

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DA QUEILITE ACTÍNICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE LÁBIO

DOUGLAS SILVA DE ALMEIDA; ADRIANA ETGES²; SANDRA BEATRIZ
CHAVES TARQUINIO³; ANA CAROLINA UCHOA VASCONCELOS⁴; ANA PAULA
NEUTZLING GOMES⁵

¹Acadêmico da Faculdade de Odontologia da UFPel – douglasalmeida.ufpel@outlook.com

²Professor Titular da Faculdade de Odontologia da UFPel – aetges@gmail.com

³Professor Titular da Faculdade de Odontologia da UFPel – sbtarquinio@gmail.com

⁴Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFPel – carolinauv@gmail.com

⁵Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFPel – apngomes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de boca, representado principalmente pelo carcinoma espinocelular (CEC), compreende o quinto tipo de câncer mais comum em homens, no Brasil (INCA, 2018).

O CEC representa mais de 90% das neoplasias malignas que se desenvolvem na boca, sendo algumas vezes precedido por lesões potencialmente malignas. O lábio inferior é o sítio mais acometido (ALVES et al., 2017; SURGERMAN; SAVAGE, 2002), e embora o desenvolvimento do câncer possa acontecer de novo, estima-se que 95% dos casos tem origem partir de uma Queilite Actínica (QA) (LUPU et al., 2018).

A QA é uma alteração degenerativa cancerizável da área de transição ou vermelhão do lábio, sendo causada pela exposição excessiva ou prolongada ao componente ultravioleta da radiação solar (PICASCIA; ROBINSON, 1987; ONOFRE et al., 1997) (NEVILLE et al., 2016). Estima-se que sua taxa de transformação maligna está entre 10-30% dos casos, sendo este um valor maior que a sua lesão análoga da pele, a queratose actínica, que varia entre <1% a 20% (LUPU et al. 2018).

Ayres (1923) foi o primeiro a apontar a associação causal do quadro de QA com a exposição crônica à luz solar, e essa associação tem sido suportada pelas observações epidemiológicas, diretas e indiretas, de que a lesão acomete mais comumente pessoas do sexo masculino que estão habitualmente expostas à radiação solar, como agricultores e pescadores. Além disso, o fato de que pessoas de pele clara demonstram maior incidência de QA, enquanto negros raramente são afetados promove um suporte ainda maior para a teoria de etiologia solar (PENNINI; REBELLO, 2000).

Em curto prazo, os efeitos da exposição à luz ultravioleta sobre os lábios são transitórios e reversíveis, enquanto os efeitos da exposição crônica são cumulativos, podendo produzir danos irreversíveis (AYRES, 1923; PISCACIA; ROBINSON, 1987; TEREZHAILMY; NAYLOR, 1993; MAIN; PAVONE, 1994; MANGANARO; WILL, 1997).

Considerando o clima tropical de nosso país e as características da população na região Sul, onde boa parcela descende de europeus de pele branca, a QA se torna mais comum (SARMENTO et al., 2014). Neste sentido, o objetivo deste trabalho é alertar sobre a frequência da QA, bem como identificar o perfil dos indivíduos acometidos, permitindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle dessa alteração com potencial transformação maligna.

2. METODOLOGIA

O trabalho caracterizou-se por um estudo transversal retrospectivo, em modelo humano. Os dados utilizados foram extraídos das fichas de biópsia, bem como dos prontuários clínicos arquivados no Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca (CDDB) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPEL). Foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico clínico de QA, bem como os diagnósticos histopatológicos compatíveis com esta alteração, registrados no período de janeiro a agosto de 2018. Destas fichas foram coletadas informações referentes a sexo, idade, cidade de origem, coloração da pele, ocupação e diagnóstico histopatológico.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e as variáveis foram analisadas de forma descritiva e pela distribuição de frequências.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com nosso levantamento, de janeiro a agosto de 2018 foram atendidos 694 pacientes no Ambulatório do CDDB da FO-UFPEL, sendo que destes, 69 (9,9%) receberam o diagnóstico clínico de QA. Esta frequência é maior do que a apontada pela literatura em estudos populacionais, que estima que a prevalência da QA varia entre 0,45 e 2, % da população, de acordo com a localização geográfica (SAVAGE et al., 2014). Dos pacientes atendidos no ambulatório, 8 casos foram biopsiados. Além destes, o laboratório de histopatologia do CDDB recebeu outras 16 biópsias de QA, advindas tanto da rede básica de saúde quanto da iniciativa privada. A tabela 1 apresenta as características do total de pacientes com QA no período.

