



IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA QUEILITE ACTÍNICA

EMMILY VITÓRIA DE MENEZES; JOSÉ EDINARDO SOARES DA SILVA JÚNIOR;
MARIANA CRISTINA DA COSTA SANTOS; ROBERTA JAMILLY DE OLIVEIRA;
MATEUS DE SENA COSTA SANTOS

RESUMO

Introdução: A queilite actínica (QA) é uma patologia com grande potencial de malignização, ou seja, é pré-cancerizável, sendo uma lesão inflamatória que se desenvolve principalmente no lábio inferior da boca, estando associada à exposição solar, tabagismo e fatores socioeconômicos. Casos diagnosticados tardiamente podem evoluir para carcinoma de lábios. **Objetivo:** analisar, a partir de uma revisão da literatura, as características clínicas da QA, entender a importância do diagnóstico precoce e as suas principais manobras de tratamento. **Metodologia:** As buscas foram feitas nas bases de dados PubMed, BVS e Science Direct, as quais passaram pelo processo de triagem e elegibilidade, no final nove estudos foram incluídos na síntese qualitativa. **Resultados:** Várias abordagens terapêuticas foram descritas, terapia fotodinâmica, microscopia confocal de reflectância (MCR), adesivo ácido 5-aminolevilínico e fludroxocortida. **Considerações finais:** Existe um intervalo de tempo considerável para a progressão da lesão acontecer, então o presente trabalho reuniu meios de intervenções para facilitar o planejamento de ações individuais e coletivas dos profissionais odontólogos.

Palavras-chave: Carcinoma; Lesão; Malignidade; Progressão; Terapia.

1. INTRODUÇÃO

A queilite actínica (QA) está na classe de doenças orais que apresentam desordem potencialmente maligna (OPMD)¹, isto é, classe de lesões em tecido benigno que inicialmente não chamam atenção, mas que morfológicamente esse tecido já se encontra alterado com grandes riscos de transformação maligna. De acordo com a literatura, quase 95% dos casos de carcinoma espinocelular do lábio foram precedidos por episódios de QA², por isso faz-se necessário que o cirurgião-dentista realize um exame clínico – anamnese e exame físico – de forma minuciosa, saber identificar esse tipo de lesão, diagnosticar e conduzir intervenções de tratamento podem evitar, sobretudo, a progressão da doença.

A incidência da QA é predominantemente observada em homens de pele clara, entre a quarta e quinta década de vida, com longa história de exposição solar, baixo nível educacional e tabagistas³. Sendo uma lesão inflamatória crônica caracterizada por ressecamento, descamação, fissuras, atrofia labial e perda da definição da junção mucocutânea do lábio, principalmente o lábio inferior, pela localização anatômica que permite maior penetração dos raios solares².

Tendo em vista os fatores etiológicos e os riscos associados à QA, a pesquisa objetiva destacar, por meio de uma revisão da literatura, a importância do diagnóstico da queilite actínica e suas principais manobras de tratamento.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão da literatura que tem por objetivo responder a seguinte pergunta-problema: “Quais as principais condutas de diagnóstico e tratamento da queilite actínica?”. A pesquisa foi desenvolvida em bases de dados digitais como Pubmed, BVS e Science Direct. Para isso foram adotados alguns critérios de inclusão, sendo eles: artigos dos últimos cinco anos que estejam anexados nas bases de dados digitais supracitados e que sejam escritos em português, inglês ou espanhol. Posteriormente, foram definidos os critérios de exclusão, como estudos de revisão literária, guias técnicos e projetos que não respondam à pergunta-problema. A estratégia de coleta de dados da pesquisa pode ser observada na tabela 1.

