



Artigo
Original

QUEILITE ACTÍNICA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 29 CASOS DA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

Actinic cheilitis: retrospective analysis of 29 cases of Stomatology Clinic of Odontoclínica Central da Marinha

ISABELA PIZANI BOLDES

Cirurgiã Dentista, Especialista em Estomatologia pela OCM.

ALEXANDRO BARBOSA DE AZEVEDO

Capitão-de-Corveta (CD), Especialista em Estomatologia pela FO-UFRJ e Especialista em Patologia Bucal pela OCM.

JEANNE DA CUNHA MACEDO

Capitão-de-Corveta (CD) Especialista em Estomatologia e Patologia Bucal pela FO-UFRJ.

MARCOS ANTÔNIO NUNES COSTA SILAMI

Primeiro-Tenente (CD) Mestre em Patologia Bucal pela FO-UFF e Doutorando em Oncologia pelo INCA.

DANIELA CIA PENONI

Capitão-Tenente (CD) Mestre e Doutoranda em Periodontia pela FO-UFRJ.

MARCO AURÉLIO DE CARVALHO ANDRADE

Capitão de Mar e Guerra (CD), Mestre e Doutor em Estomatopatologia pela FOP- UNICAMP.

Resumo: A Queilite Actínica (QA) tem como fator etiológico a radiação ultravioleta do sol, é mais comum em homens de pele clara, meia idade a idosos com hábitos ocupacionais ou de lazer ao ar livre. É considerada uma lesão pré-maligna que pode evoluir para um Carcinoma de Células Escamosas (CCE). Objetivo: Este estudo retrospectivo objetivou verificar a prevalência de QA em 1.057 indivíduos atendidos na Odontoclínica Central da Marinha(OCM), principalmente em militares com exposição contínua à radiação ultravioleta. Método: Levantamento retrospectivo das fichas clínicas dos pacientes diagnosticados com QA e análise descritiva dos prontuários quanto ao gênero, cor de pele, idade, profissão, tempo de exposição solar, localização anatômica da lesão, pacientes que se declararam tabagistas e/ou etilistas, origem do encaminhamento e tipo de diagnóstico. Resultados: Foram encontrados 29 pacientes diagnosticados com QA, havendo predomínio do gênero masculino, leucodermas, com idade média acima de 40 anos e com lesões localizadas no lábio inferior. Conclusão: Este estudo concluiu sobre a necessidade da orientação, principalmente aos militares da Marinha e outros profissionais que labutam diariamente em atividades de constante exposição solar, quanto aos malefícios desta exposição e conscientização da importância do uso de fotoproteção, estando os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões-dentistas, responsáveis pelo diagnóstico, prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Queilite. Radiação Solar. Carcinoma de Células Escamosas.

Como citar este artigo: Boldes IP, Azevedo AB, Macedo JC, Silami MANC, Penoni DC, Andrade MAC. Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha. Rev Nav Odontol. 2016, 43(1)3-7.

E-mail: isapizani@gmail.com Os autores não relatam interesse comercial, financeiro ou de propriedade nos produtos ou empresas descritos neste artigo.

Submetido: 13 de agosto de 2016

Revisado e aceito: 18 de novembro de 2016

Endereço de contato: Praça Barão de Ladário – s/nº - Odontoclínica Central da Marinha – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP – 21910-000

Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha

Actinic cheilitis: retrospective analysis of 29 cases of Stomatology Clinic of Odontoclínica Central da Marinha

INTRODUÇÃO

A exposição constante ao sol pode causar, muitas vezes, danos irreparáveis a pele principalmente se ocorrer de forma constante, nos horários de maior incidência dos raios solares sem a devida proteção (Tommasi, 2002; Silva et al., 2006).

A Queilite Actínica (QA) é uma desordem potencialmente maligna do lábio, que ocorre predominantemente em homens de meia idade a idosos com pele clara e que sofreram exposição excessiva por longo período de tempo à radiação ultravioleta do sol (Sarmiento-Santana et al., 2014). Sua prevalência varia entre 0,45% e 2,4% na população geral, e entre 4,2% a 43,2% para indivíduos que desenvolvem atividades expostas ao sol (Sarmiento-Santana et al., 2014; Martins-Filho, Silva, Pisa, 2011).

