

EPIDEMIOLOGIA EM QUEILITE ACTÍNICA DIAGNOSTICADA EM UM SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA E DIAGNÓSTICO

**Luciana Andrade Padial¹, Claudia Harumi Koide², Alexandre Prado Scherma³,
Maria Stella Amorim da Costa Zöllner³, Yasmin Rodarte Carvalho⁴,
Carlos Eduardo Dias Colombo^{1,2}**

¹Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, S.J.Campos – SP, lm-andrade@uol.com.br

²Universidade de Taubaté/Departamento de Odontologia, Rua dos Operários, 9, Centro, Taubaté – SP, clau_ha@hotmail.com, carlosedcolombo@yahoo.com.br

³Universidade de Taubaté/Instituto Básico de Biociências, Av. Tiradentes, 500, Centro, Taubaté – SP

⁴Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP/Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal, Av. Francisco José Longo, 777, Jd. São Dimas, S.J.Campos – SP

Resumo- A queilite actínica é uma lesão potencialmente cancerizável, de aspecto atrófico, descamativo e edemaciado, que ocorre no vermelhão do lábio devido à exposição excessiva à luz solar. A proposta do presente trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico dos casos de queilite actínica diagnosticados no Serviço de Patologia Cirúrgica e Diagnóstico da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP, considerando o período de 1980 a 2008. Foram considerados 246 casos, sendo avaliadas as variáveis gênero, idade, raça, localização da lesão, presença e grau histológico de atipia. Houve um predomínio do gênero masculino (81,30%) e da raça leucoderma (88,62%). A idade dos pacientes variou de 11 a 84 anos, com uma média de 51,60 anos, observando-se maior número desses pacientes nas faixas etárias entre 40 e 69 anos (62,18%). A maioria dos casos ocorreu em lábio inferior (91,46%), apresentando atipia epitelial (66,26%), sendo a atipia discreta a mais prevalente (47,85%). Diante dos resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a queilite actínica ocorre principalmente em homens de pele clara, adultos de meia idade, acometendo basicamente o lábio inferior, exibindo geralmente atipia epitelial do tipo discreta.

Palavras-chave: queilite actínica; epidemiologia; patologia bucal.

Área do Conhecimento: Ciência da Saúde

Introdução

A queilite actínica é uma alteração pré-maligna que atinge o vermelhão do lábio inferior, resultando da exposição excessiva ou a longo prazo ao componente ultravioleta (UV) da radiação solar (NEVILLE et al., 2004). Esta lesão é muito importante no Brasil, pois esse é um país tropical onde a população fica muito exposta às radiações solares (SOARES et al., 2005).

A queilite actínica atinge principalmente homens acima dos 45 anos, de pele clara, apresentando desenvolvimento lento e podendo levar à atrofia do vermelhão do lábio inferior, escurecimento da margem, áreas ásperas e escamosas, desenvolvendo-se nas áreas mais ressecadas do vermelhão. É caracterizada por erosão, edema e formação de crostas (REICHART; PHILIPSEN, 2000). Histologicamente, a queilite actínica apresenta epitélio escamoso estratificado atrófico com produção de queratina e graus variados de atipias. O tecido subjacente mostra uma mudança basofílica, acelular e amorfa, conhecida como elastose solar (actínica), presumivelmente um resultado da alteração do colágeno e das fibras

elásticas induzidas pela luz UV (NEVILLE et al., 2004).

A queilite actínica é uma lesão potencialmente cancerizável, podendo se transformar no carcinoma espinocelular de lábio, o qual tem como causas a exposição crônica à radiação UV e o fumo de cachimbo (ALLEGRA; GENNARI, 2000).