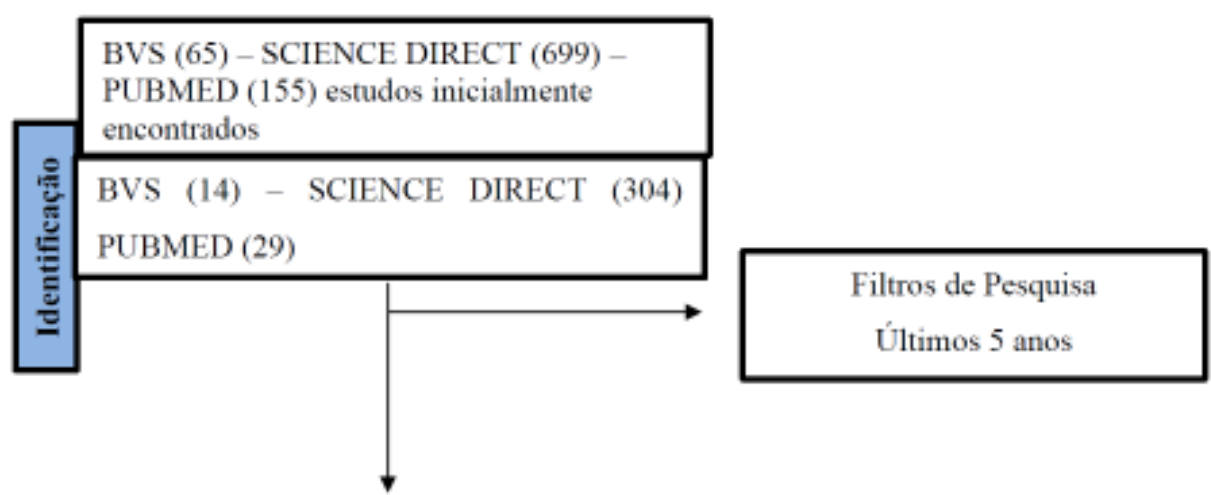
Tabela 1 – Coleta de dados

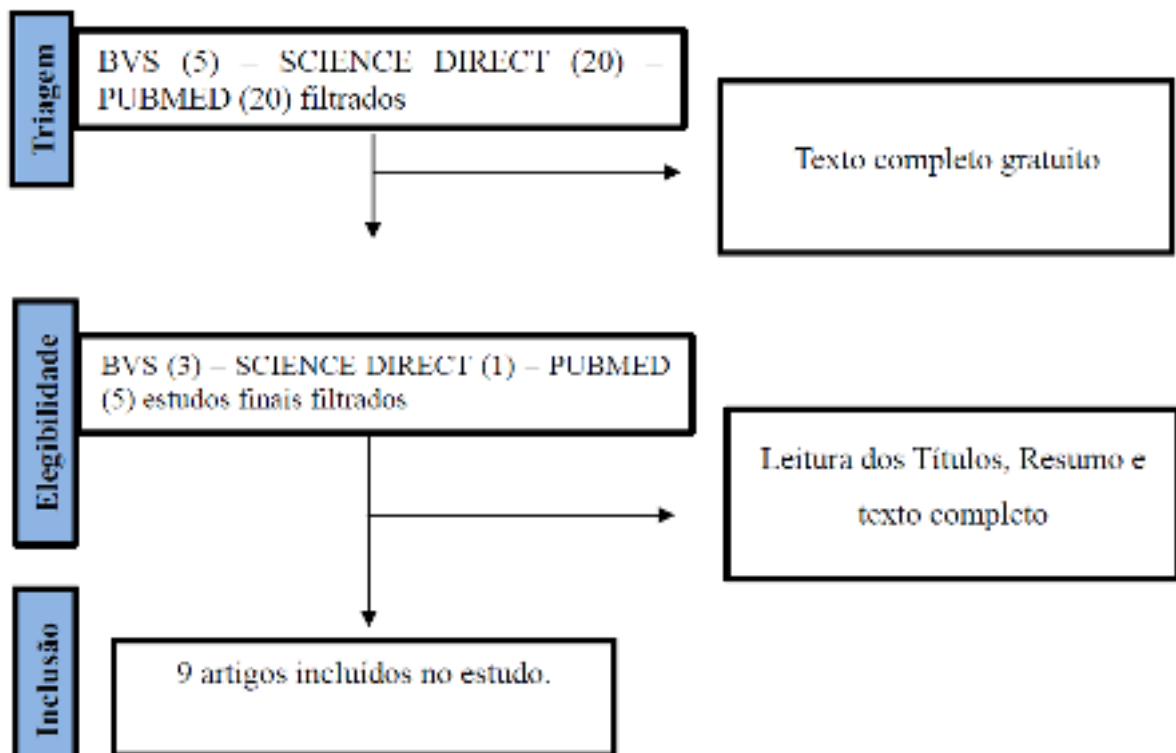
BASE	ESTRATÉGIA DE BUSCA
BVS	("queilite actínica" OR "actinic cheilitis") AND (diagnóstico OR "diagnostic procedures") AND (tratamento OR "treatment" OR "management")
SCIENCE DIRECT	("actinic cheilitis" OR "cheilitis actinica") AND (diagnosis OR "diagnostic procedures" OR "diagnostic techniques") AND (treatment OR "management strategies" OR "therapeutic options")
PUBMED	("actinic cheilitis"[MeSH Terms] OR "actinic cheilitis"[All Fields]) AND (diagnosis[MeSH Terms] OR "diagnostic methods"[All Fields] OR "diagnostic techniques"[All Fields])