O diagnóstico da QA é baseado nos achados clínicos, histopatológicos e no histórico de exposição solar. Em mais de 90% dos casos de QA o vermelhão do lábio inferior é o sítio mais acometido, apresentando-se clinicamente como placas leucoplásicas associadas a áreas eritematosas, eventualmente erodadas, ulceradas ou com crostas, nas quais pode ocorrer sangramento (Manganaro, Will e Poulo, 1997). Inicialmente, os lábios apresentam-se ásperos e ressecados, depois aparecem estrias ou fissuras perpendiculares ao limite pele-vermelhão do lábio. Nos casos mais avançados é comum o edema difuso do lábio e perda deste limite (Lundeen, Langlais e Terezhalmay, 1985).

Histopatologicamente, apresenta um aumento da camada de queratina com paraqueratose ou ortoqueratose, atrofia e pode apresentar graus variados de displasia epitelial, classificadas desde leve, moderada ou grave até um carcinoma in situ ou invasivo. Essa classificação é baseada em alterações dos queratinócitos, associados com elastose solar e infiltrado inflamatório (Markopoulos, Albanidou-Farmaki e Kayavis, 2004).

No Brasil, um país tropical e que apresenta atividades econômicas nas quais pescadores, agricultores, vendedores ambulantes e marinheiros ficam expostos de forma continuada ao sol, a QA adquire importante papel na evolução para o carcinoma de células escamosas (CCE) (Silva et al., 2006).

O CCE é responsável por mais de 90% das neoplasias malignas que acometem a cavidade bucal, sendo o lábio inferior o sítio mais acometido, representando de 25% a 30% de todas as malignidades nessa região (Martins, Giobani e Villalba, 2008; Vieira et al., 2012). Geralmente, o CCE é precedido por uma QA com longo período de duração.

Portanto, com o intuito de limitar os danos das lesões instaladas e prevenir o surgimento de novas lesões, uma adequada orientação quanto aos malefícios da radiação solar e conscientização do uso

de fotoproteção deverão ser fortemente enfatizados pelos profissionais de saúde, em especial pelos cirurgiões-dentistas, principais responsáveis pelo diagnóstico, prevenção e tratamento da QA (Cintra et al., 2013).

Apesar de ser uma lesão relativamente comum em nosso país, poucos estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência da QA estão disponíveis, principalmente dentro do contexto de uma população com facilidade de acesso ao tratamento odontológico, como é o caso dos Usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil. Além disso, o conhecimento do perfil epidemiológico e das características clínicas e histopatológicas da QA nesse grupo de indivíduos seria de suma importância, uma vez que auxiliaria os Cirurgiões Dentistas da Marinha do Brasil a estarem atentos e aptos para estabelecerem um correto diagnóstico precoce e adequado tratamento desta lesão, ajudando a prevenir sua evolução para um CCE.

Assim, este trabalho de pesquisa teve como objetivo determinar a prevalência da QA, a partir de um levantamento dos prontuários odontológicos dos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), no período de Maio de 2011 à Setembro de 2014 (3 anos e 4 meses).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias, sob o registro CAAE: 56711316.0.0000.5256

Foi realizado um levantamento retrospectivo com análise das fichas clínicas dos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia da OCM no período de Maio/2011 à Setembro/2014 (3 anos e 4 meses). As fichas clínicas foram submetidas a um exame detalhado, seguindo procedimentos padronizados de avaliação. Os dados foram coletados, registrados e armazenados em um computador.

Os critérios de inclusão foram: fichas clínicas de pacientes com idade maior ou igual há 18 anos; preenchimento completo e adequado das mesmas; presença de diagnóstico clínico e/ou histopatológico de QA. Os critérios de exclusão foram: fichas clínicas de pacientes com idade menor de 18 anos e/ou com dados incompletos.

