio ou semimucosa, e a mucosa labial. Os lábios ainda são compostos por músculos estriados, que lhes conferem os movimentos, e tecido conjuntivo. Neste sentido, o vermelhão labial apresenta epitélio com menos melanina, glândulas sudoríparas e sebáceas (BLANCO et al., 2018), possuindo então menos meios de defesa, o que pode justificar sua maior presença nos casos desta desordem. A falta de lubrificação fisiológica associada à agressão tecidual permitirá maior possibilidade de ressecamento e fissuras do tecido, características estas, bastante associadas aos quadros de QA. Por outro lado, a disposição anatômica do lábio faz com que o vermelhão labial seja visível e, portanto, facilmente inspecionado pelo paciente e pelo profissional, e pode auxiliar o diagnóstico precoce e preciso da queilite actínica (ZUGERMAN, 2011) que pode contribuir para um autoexame orientado e conseqüentemente um aumento vertiginoso dos diagnósticos precoces.

As alterações do tecido labial mais presentes nos lábios, que estão relacionadas a QA são apresentadas na tabela 1. Os lábios se apresentam ásperos, ressecados e escurecidos, depois aparecem estrias ou fissuras perpendiculares ao limite entre pele e mucosa, ocorrendo a perda da nitidez da linha mucocutânea, descamação, ulceração, palidez, manchas brancas e / ou placas, áreas de eritema e demarcação borrada entre a borda do vermelhão e a pele, hiperpigmentação ou hipopigmentação (PIRES et al., 2019).

Tabela 1- Características clínicas mais presentes nos quadros de queilite actínica.

Características clínicas	POITEVINN. A. et al., 2017	SARMENTO. D. J. S. et al., 2014	SAVAGE N.W, MCKAY C, FAULKNER C., 2010	ANDREIDIS D. et al., 2020	LOPES M. L. D. S. et al., 2015	Total
Nenhum sinal clínico	3	16	-	-	-	19
Ressecamento	8	10	12	59	40	129
Úlcera	4	3	-	34	10	51
Placa Branca	4	22	-	24	54	104
Placa Vermelha	4	18	-	-	41	63
Perda de delimitação	8	-	8	34	-	50
Edema	8	-	-	38	-	46
Endurecimento	4	-	-	-	-	4
Hipopigmentação	-	-	8	-	10	18
Hiperpigmentação	12	-	-	-	10	22
Crosta	-	-	-	20	-	20
Fissura	8	-	-	-	-	8
Casos avaliados	42	40	20	59	161	322

Segundo a literatura, a QA tem manifestação principalmente em homens de pele clara, cujo trabalho é baseado na agricultura e pecuária. A maior presença neste grupo populacional pode ser

justificado pela maior presença do homens nas atividades campestres, associado ao fato de as mulheres adotarem o costume de um maior cuidado com a saúde, fazendo uso frequente de recursos como cosméticos e paramentações que servem como proteção individual (RIBEIRO et al., 2014). Ao se tratar de etnia e raça, indivíduos pardos ou pretos possuem maior pigmentação melânica o que garante resistência às alterações na pele. Outro fato importante, é que os trabalhadores rurais ficam muito expostos a radiação ultravioleta, que sem cuidados individuais eleva o índice de aparecimento da doença (MUSE et al., 2019).

Demograficamente, o clima brasileiro se apresenta diversificado, com regiões semiáridas como o Nordeste, tropicais como o Sudeste e subtropicais a exemplo do Sul, algo que influencia diretamente no surgimento e desenvolvimento da QA. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2011), mais de 14.000 novos casos de câncer de boca foram diagnosticados em 2008 demonstrando aproximadamente 17% de todos os casos. Sergipe, o menor estado da Federação Brasileira, possui uma das maiores taxas brutas da doença, com oito casos por 100.000 homens e cinco casos por 100.000 mulheres (MARTINS et al., 2011). A base econômica de um país pode interferir diretamente na incidência da QA em sua população. Em territórios com grande desenvolvimento no setor primário, ocorre um índice exponencial de trabalhadores rurais, sendo válido ressaltar que na região Sudeste, especialmente em Minas Gerais e Espírito Santo, há uma notável participação na agricultura familiar. Perante estas premissas, os trabalhadores precisam estar cientes dos métodos de proteção, pois se encontram em um grupo de risco ao analisar o fator etiológico da QA (SILVA et al., 2020). Do mesmo modo, esta disposição socioeconômica é fator altamente justificável para a implementação de ações que envolvam a conscientização e o acompanhamento das populações pré-expostas.