Fonte: Autores (2024)

Um total de 879 estudos potencialmente elegíveis foram encontrados, no entanto, após o procedimento de seleção dos critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão apenas 9 relatórios foram incluídos na síntese qualitativa. Os resultados da avaliação dos critérios em cada banco de dados eletrônicos estão descritos na figura 1 em forma de fluxograma.

Figura 1: Seleção de periódicos localizados e usados no estudo.





Fonte: Elaboração Própria, 2024.

3. RESULTADOS

3.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da queilite actínica pode ser feito a partir de um exame clínico e histopatológico. Quando a anamnese e o exame físico são bem feitos eles já são suficientes para identificar se o paciente está ou não com QA, o que não se pode afirmar nessa etapa é em que níveis teciduais essa lesão pode apresentar alterações morfológicas⁴. Em razão disso, o profissional deve lançar mão de uma biópsia incisional quando houver suspeita de malignidade, como presença de lesões heterogêneas, crostas – que indicam episódios de úlceras – fissuras e perda total da linha que delimita o lábio⁵.

A literatura mostra a biópsia como sendo o método mais usado por sua precisão e assertividade, entretanto, existem outras técnicas para realizar o diagnóstico, deve-se considerar outros métodos pensando em pacientes diabéticos, hemofílicos, anêmicos e hipertensos não controlados, os quais na prática podem vir a apresentar complicações.

Pensando nisso, Lupu *et al.*, (2020) relatou em seu estudo a eficácia da microscopia confocal de reflectância (MCR), técnica de imagem não invasiva de pele para o diagnóstico da QA. Os autores usaram uma amostra de 12 indivíduos com idades entre 43 e 80 anos, com as lesões já comprovadas por biópsia para serem avaliadas com o MCR. Os resultados obtidos foram 04 lesões de queilite actínica e 8 de carcinoma espinocelular, nas lesões de QA foi observado a presença de hiperqueratose e um padrão atípico em favo de mel da amostra. Os resultados foram iguais aos dos laudos histopatológicos, confirmando que a MCR pode ser uma ferramenta valiosa para a distinção in vivo da QA⁶, apesar da dificuldade levantada pela necessidade de confirmação histopatológica no estudo.

3.2. CONDUTAS CLÍNICAS E TRATAMENTOS

O diagnóstico histopatológico vai ser fundamental para definir o tempo de

acompanhamento dessa lesão, o tratamento ou o encaminhamento desse paciente para o serviço de oncologia. As principais abordagens terapêuticas incluem tanto tratamentos cirúrgicos quanto não cirúrgicos, sendo que os tratamentos cirúrgicos, como a vermilionectomia, são preferidos para casos com displasia epitelial moderada a grave, devido às menores taxas de recorrência. Os tratamentos não cirúrgicos, como terapia fotodinâmica ou uso tópico de 5-FU, oferecem bons resultados estéticos, mas estão associados a maiores taxas de recorrência⁵.