Foram considerados tabagistas pacientes de ambos os gêneros que, durante a anamnese, relataram fumar no mínimo um cigarro ao dia de forma ininterrupta. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, foram considerados etilistas pacientes de ambos os gêneros que relataram consumir cinco ou mais doses semanais também de forma ininterrupta (Lim et al., 2003).

Os critérios clínicos para o diagnóstico da QA foram a presença durante o exame físico dos

pacientes, das seguintes características clínicas do vermelhão dos lábios: ressecamento, atrofia, lesões crostosas, edema labial, eritema, ulceração, perda de nitidez na demarcação entre a borda do vermelhão do lábio e a pele, pregas acentuadas ao longo do lábio, placas ou pontos brancos, crostas e a presença de áreas pálidas, manchadas com prurido e/ou queimação (Souza-Lucena et al., 2012).

Quanto aos critérios histopatológicos para o diagnóstico de QA, o epitélio deveria apresentar-se hiperplásico, com acantose ou atrofia, camada de queratina espessa, podendo ou não apresentar displasia epitelial variando de leve a intensa. Com relação ao tecido conjuntivo subjacente, o mesmo deveria mostrar degeneração das fibras colágenas e substituição por material basofílico granular amorfo, denominado de elastose solar (Warnakulasuriya, Johnson, e van der Waal, 2007; Neville et al., 2009; Sarmiento-Santana et al., 2013).

Os exames clínicos dos pacientes com hipótese diagnóstica de QA, foram realizados por Cirurgiões Dentistas especialistas em Estomatologia, com experiência no diagnóstico de lesões benignas, potencialmente malignas e malignas da cavidade bucal e complexo maxilofacial.

Por meio da Estatística Descritiva foi feita a coleta, organização e descrição dos dados demográficos e comportamentais. Nestas análises foram avaliadas as variáveis independentes: gênero, cor de pele, idade, profissão, tempo de exposição solar, localização anatômica da lesão, tabagismo, etilismo, origem do encaminhamento e o tipo de diagnóstico (clínico ou clínico e histopatológico), enquanto a variável dependente foi à presença de QA.

Os dados foram tabulados em programa Microsoft Excel, versão 12.0 para Microsoft Windows (Licença Pessoal) e realizado o estudo descritivo de todas as variáveis. Os resultados foram apresentados através de tabelas de frequência e tabelas cruzadas, a fim de verificar aspectos relevantes à pesquisa.

RESULTADOS

A amostra inicial foi composta por 1.057 fichas clínicas de pacientes da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha, com as mais diversas doenças do complexo buco-maxilofacial, envolvendo tanto a mucosa bucal quanto os ossos maxilares. Desse total, 29 pacientes (2,7%) apresentavam diagnóstico clínico e/ou histopatológico de queilite actínica.

A maioria das lesões de QA foram diagnosticadas em pacientes do gênero masculino (79,3%), leucodermas (73,9% no gênero masculino e 100% no gênero feminino), entre a 5ª e 7ª décadas de vida, sendo importante registrar que 86,9% eram compostos por militares da reserva, todos pacientes homens (Tabela 1).

Com relação ao principal fator de risco para o desenvolvimento da QA, todos os pacientes

Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha

Actinic cheilitis: retrospective analysis of 29 cases of Stomatology Clinic of Odontoclínica Central da Marinha

Gênero	Masculino		Feminino	
Quantidade/Percentagem	23	79,3%	6	20,7%
Total	23	79,3%	6	20,7%
Cor da pele	Masculino (23)		Feminino (06)	
Leucoderma	16	73,9%	6	100%
Feoderma	3	26,1%	-	-
Melanoderma	-	-	-	-
Total	23	100%	6	100%
Idade	Masculino (23)		Feminino	
30 a 39 anos	1	4,3%	-	-
40 a 49 anos	5	21,8%	1	16,7%
50 a 59 anos	6	26,1%	1	16,7%
60 a 69 anos	7	30,4%	3	49,9%
70 a 79 anos	3	13,1%	1	16,7%
80 a 89 anos	1	4,3%	0	-
Total	23	100%	6	100%
Profissão	Masculino (23)		Feminino	
Militar Ativa	3	13,1%	-	-
Militar Reserva	20	86,9%	-	-
Trabalhador Rural	-	-	1	16,7%
Do Lar	-	-	2	33,3%
Vendedor ambulante	-	-	2	33,3%
Nadador	-	-	1	16,7%
Total	23	100%	6	100%

Tabela 1 – Perfil dos Pacientes com QA de acordo com dados sociodemográficos (em quantidades e porcentagens).