Diante da importância da queilite actínica, torna-se interessante o levantamento epidemiológico dos casos dessa lesão diagnosticados numa determinada região, permitindo o maior conhecimento dessa doença, melhor avaliação de seus riscos e direcionamento da conduta clínica. Além disso, estudos epidemiológicos permitem a comparação dos resultados com os obtidos em outros Centros de Patologia, avaliando assim possíveis diferenças geográficas na incidência de determinada doença. Sendo assim, a proposta do presente trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico dos casos de queilite actínica diagnosticados em um Serviço de Patologia Cirúrgica e Diagnóstico localizado na região do Vale do Paraíba - SP.

Metodologia

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNITAU sob o protocolo CEP/UNITAU nº 080/08.

Foi realizado um levantamento epidemiológico dos casos de queilite actínica diagnosticados no Serviço de Patologia Cirúrgica e Diagnóstico da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FOSJC-UNESP), localizada na região do Vale do Paraíba - SP. Tal serviço recebe material de biópsia vindo das clínicas da própria faculdade, bem como de consultórios particulares, serviços públicos da cidade de São José dos Campos e de outras cidades da região do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo.

Foram consultados os dados das requisições de exame, bem como os laudos histopatológicos. Foram pesquisadas as seguintes variáveis: gênero, raça, idade e grau histológico de atipia, estabelecendo assim as características clínicas e histopatológicas da queilite actínica na amostra estudada.

Os resultados foram apresentados percentualmente.

Resultados

Foram considerados 246 casos de queilite actínica diagnosticados no período de 1980 a 2008.

Houve um predomínio do gênero masculino (81,30%) e da raça leucoderma (88,62%). A idade dos pacientes variou de 11 a 84 anos, com uma média de 51,60 anos, observando-se maior número desses pacientes nas faixas etárias entre 40 e 69 anos (62,18%), sendo 20,32%, 19,10% e 22,76% nas faixas de 40-49, 50-59 e 60-69 anos respectivamente. Os valores percentuais referentes ao gênero, raça e idade dos pacientes estão representados graficamente nas Figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

A maioria dos casos de queilite actínica ocorreu em lábio inferior (91,46%), apresentando atipia epitelial (66,26%), sendo a atipia discreta (47,85%) a mais prevalente. Os valores percentuais referentes à localização da lesão e à presença de atipia epitelial estão representados graficamente nas Figuras 4 e 5, respectivamente. Os valores percentuais referentes ao grau histológico de atipia estão na Tabela 1.

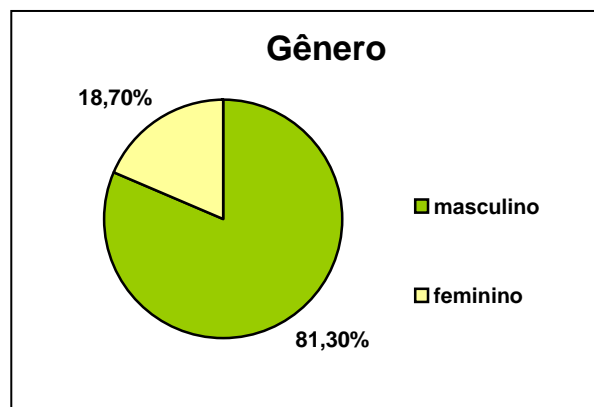


Figura 1 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação ao gênero.

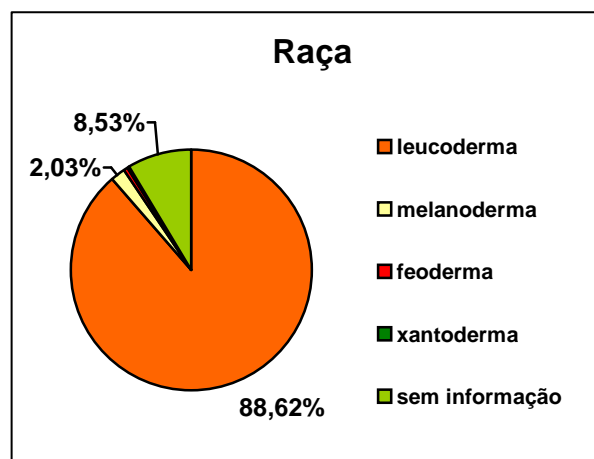


Figura 2 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação à raça.