O tratamento cirúrgico pode envolver a utilização de técnicas específicas, como a técnica de retalho de Schuchardt, que utiliza de um avanço da região mentoniana, em degrau, para a parte medial do lábio inferior, essa técnica é eficaz tanto para defeitos de espessura parcial quanto total dos lábios, proporcionando resultados estéticos e funcionais satisfatórios⁷.

A literatura não mostra qual o melhor tratamento ou mais correto que deve ser adotado, contudo, deve ser feito o controle clínico da lesão, o paciente deverá ser acompanhado de 3- 6 meses e o profissional deverá escolher quais manobras de tratamento utilizar. O estudo de Bezerra (2019) aborda o creme dermatológico Fludroxycortida 0,125mg/g como um auxiliar para tratamento de QA, 23 pacientes diagnosticados participaram, no qual 15 tiveram a Fludroxycortida associado ao protetor solar labial no seu tratamento, enquanto 8 possuíram apenas o protetor solar labial. O estudo mostrou que o uso exclusivo do protetor solar labial é eficaz no tratamento, mas pode haver uma melhora na eficácia quando associado ao Fludroxycortida³.

A terapia fotodinâmica também é um meio de tratamento bastante citado pelos autores. Radakovic, Dengl e Tanew (2020) fez um ensaio clínico com 19 pacientes usando a terapia fotodinâmica com adesivo ácido 5-aminolevulínico, os quais foram acompanhados durante 3, 6 e 12 meses após a aplicação, 3 meses depois 17 dos pacientes obtiveram remissão total da QA, os demais possuíram remissão total até o fim dos acompanhamentos. O estudo confirmou que o ácido 5-aminolevulínico possui eficácia clínica⁸. Já Andreadis *et al.*, (2020) destacou a eficácia da terapia fotodinâmica (PDT) com aplicação da luz do dia (DLPDT). Durante um período de três meses, foram acompanhados 20 pacientes, com idades variando entre 48 e 83 anos. Dentre esses, 18 conseguiram alcançar uma resposta completa, enquanto 2 apresentaram apenas uma resposta parcial. Esses pacientes foram submetidos a biópsias, cujo exame histopatológico identificou alterações compatíveis com queilite actínica (QA). Ao final de 12 meses após o tratamento, a taxa global de cura clínica completa foi de 80%⁹. Fica claro, portanto, que existem diversos caminhos que o profissional odontólogo pode trilhar para realizar o diagnóstico e tratamento do paciente com queilite actínica. No mais, como forma de deixar as informações mais didáticas, foi reunido as principais condutas citadas pelos autores incluídos na síntese qualitativa, compiladas na tabela 2.

Tabela 2 – Manobras de tratamentos mais citadas na literatura

NIVEL DA LESÃO	CONDUNTAS E MEIOS DE TRATAMENTO
LEVE	Exame clínico simplificado. Fotoproteção com protetor solar labial (com ou sem Fludroxycortida) e chapéu de aba larga. Acompanhamento.
MODERADO	Exame clínico simplificado. Fotoproteção + uso de corticoide. Acompanhamento (normalmente o paciente voltará para segunda consulta ainda apresentando sinais clínicos, nesse momento o profissional deverá optar pela biópsia).
SEVERO	Exame clínico + Biópsia. O tratamento poderá ser cirúrgico ou não cirúrgico. Acompanhamento.