TABELA 1. Análise descritiva dos valores relativos e absolutos da amostra.
Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca, Pelotas/RS, 2018.

VARIÁVEL	N (%)	VARIÁVEL	N (%)
Sexo		Cidade de origem	
Masculino	60 (70,6)	Pelotas	47 (55,3)
Feminino	25 (29,4)	Outra	38 (44,7)
Faixa etária		Ocupação	
30-39	6 (7,1)	Trabalhador rural	43 (50,6)
40-49	15 (17,6)	Outra (<i>outdoor</i>)	19 (22,3)
50-59	24 (28,2)	Outra	23 (27,1)
60-69	18 (21,2)		
70-79	17 (20,0)		
80-89	4 (4,7)		
90-99	1 (1,2)		
Cor da pele			
Branca	80 (94,1)		
Preta	1 (1,2)		
Não informado	4 (4,7)		

De acordo com nossos dados, a amostra caracterizou-se por um predomínio de pacientes do sexo masculino (70,6%), de pele branca (94,1%) e acima dos 40 anos (92,9%). Percebe-se um maior número de casos em indivíduos com mais de 50 anos, com maior prevalência entre a 5ª e 6ª década de vida – informações que corroboram com os achados na literatura (KAUGARS et al., 1999; OROZCO et al. 2013).

O fator ocupacional, se exposto ou não ao sol, parece ter influência sobre os casos diagnosticados, uma vez que 43 (50,6%) são trabalhadores rurais,

profissão que junto aos pescadores e outras expostas à luz solar, 19 (22,3%), tem maior susceptibilidade a desenvolver o quadro de QA (PISCACIA; ROBINSON, 1987; SOUZA et al., 2011). Os outros 23 (27,1%) onde não foi identificado o fator ocupacional associado, a exposição à luz solar pode ter se dado através da prática de esportes e/ou atividades ao ar livre ao longo da vida, condições também relatadas como importantes para o desenvolvimento da QA e de malignidades de pele (SARMENTO et al., 2014; MOEHRLE, 2008).

Apesar da maioria dos pacientes residir em Pelotas (47 - 55,3%), o restante dos casos recebidos (38 - 44,7%) são de indivíduos que residem em outras cidades da região sul do RS, representadas por Canguçu, Morro Redondo, Pinheiro Machado, São Lourenço do Sul, Bagé, Capão do Leão, Santa Vitória do Palmar, Cerrito, Rio Grande, Pedras Altas, Candiota e Herval – o que demonstra o papel fundamental do CDDB como um importante centro de referência em patologia bucal da região sul, contribuindo com o diagnóstico e prevenção do câncer de boca.

No que tange às biópsias registradas no CDDB, a tabela 2 apresenta os diagnósticos desses casos.

TABELA 2. Diagnósticos histopatológicos das biópsias de QA registradas de Janeiro a agosto de 2018. Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca, Pelotas/RS, 2018. (N=24)

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	N (%)
CEC	9 (37,5)
CEC superficialmente invasivo	5 (20,8)
CEC <i>in situ</i>	3 (12,5)
Displasia epitelial leve	3 (12,5)
Acantose e hiperqueratose	4 (16,7)

Conforme a tabela 2, das 24 biópsias registradas pelo Serviço, somente 4 casos (16,7%) representaram lesões totalmente benignas. Em 9 (37,5%) obteve-se o diagnóstico de CEC já estabelecido e em 8 casos (33,3%) o aspecto foi de lesão em fase inicial, representada pelas variáveis CEC superficialmente invasivo e CEC *in situ*. Nos casos em que a biópsia revelou a presença de displasia epitelial (12,5%), deve-se considerar que em muitas situações a remoção do epitélio displásico inibe a progressão maligna, se constituindo em um procedimento curativo e preventivo. Evitar a evolução para CEC e realizar o diagnóstico precoce resulta em um tratamento mais barato e menos invasivo, associado a menores sequelas funcionais e estéticas, bem como melhor prognóstico para o paciente.