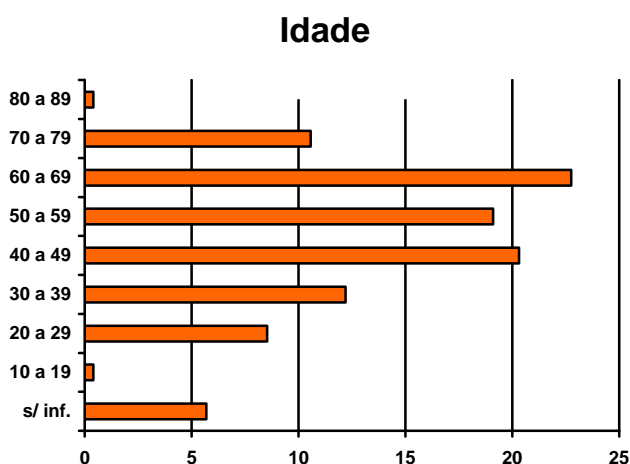


Figura 3 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação à idade (anos). (s/ inf. - sem informação)

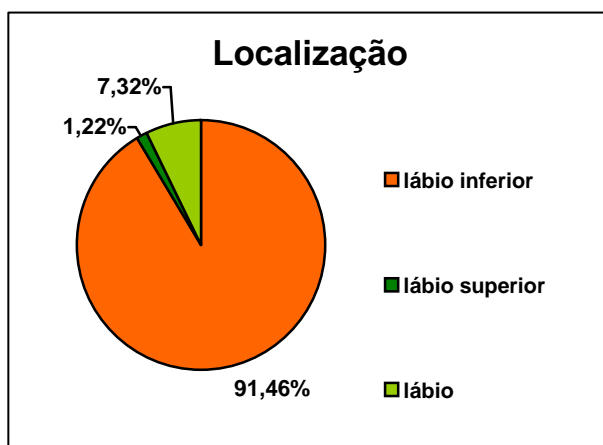


Figura 4 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação à localização.

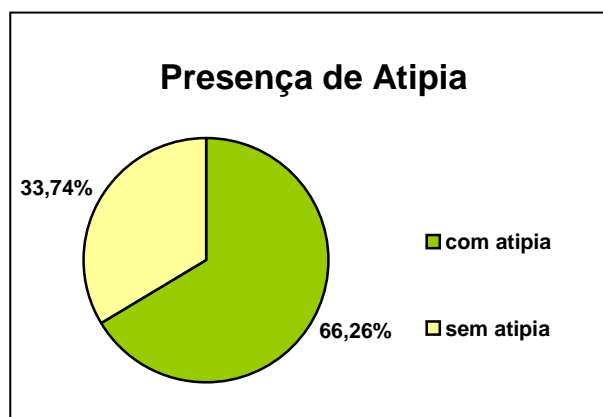


Figura 5 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação à presença de atipia epitelial.

Tabela 1 – Distribuição percentual (%) dos casos de queilite actínica em relação ao grau histológico de atipia.

Grau de atipia	Porcentagem
discreta	47,85%
discreta/moderada	5,52%
moderada	21,47%
moderada/grave	8,59%
grave	16,57%

Discussão

Em nosso estudo realizado no Serviço de Patologia Cirúrgica e Diagnóstico da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP, pudemos traçar um perfil dos indivíduos com queilite actínica das regiões as quais este serviço atende.