Fonte: Autores (2024)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Epidemiologicamente o carcinoma de lábio acomete pessoas a partir da quinta e sexta década de vida, enquanto a queilite actínica a partir da quarta década ou antes³, então entre uma doença e outra tem um intervalo de 10 a 20 anos para progressão acontecer (dependendo do caso). Então, os profissionais da saúde precisam entender que existe esse intervalo de tempo e que é nesse intervalo que o diagnóstico precoce aliado com o tratamento adequado faz com que o paciente não evolua para um câncer. Logo, fica evidente a importância do olhar clínico do cirurgião dentista, de intervir e educar o seu paciente, planejando métodos de promoção e prevenção a saúde a fim de impedir a transformação maligna dessa lesão.

REFERÊNCIAS

WETZEL, Stephanie L.; WOLLENBERG, Jessica. Oral Potentially Malignant Disorders. **Dental Clinics Of North America**, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 25-37, jan. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.004>.

Faria MHD, Silva LMAC, Mafra RP, Santos MMD, Soares SCM, Moura JMBO. Actinic cheilitis in rural workers: prevalence and associated factors. *Einstein (Sao Paulo)*. 2022 May 27;20:eAO6862. doi: 10.31744/einstein_journal/2022AO6862. PMID: 35649060; PMCID: PMC9126600.

BEZERRA, Hanna Isa de Oliveira; GONZAGA, Amanda Katarinny Goes; SILVEIRA, Éricka Janine Dantas da; OLIVEIRA, Patrícia Teixeira de; MEDEIROS, Ana Miryam Costa de. Fludroxycortide cream as an alternative therapy for actinic cheilitis. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 23, n. 10, p. 3925-3931, 23 jan. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-019-02823-1>.

TENORIO, Evalanne Pessoa; SANTOS, Jéssica Augusta Paula dos; FERREIRA, Sonia Maria Soares; PEIXOTO, Fernanda Braga; RIBEIRO, Camila Maria Beder. Actinic cheilitis: case report. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, p. 1-6, 2018. Mensal. GN1 Sistemas e Publicacoes Ltd.. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180060>. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2394>. Acesso em: 12 out. 2024.

SEOANE, Juan; WARNAKULASURIYA, Saman; BAGÁN, José Vicente; AGUIRRE-URIZAR, José Manuel; LÓPEZ-JORNET, Pía; HERNÁNDEZ-VALLEJO, Gonzalo; GONZÁLEZ-MOLES, Miguel Ángel; PEREIRO-FERREIROS, Manuel; SEOANE-ROMERO, Javier; VARELA-CENTELLES, Pablo. Assembling a consensus on actinic cheilitis: a delphi study. **Journal Of Oral Pathology & Medicine**, [S.L.], v. 50, n. 10, p. 962-970, 9 jun. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jop.13200>.

LUPU, Mihai; CARUNTU, Ana; BODA, Daniel; CARUNTU, Constantin. In Vivo Reflectance Confocal Microscopy-Diagnostic Criteria for Actinic Cheilitis and Squamous Cell Carcinoma of the Lip. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 6, p. 1987, 25 jun. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9061987>.

GONZÁLEZ, Tatiana Hernández *et al.* Tratamento cirúrgico do carcinoma espinocelular de 40% do lábio inferior. Relato de caso. **Diário Médico Sancti Spiritus**, Cuba, v. 21, n. 3, p. 112-121, 10 set. 2019. Mensal.

RADAKOVIC, S.; DANGL, M.; TANEW, A. 5-Aminolevulinic acid patch (Alacare)

photodynamic therapy for actinic cheilitis: data from a prospective 12 :month follow :up study on 21 patients. **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, [S.L.], v. 34, n. 9, p. 2011-2015, 10 mar. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16247>.

ANDREADIS, Dimitrios; PAVLOU, Achilleia -Maria; VAKIRLIS, Efstratios; ANAGNOSTOU, Eleftherios; VRANI, Fotini; POULOPOULOS, Athanasios; KOLOKOTRONIS, Alexandros; IOANNIDIS, Dimitrios; SOTIRIOU, Elena. Daylight photodynamic therapy for the management of actinic cheilitis. **Archives Of Dermatological Research**, [S.L.], v. 312, n. 10, p. 731-737, 7 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00403-020-02069-y>.