Sendo assim, enfatiza-se que a população em geral deve ser esclarecida sobre a QA, bem como sobre a importância do uso de barreiras de proteção contra a radiação UV, particularmente os indivíduos de pele clara e com atividade ocupacional relacionada à exposição solar. Além disso, o paciente com QA deve ser devidamente examinado pelo Cirurgião-Dentista, com vistas ao diagnóstico e controle de cada caso.

4. CONCLUSÕES

Feita a análise do perfil dos pacientes acometidos pela QA, conclui-se que o paciente com QA é, em sua maioria: homem, branco, com mais de 40 anos de idade e com exposição solar crônica devido ao fator ocupacional. Constatou-se também que a QA é uma lesão frequente, representando cerca de 10% dos casos atendidos na rotina do CDDB. Em um panorama ideal, medidas educativas

estimulando o uso de barreiras contra a radiação actínica e a detecção precoce das alterações labiais relacionadas à exposição crônica ao sol, constituem um passo importante para diminuir sensivelmente os casos de QA e, consequentemente, de câncer de lábio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, AM. et al. Demographic and Clinical Profile of Oral Squamous Cell Carcinoma from a Service-Based Population. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, n. 3, p. 301-306, 2017.
- AYRES, S. Chronic actinic cheilitis. **JAMA**, v. 81, n. 14, p. 1183-1186, 1923.
- ESTIMATIVA 2018 INCIDÊNCIA DE CANCER NO BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. 2018. Acessado em: 20 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>.
- 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**, v. 88, n. 2, p. 181-186, 1999.
- LUPU, M. et al. Non-invasive imaging of actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip. **Molecular and clinical oncology**, v. 8, n. 5, p. 640-646, 2018.
- MAIN, JHP; PAVONE, M. Actinic Cheilitis and Carcinoma Of the Lip. **Journal (Canadian Dental Association)**, v.60, n.2, p.113-116, 1994.
- MANGANARO, AM; WILL, MJ; POULOS, E. Actinic cheilitis: a premalignant condition. **General Dentistry**, v. 45, n.5, p. 492-494, 1997.
- MOEHRLE, M. Outdoor sports and skin câncer. **Clinics in Dermatology**, v. 26, n. 1, p. 12-15, 2008.
- NEVILLE, BW; Damm, DD; Allen, CM; CHI, AC. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 1995.
- ONOFRE, MA et al. Potentially malignant epithelial oral lesions: discrepancies between clinical and histological diagnosis. **Oral Diseases**, v. 3, n. 3, p. 148-152, 1997.
- OROZCO, P et al. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. **Revista Clínica de Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral**, Santiago, v. 6, n. 3, p. 127-129, 2013.
- PENINNI, SN; REBELLO, PFB. Queilites. **J Bras Med**, v. 78, n. 6, p. 104-106, 2000.
- PISCACIA, DD; ROBINSON, JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 17, n. 2, p. 255-264, 1987.
- SARMENTO, DJ; MIGUEL, MCC; QUEIROZ, LMG; GODOY, GP; SILVEIRA, EJD. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. **International Journal of Dermatology**, v. 53, n. 4, p. 466-472, 2014.
- SUGERMAN, PB; SAVAGE, NW. Oral cancer in Australia: 1983-1996. **Australian Dental Journal**, v.47, n. 1, p. 45-56, 2002.
- SOUZA, LR et al. Lip squamous cell carcinoma in Brazilian population: Epidemiological study and clinicopathological associations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 6, p. 757-762, 2011.
- TEREZHALMY, GT; NAYLOR, GD. Actinic cheilitis. **Indiana Dental Journal**, v.72, n. 4, p. 12-15, 1993.