Exposição solar	Masculino (23)		Feminino (06)	
10 a 19 anos	6	26,1%	1	16,7%
20 a 29 anos	5	21,7%	1	16,7%
30 a 39 anos	6	26,1%	1	16,7%
40 a 49 anos	1	4,4%	1	16,7%
50 a 59 anos	5	21,7%	2	33,2%
Total	23	100%	6	100%
Tabagistas	Masculino (23)		Feminino	
Sim	5	21,7%	2	33,3%
Não	18	78,3%	4	66,7%
Total	23	100%	6	100%
Etilistas	Masculino (23)		Feminino	
Sim	21	91,3%	3	50%
Não	2	8,7%	3	50%
Total	23	100%	6	100%

Tabela 2 – Perfil dos Pacientes com Queilite Actínica de acordo com fatores de risco.

declararam que se mantiveram expostos a radiação ultravioleta do sol por período superior a 10 anos. Quanto ao fumo do tabaco e consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos pacientes era composta de

etilistas (91,3% no gênero masculino e 50% no gênero feminino), e não tabagistas (78,3% no gênero masculino e 66,7% no gênero feminino) (Tabela 2).

Quanto à localização anatômica das lesões

houve predominância de acometimento do lábio inferior (100% no gênero masculino e 83,3% no gênero feminino). Relativamente à procedência dos encaminhamentos, todos os pacientes foram encaminhados por profissionais de outras clínicas especializadas da OCM, sendo 73,9% de todos os casos encaminhados pelo Serviço de Semiologia. É interessante notar que nenhum dos pacientes buscou atendimento por ter percebido a presença das lesões. Em relação ao método diagnóstico, a maioria dos casos de QA foi diagnosticada exclusivamente por critérios clínicos (Tabela 3).

Neste estudo, os casos de Queilite Actínica encontrados nos pacientes acompanhados na Clínica de Estomatologia da OCM corroboram as informações descritas em vários trabalhos publicados onde existe predominância de pacientes do gênero masculino afetados pela QA em comparação com feminino (Sarmento-Santana et al., 2014; Santos et al., 2003; Main e Pavone, 1994). A baixa incidência de casos de QA em pacientes do gênero feminino pode ser justificada pelo fato das mulheres não trabalharem em atividades ao ar livre por períodos muito longos (Sarmento-Santana et al., 2014; Martins-Filho, Silva, Pisa, 2011; Picascia e Robinson, 1987; Main e Pavone, 1994). Além disso, a maioria dos pacientes com QA era representada por militares da reserva, grupo esse composto em sua grande maioria por homens.

Vários trabalhos demonstram a relevância da cor da pele como fator predisponente para a QA. Outros salientam que pacientes de pele clara são mais suscetíveis aos efeitos nocivos da radiação ultravioleta do sol (Picascia e Robinson, 1987; Main e Pavone, 1994; Martins-Filho, Silva e Pisa, 2011). Sarmento-Santana et al. (2014), em um estudo retrospectivo, avaliaram 40 casos de QA, e os autores verificaram que 74,3% dos pacientes eram leucodermas e 25,7% feodermas, dados esses similares aos apresentados neste estudo. Segundo Scully (1993), a não incidência de QA em pacientes melanodermas se justifica pelo fato de a melanina de sua pele conferir efeito protetor, conforme citado por Picascia & Robinson (1987).