Histologicamente, é possível observar um epitélio de revestimento atrófico ou acantótico, com hiperqueratose ou não (LIMA et al., 2019). Neste contexto, associado à sua heterogeneidade clínica e intimamente ligada ao seu potencial de malignização, a queilite actínica pode apresentar como uma das principais características microscópicas a displasia epitelial, responsável direta pela decisão terapêutica individualizada (ARAÚJO et al., 2010). Dentre os graus de displasia pode-se citar 3 graduações que são normalmente discutidos, sendo apresentados como ausência de displasia epitelial; displasia epitelial leve, quando apenas o terço inferior do epitélio apresenta modificações celulares; displasia epitelial moderada, quando há o acometimento do terço médio; displasia epitelial grave, quando as alterações atingem mais de dois terços do epitélio, como representado na figura 1 (CÂMARA et al., 2016).

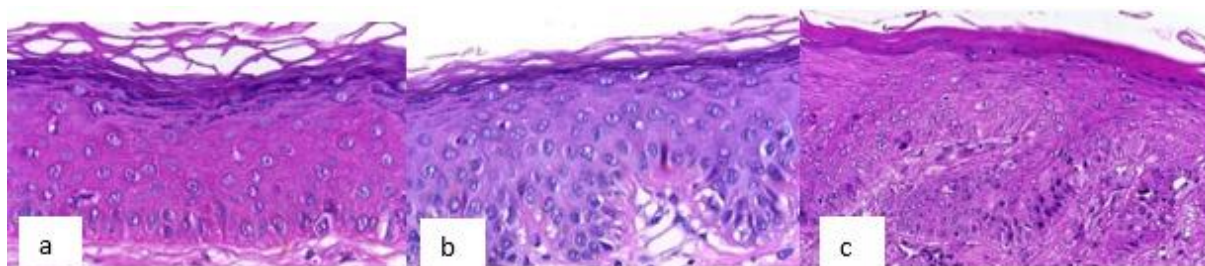


FIGURA 1- Fotomicrografias de cortes histológicos de fragmentos de mucosa com displasia epitelial. Exemplificação da classificação histológica da displasia epitelial segundo a OMS. Figura (a) demonstra alterações arquiteturais e morfológicas apenas no terço inferior (displasia epitelial leve); (b) presença destas alterações no terço inferior e médio (displasia epitelial moderada); e (c) presença das alterações em toda a espessura do epitélio (displasia epitelial severa). Lâmina histológica em objetiva (40X) corada com hematoxila-eosina. (FONTE: Adaptado de CÂMARA et al., 2016).

Os raios solares provocam um quadro de elastose solar no tecido conjuntivo confirmado através do exame anatomopatológico (POULOPOULOS et al., 2013). Diante disto, a lâmina própria apresenta degradação basofílica das fibras colágenas e elásticas, podendo ser visualizado microscopicamente células atróficas e infiltrado inflamatório em no tecido conjuntivo, resultado da intensa penetração e absorção da radiação no lábio acometido (LUPU et al., 2018).

A ação dos raios ultravioleta tem função imunomoduladora local e sistêmica, podendo causar imunossupressão local envolvendo a participação de células de Langerhans e células inflamatórias, como macrófagos e mastócitos, fato que contribui para a progressão das diversas alterações morfológicas e arquiteturais, demonstrando a necessidade de maior atenção clínica para esta desordem (ARAÚJO et al., 2010).