A queilite actínica demonstra predileção pelo gênero masculino o que é explicado pela maior exposição dos homens às radiações solares, já que estes executam trabalhos onde ficam expostos por longos períodos e também pela falta de costume destes em se prevenir (PIRES et al., 2001). Nesta pesquisa encontramos um predomínio significativo desta lesão no gênero masculino (81,30%), enquanto que o gênero feminino foi acometido em apenas 18,70% dos casos, resultado semelhante ao encontrado por Ochsenius et al. (2003), que realizaram um trabalho no Instituto de Referência de Patologia Oral (IREPO) – Chile, verificando um predomínio da queilite actínica em homens, sendo 64% para os homens e 36% para as mulheres. Corso et al. (2006) encontraram um resultado semelhante na pesquisa realizada na Clínica de Estomatologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) – Curitiba, onde 51,8% dos casos apareceram em homens e 39% em mulheres. No estudo realizado por Pacca (2007) na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, foram observados resultados semelhantes, pois dentre os 29 casos analisados, 66% ocorreram em homens e 34% em mulheres. Segundo Pires et al. (2001), o maior número de casos de queilite actínica no gênero masculino poderia ser explicado pelo fato de se exporem mais ao sol com frequência maior, especialmente em atividades ocupacionais, e que as mulheres teriam também uma proteção adicional por fazerem uso de batom. A diferença entre as porcentagens nesses trabalhos pode ser explicada pelo número reduzido de casos analisados nas três pesquisas acima, bem como ter relação com a localização onde os trabalhos foram realizados.

Já a idade a média encontrada em nosso trabalho foi de 51,6 anos tendo uma maior incidência nas faixas dos 40 aos 69 anos, resultado semelhante ao de Ochsenius et al. (2003), onde a média foi de 50,4 anos, seguido ao encontrado por Corso et al. (2006), onde a média encontrada foi de 48,36 anos. Pacca (2007), por sua vez, verificou uma média de idade de 56,14 anos. Os resultados encontrados por esses autores são coerentes aos relatos da literatura, onde as lesões são causadas pela radiação solar, tendo efeito acumulativo, aparecendo somente em indivíduos em idade avançada, os quais foram expostos por longos períodos de tempo à radiação

solar, dando origem ao que chamamos de queilite actínica crônica. Porém as idades encontradas em nossa pesquisa variaram dos 11 a 84 anos, levando-nos a acreditar que a queilite actínica pode aparecer em qualquer idade, sendo ocasionada não apenas pela exposição a longo prazo à radiação solar, mas também por episódios de intensa exposição ao sol, sendo nesse caso a queilite nomeada de queilite actínica aguda. De acordo com Pires et al. (2001), a queilite actínica seria uma lesão considerada pela população geral como parte de um processo de envelhecimento, sendo tratada com descaso tanto pelo paciente quanto pelo profissional da área de saúde.

Em nossa pesquisa pudemos verificar também que há uma predileção da lesão por indivíduos leucodermas, sendo que 88,62% dos casos avaliados continham essa informação. Porém 8,53% não continham a informação com relação à raça do paciente, e apenas 2,53% dos casos os pacientes eram melanodermas. No trabalho realizado por Pacca (2007), houve acometimento da raça branca em 100% dos casos analisados. De acordo com Pires et al. (2001), sendo a radiação solar o principal fator etiológico da queilite actínica, indivíduos melanodermas possuiriam uma relativa imunidade devido à presença de maior quantidade de melanina que é responsável pela absorção da radiação UV.

Com relação à localização da lesão, encontramos em 91,46% dos casos analisados o lábio inferior, levando em consideração que 7,32% não possuíam informação suficiente com relação a localização da lesão e que apenas 1,22% ocorreram no lábio superior, resultado semelhante ao encontrado por Ochsenius et al. (2003), onde 96% das lesões ocorreram no lábio inferior e 4% no lábio superior, e por Silva et al. (2006), que realizaram um trabalho com a população de pescadores na Ilha de Santa Catarina, encontrando lesão no lábio inferior em 100% dos casos analisados. Essa predileção da queilite actínica pelo lábio inferior poderia ser explicada pela sua posição anatômica ser mais proeminente na face em relação ao lábio superior ficando assim mais exposto às radiações solares.