Quanto à faixa etária, no nosso estudo, apenas um indivíduo do gênero masculino tinha idade inferior a 40 anos. No entanto, esse paciente é militar da ativa cuja atividade laborativa diária é condutor de lancha, com exposição à radiação solar média de 4 horas sem uso de qualquer tipo de proteção. Silva, Araújo e Santana (2011), avaliando 184 prontuários dos pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia de Caruaru, encontraram 32 casos de QA nos quais 71,8% estavam na faixa etária acima de 40 anos, resultado esse similar ao apresentado nesta pesquisa.

A radiação ultravioleta do sol é o principal fator etiológico e de risco para a QA e consequentemente para o carcinoma de células escamosas do lábio. Piñera-Marques et al. (2010), avaliando 125 pescadores com QA, encontraram que o tempo médio de exposição solar dos pacientes com QA variou de 12

Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha

Actinic cheilitis: retrospective analysis of 29 cases of Stomatology Clinic of Odontoclínica Central da Marinha

a 32 anos, o que também foi observado por outros estudos (Picascia e Robinson, 1987; Main e Pavone, 1994; Martins-Filho, Silva e Pisa, 2011; Sarmiento-Santana et al., 2014). Semelhantemente, neste levantamento, o período em que os pacientes ficaram expostos ao sol ao longo de suas vidas variou entre 10 e 59 anos, sendo que a maioria ficou exposta aos efeitos nocivos do sol por mais de 30 anos.

Com relação ao motivo da exposição ao sol os pacientes relataram que essa exposição se deu, em sua maioria, por sua atividade profissional. Neste estudo foram encontrados 23 militares, marinheiros, do gênero masculino com QA. Os seis indivíduos do gênero feminino, encontrados neste estudo eram dependentes dos militares. Uma se declarou trabalhadora rural, duas se declararam do lar, duas se declararam vendedoras ambulantes e uma se declarou nadadora. Esses dados estão em conformidade com Silva et al. (2006), no qual afirmam que o Brasil é um país tropical e que apresenta atividades econômicas nas quais pescadores, agricultores, vendedores ambulantes e marinheiros ficam expostos de forma continuada ao sol (Picascia e Robinson, 1987; Main e Pavone, 1994; Martins-Filho, Silva e Pisa, 2011; Sarmiento-Santana et al., 2014). As duas pacientes com atividades do lar, declararam que por muito tempo tinham como lazer banhos de sol na praia sem uso de protetor labial, o que explica o desenvolvimento da QA em tais pacientes.

Relativamente à localização da lesão, na amostra que compôs este estudo, foram encontrados, 28 pacientes, com Queilite Actínica no lábio inferior. Conforme citado por Pontes et al. (2005), Silva et al. (2006), Vêo et al. (2010) e Martins-Filho, Silva e Pisa, (2011) a QA é uma condição difusa, pré-maligna do vermelhão do lábio inferior. Essa região anatômica é grandemente acometida, devido a sua maior proeminência, espessura epitelial e de queratina reduzida, menor produção de melanina e escassa secreção das glândulas sebáceas (Kaugars et al., 1999; Markopoulos, Albanidou-Farmaki & Kayavis, 2004; Piñera-Marques et al., 2010). Nesta análise foi encontrado apenas um paciente com Queilite Actínica no lábio superior e inferior.

No que concerne ao tabagismo e etilismo, sete pacientes se declararam tabagistas, 22 pacientes se declararam não tabagistas, 24 pacientes se declararam etilistas e apenas 5 pacientes se declarando não etilistas. Na literatura estudada, o hábito do tabagismo é considerado por alguns autores, como um cofator que pode aumentar a probabilidade da QA progredir para um CCE (Campisi & Margiotta, 2002; Markopoulos, Albanidou-Farmaki & Kayavis, 2004; Neville et al., 2009). No entanto, Lucena et al. (2012), avaliando 56 trabalhadores de praia com QA, encontraram que apenas 32% dos pacientes eram tabagistas, resultado similar ao apresentado neste estudo. Estes trabalhos demonstram resultados contraditórios quanto ao

tabagismo ser considerado como fator de risco para o desenvolvimento da QA e sua evolução para o CCE. Dessa forma, o único fator etiológico estabelecido para o desenvolvimento da QA e do CCE, permanece sendo exposição crônica a radiação ultravioleta dos raios solares (Sarmiento-Santana et al., 2014).