Ao analisar as formas de tratamento pode se citar: crioterapia, eletrocirurgia, 5-fluorouracil, imiquimod, gel de diclofenaco e terapia fotodinâmica. As terapias conservadoras são frequentemente eficazes, mas podem apresentar menos efetividade, principalmente em lesões com maiores graduações de displasia epitelial. A vermelhectomia, caracterizada pela remoção total do vermelhão do lábio, é o tratamento padrão-ouro (CHANG et al., 2020), embora apresente resultados desagradáveis no quesito estética (CHAVES et al., 2017; GONZAGA et al., 2019). Diante do presente desafio, pesquisas têm sido feitas obtendo resultados satisfatórios para a reconstrução do vermelhão do lábio devolvendo as funções orbiculares da boca e da fala com a utilização de matriz dérmica de aloenxerto a partir de pele cadavérica, em que todos os materiais celulares são removidos, deixando uma porção intacta na membrana, canais vasculares (para permitir a angiogênese), fibras de colágeno, feixes que suportam crescimento do tecido e filamentos elásticos promovendo a integridade biomecânica (CHANG et al., 2020).

Diante da presente revisão de literatura, ambos os artigos demonstram características unânimes ao se tratar da descrição clínica e anatomopatológica da queilite actínica. Deste modo, de acordo com os trabalhos realizados por Araújo et al., 2010 e CÂMARA et al., 2016, casos que apresentam displasias leves são frequentemente mais diagnosticados se comparado à displasia moderada e grave, fato que viabiliza melhor prognóstico e tratamento.

Considerando todas as características desta desordem, observa-se que na maioria dos casos os pacientes não são diagnosticados precocemente, situação que pode ser justificada pelo desconhecimento dos profissionais da saúde sobre seu desenvolvimento e características presentes na manifestação clínica da doença. A baixa frequência regular ao dentista somada aos hábitos deletérios e falta de proteção aumentam as possibilidades do aparecimento de alterações no lábio atuando de forma contrária uma vez que devemos buscar sua prevenção e diagnóstico precoce, levando em consideração que esta lesão possui grande heterogeneidade clínica e também características que lhe conferem possibilidade de transformação maligna, mesmo sendo mais raros os casos de carcinoma de células escamosas.

CONCLUSÃO

A queilite actínica é uma desordem potencialmente maligna causada pela constante exposição à radiação solar e acomete principalmente o lábio inferior. Por ser uma lesão tempo dependente da exposição, sua severidade pode variar de acordo com regiões e populações. A queilite actínica se caracteriza por uma grande heterogeneidade clínica, entretanto pode-se observar que as características clínicas mais presentes nos casos de QA foram ressecamento labial, placas brancas, placas vermelhas, regiões ulceradas em lábio e perda de delimitação labial. Portanto, é necessário que o cirurgião dentista reconheça estas alterações permitindo um diagnóstico clínico e um acompanhamento mais próximo do paciente, já que se trata de uma lesão com potencial de malignização, mesmo que baixo. Indica-se que sejam adotadas medidas preventivas como o uso de protetor solar nos lábios e a utilização de objetos de proteção mecânica, como chapéus de aba longa. Dessa forma, é importante que sejam feitos mais estudos dessa natureza para a maximizar o conhecimento e conscientização acerca desta doença.

REFERÊNCIAS

ANDREADIS, D; PAVLOU, A.M; VAKIRLIS, E; ANAGNOSTOU, E; VRANI, F; POULOPOULOS, A; KOLOKOTRONIS, A; IOANNIDIS, D; SOTIRIOU, E. Daylight photodynamic therapy for the management of actinic cheilitis. **Archives of Dermatological Research**, (10):731-737, 2020.

CÂMARA P.R; DUTRA S.N; TAKAHAMA J. A; FONTES K; AZEVEDO R.S. A comparative study using WHO and binary oral epithelial dysplasia grading systems in actinic cheilitis. **Oral Dis**, (6):523-9, 2020.

CHANG, SHAO-HAI; HUANG, ZHUO-SHAN; CHEN, WEI-LIANG; ZHOU, BIN; ZHONG, JIANG-LONG. Vermilionectomy Followed by Reconstruction of the Vermilion Mucosa Using Allograft Dermal Matrix in Patients With Actinic Cheilitis of the Lower Lip. **J Cosmet Dermatol**, 2020.

CHAVES, Y.N; TOREZAN, L.A; LOURENÇO, SV; NETO, C.F. Evaluation of the efficacy of photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis. **Photodermatol Photoimmunol Photomed**, 33, 2017.