De todos os casos estudados, 66,26% apresentaram algum grau de atipia celular. Já em 33,74% não se observou atipia, dado semelhante ao encontrado por Sgarbi (2006), que realizou sua pesquisa no ambulatório da Disciplina de Semiologia da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, onde 68,23% dos casos apresentaram algum grau de atipia celular e 31,37% nenhum grau de atipia.

Dentre as atipias celulares as mais encontradas neste estudo foram as atipias discretas (47,85%), semelhante ao encontrado por

Pacca, em 2007 (48,27%), mas diferente do encontrado por Sgarbi, em 2006 (13,71%). Em relação às atipias celulares moderadas, essas foram encontradas em 21,47% de casos avaliados no presente estudo. Pacca (2007) encontrou 34,49% e Sgargi (2006) verificou 47,06% dos casos com atipia moderada. Já as atipias severas foram encontradas em nossa pesquisa em 16,57% dos casos, semelhante ao encontrado por Pacca (2007) que foi em 17,24% casos e diferente do encontrado por Sgarbi (2006), que foi de apenas 7,84% dos casos estudados. Porém nosso trabalho também levou em consideração as classificações discreta/moderada (5,52%) e moderada/grave (8,59%). Já nos trabalhos acima mencionados este tipo de classificação não foi considerado. As diferenças entre as porcentagens de atipia podem ser ocasionadas pelo momento em que a lesão foi analisada histologicamente, podendo assim apresentar variações de uma pesquisa para outra. Porém um dado importante de ser notado é a presença de atipia em mais da metade das lesões avaliadas.

As variações dos resultados entre as pesquisas podem ser causadas por diversos fatores, como a amostra estudada por cada pesquisa, número de participantes, local onde foi realizado o estudo, momento no qual cada participante foi estudado e critérios usados nas classificações pelos avaliadores.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que a queilite actínica ocorre principalmente em homens de pele clara, adultos de meia idade, acometendo basicamente o lábio inferior, exibindo geralmente atipia epitelial, sendo a atipia discreta a mais frequente.

Referências

- ALLEGRA, F.; GENNARI, U.P. As neoplasias da mucosa bucal. In:_____. **As doenças da mucosa bucal**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap.14, p.171-209.
- CORSO, F.M. et al. Queilite actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. **Clin. Pesq. Odontol.**, v.2 , n.4, p. 277-81, abr./jun. 2006.
- NEVILLE , B.W. et al. **Patologia epitelial**. In:_____. **Patologia oral e maxilofacial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 10, p.303-72.

- OCHSENIUS, G. R. et al. Estudo retrospectivo de 232 casos de câncer y precâncer de lábio em pacientes chilenos. Correlación clínico-histológica. **Rev. Méd. Chile**, v.131, n.1, jan. 2003.

- PACCA, F.O.T. Estudo da prevalência do Papilomavirus Humano e dos aspectos clínicos e histológicos na queilite actínica crônica. 2007. 72f. Tese de Doutorado. Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2007.

- PIRES, F. R. et al. Queilite actínica: Aspectos clínicos e preventivos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.55, n.3, p.200-3, mai./jun. 2001.

- REICHART, P.A.; PHILIPSEN, H.P. Lábios. In:_____. **Atlas colorido de Odontologia**. 1ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. Cap.5, p.43-61.

- SGARBI, F. C. Histomorfometria das fibras colágenas e das fibras do sistema elástico da queilite actínica e a sua relação com os níveis de atipia. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal, Área de Concentração em Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista, 2006.

- SILVA, F. D. et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da Ilha de Santa Catarina. **Rev. Odonto Ciênc.**, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.

- SOARES et al. Fatores de Risco. In:_____. **Manual de Câncer Bucal**. 2ed. São Paulo: Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo, 2005. Cap.2, p.04-13.