No Brasil a QA adquire importante papel na evolução para o CCE (2). A QA acomete indivíduos com histórico de exposição solar crônica e contínua, encontrada frequentemente em marinheiros (Picascia e Robinson, 1987; Main e Pavone, 1994; Markopoulos, Albanidou-Farmaki e Kayavis, 2004; Martins-Filho, Silva e Pisa, 2011). O conhecimento das características clínicas e histopatológicas da QA nesse grupo de indivíduos é de suma importância, pois auxilia no diagnóstico precoce e tratamento desta lesão, prevenindo sua evolução para um CCE. As características histopatológicas da QA são de suma importância, uma vez que as lesões com aspecto clínico mais avançado como úlceras, placas brancas e áreas atróficas e eritematosas poderão ser avaliadas mais detalhadamente a nível microscópico. O perfil sociodemográfico dos pacientes com QA deste estudo está em conformidade com as assertivas de Picascia e Robinson (1987), Scully (1993), Main e Pavone (1994), Martins-Filho, Silva e Pisa (2011) e Santana- Sarmiento et al. (2013), que afirmam que a QA é encontrada frequentemente em pescadores, marinheiros, agricultores e vendedores ambulantes.

A totalidade dos pacientes diagnosticados clínica e/ou histopatologicamente com QA não tinha conhecimento da sua lesão. Dos 29 pacientes diagnosticados, 18 tiveram as lesões identificadas durante o rastreamento oportunista no Serviço de Semiologia da OCM, 04 vieram encaminhados de outras clínicas da OCM e sete vieram encaminhados de outras Organizações Militares de Saúde da

Marinha. Esses dados demonstram a falta de conhecimento da população e em especial dos militares da Marinha do Brasil, muitos dos quais labutam diariamente em atividades de exposição constante a radiação solar.

CONCLUSÃO

Baseado nos dados coletados da literatura associados aos resultados obtidos pela análise retrospectiva dos pacientes diagnosticados com QA na OCM, pode-se concluir que há necessidade de se orientar os militares da ativa e da reserva da Marinha do Brasil, bem como de outros profissionais que labutam diariamente em atividades de constante exposição solar crônica, quanto aos malefícios da radiação ultravioleta do sol e conscientizá-los da importância do uso de fotoproteção, estando os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões-dentistas, responsáveis pelo diagnóstico, prevenção e tratamento da QA. As informações obtidas neste estudo corroboraram com as informações obtidas na literatura pesquisada.

ABSTRACT

The Actinic Cheilitis (AC) has as etiological factor the ultraviolet radiation from the sun, it is more common in fair-skinned men, middle-aged to elderly people with occupational or recreation habits outdoor. It is considered a pre-malignant lesion that can develop into a Squamous Cell Carcinoma (SCC). Objective: This retrospective study aimed to verify the AC prevalence in 1.057 patients treated at Odontoclínica Central da Marinha (OCM), mostly military with continuous exposure to ultraviolet radiation. Method: A retrospective survey of clinical records of patients diagnosed with QA and descriptive analysis of the records in terms of gender, skin color, age, profession,

Localização	Masculino (23)		Feminino (06)	
Lábio inferior	23	100%	5	83,3%
Lábio superior	-	-	1	16,7%
Total	23	100%	6	100%
Origem do paciente	Masculino (23)		Feminino (06)	
Próprio paciente	-	-	-	-
Semiologia	17	73,9%	1	16,7%
Clínicas OCM	1	4,4%	3	50%
Extra-OCM	5	21,7%	2	33,3%
Total	23	100%	6	100%
Método de diagnóstico	Masculino (23)		Feminino	
Diagnóstico clínico	18	78,3%	4	66,7%
Diagnóstico clínico e histopatológico	5	21,7%	2	33,3%
Total	23	100%	6	100%

Tabela 3 – Incidência de QA de acordo com sua localização origem do encaminhamento do paciente e método de diagnóstico utilizado.

Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha

Actinic cheilitis: retrospective analysis of 29 cases of Stomatology Clinic of Odontoclínica Central da Marinha

sun exposure time, anatomical location of the lesion, patients who declared themselves smokers and / or drinkers, origin routing and type of diagnosis. Results: 29 patients diagnosed with QA were found, with a predominance of the male gender, Caucasian, with an average age of 40 years and with lesions located on the lower lip. Conclusion: This study concluded on the need for guidance, especially the military of the Navy, and other professionals who work every day in constant sun exposure activities, about the harmful effects of this exposure and consciousness of importance of using sun protection, with health professionals, especially dentists, responsible for the diagnosis, prevention and treatment. Keywords: Actinic Cheilitis, Solar Radiation, Squamous Cell Carcinoma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med.* 2002; 31(8):22-28.
2. Cintra JS, Torres SCM, Silva MBF, Manhães Júnior LRC, Silva Filho JP, Junqueira JLC. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaiá – SP. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2013; 67(2):118-21.
3. Kaugars GE, Pillion T, Svirsky JA, Page DG, Burns JC, Abbey LM. Actinic

- cheilitis: a review of 152 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.* 1999; 2(88): 181-186.
4. Lim K, Moles DR, Downer MC, Speight PM. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J.* 2003;194(9):497-502.
5. Lucena EES; Costa DCB; Silveira EJD; Lima KC. Prevalência de lesões labiais em trabalhadores de praia e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(6):1051-1057.
6. Lundeen RC, Langlais RP, Terezhalmay GT. Sunscreen protection for lip mucosa: a review and update. *JADA.* 1985; 111(4):617-21.
7. Main JHP, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. *J Can Dent Assoc.* 1994; 60(2):113-116.
8. Manganaro AM, Will MJ, Poulos SE. Actinic cheilitis: a premalignant condition. *Gen Dent.* 1997; 45(5):492-494.
9. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Clinical oral medicine actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis.* 2004; 10:212-216.
10. Martins RB, Giovani EM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008; 26(4):467-76.
11. Martins-Filho PRS, Silva LCF, Piva MR. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. *International Journal of Dermatology.* 2011; 50:1109-1114.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3ªed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
13. Picascia DD, Robinson JK. Actinic cheilitis: a review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 1987; 17:255-264.
14. Piñera-Marques K, Lourenço 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.
15. Pontes HAR, Aguiar MCF, Mesquita RA, Pontes FSC, Silveira Júnior, J.B.

- Imunoexpressão da proteína de reparo hms2 em queilite actínica e mucosa labial normal. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2005; 51(1): 23-30.
16. Santos JN, Sousa SO, Nunes FD, Sotto MN, Araújo VC. Altered cytokeratin expression in actinic cheilitis. *J Cutan Pathol.* 2003; 30(4):237-41.
17. Sarmiento-Santana DJ, Costa Miguel MC, Queiroz LM, Godoy GP, Silveira EJ. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. *Int J Dermatol.* 2014; 53(4):466-72.
18. Silva FD, Daniel FI, Grandó LJ, Calvo MC, Rath IBS, Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. *Rev. Odontol. Ciênc.* 2006; 21(51): 37-42.
19. Silva UH, Araújo DL, Santana EB. Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticados no Centro de Especialidades Odontológicas da Faculdade ASCES, Caruaru – PE. *Odontol. Clín-Cient.* 2011; 10(1):79-83.
20. Scully C. Clinical diagnostic methods for the detection of premalignant and early malignant oral lesions. *Community Dent Health.* 1993; 10(1):43-52.
21. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* 3ª ed. São Paulo: Pancast; 2002.
22. Vêo PCR, Farias RE, Stehling RSS, Urbano ES. Tratamento cirúrgico da queilose actínica. *RGO.* 2010; 58(3): 393-397.
23. Vieira R, Minicucci EM, Marques MEA, Marques SA. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. *An. Bras. Dermatol.* 2012; 87(1):105-14.
24. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Wall. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36(10):575-580.



Clínica de Implantodontia: Profissionais sempre empenhados em conquistar um sorriso mais bonito para todos os usuários do Serviço de Saúde da Marinha do Brasil.