DANCYGER, A; HEARD, V; HUANG, B; SULEY , C; TANG, D; ARIYAWARDANA, A. Malignant Transformation of Actinic Cheilitis: A Systematic Review of Observational Studies. **J Clin Invest Dent. John Wiley & Sons Austrália Ltd**, 9 (4): e12343, 2019

JADOTTE, Y.T; SCHWARTZ, R.A. Solar Cheilosis: An Ominous Precursor: Part I. Diagnostic Insights. *J Am Acad Dermatol*. **Americam Academy of Dermatology**, 66 (2) :173-84, 2017.

LOPES, M.L.D.S; LIMA, K.C; SILVEIRA, É.J.D; JÚNIOR, F.L.S; OLIVEIRA, P.T. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. **An Bras Dermatol**, 90(4):505-12, 2015.

LUPU, M; CARUNTU, A; CARUNTU, C; BODA, D; MORARU, L; VOICULESCU, V; BASTIAN, A. Non-invasive Imaging of Actinic Cheilitis and Squamous Cell Carcinoma of the Lip. **Mol Clin Oncol**, 8 (5): 640-64, 2018.

MARTINS-FILHO P.R.S; SILVA L.C.F, PIVA M. R. The Prevalence of Actinic Cheilitis in Farmers in a Semi-Arid Northeastern Region of Brazil. **International Journal of Dermatology**, 50 (9):1109-14, 2011.

MUSE, M.E; CRANE, J.S. Actinic Cheilitis. In: **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2020.

PIRES, F.R; BARRETO, M.D.Z; SANTOS, T.C.R. Oral potentially malignant disorders: clinical-pathological study of 684 cases diagnosed in a Brazilian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, 1;25 (1): e 84-e88, 2020

POITEVIN, N.A; RODRIGUES M.S; WEIGERT K.L; MACEDO C.L.R; DOS SANTOS R.B. Actinic cheilitis: proposition and reproducibility of a clinical criterion. **BDJ Open**, 4;3:17016, 2017.

POULOPOULOS, A.K; ANDREADIS, D; MARKOPOULOS, A.K. Expression of Matrix Metalloproteinases 9 and 12 in Actinic Cheilitis. **World J Exp Med**, 20;3 (3): 43-9, 2020.

RODRIGUEZ-BLANCO, I; SUAREZ, C.P; RODRIGUEZ-LOJO, R; PARADELA, S; CONDE, I.S; FERREIRÓS, P.M. Actinic Cheilitis Prevalence and Risk Factors: A Cross-sectional, Multicentre Study in a Population Aged 45 Years and Over in North-west Spain. **Eur J Dermatol**, 98(10): 970-97, 2019.

SANTOS, R.F; OLIVEIRA, R.L; GALLOTTINI, M; CALIENTO, R; SARMENTO, D.J.S. Prevalence of and Factors Associated With Actinic Cheilitis in Extractive Mining Workers. **Braz Dent J**, 29 (2): 214-221, 2018

SARMENTO, D.J.S; MIGUEL, M.C.C; QUEIROZ, L.M.G; GODOY, G.P; SILVEIRA; E.J.D. Actinic Cheilitis: Clinicopathologic Profile and Association With Degree of Dysplasia. **International Journal of Dermatology**, 53 (4): 466-7, 2014.

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

SILVA, L.V.O; ARRUDA, J.A.A; ABREU, L.G; FERREIRA, R.C; SILVA, L.P; PELISSARI, C; SILVA, R.N.F; NÓBREGA, K.H.S; ANDRADE, B.A.B; ROMANACH, M.J; AGOSTINI, M; NONAKA, C.F.W; ALVES, P.M; PONTES, H.A.R; RIVERO, L.F; SOUZA, L.B; TRIERVEILER, M; MENDONÇA, E.F; GOMES, A.P.N; MARTINS, M.D; ANDRADE, E.S.S; SILVEIRA; M.M.F; SOBRAL, A.P.V; MESQUITA, R.A. Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: A Brazilian Multicentre Study. **Head Neck Pathol**, 2020.