

Trabajos Originales:

ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE PORTADOR DE QUEILITIS ACTÍNICA: IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO

Fernanda Bertini ¹ Flávia Celina Sgarbi ¹ Adriana Aigotti Haberbeck Brandão ² Ana Sueli Rodrigues Cavalcante ²

1. Mestres en Biopatología Bucal - Universidad Estadual Paulista - FOSJC-UNESP.
2. Profesoras Doctoras del Departamento de Biociencias y Diagnóstico Bucal - Universidad Estadual Paulista - FOSJC-UNESP.

Resumen

La queilitis actínica es una lesión inflamatoria crónica del labio causada por la acción de los rayos solares. Debido a su lenta progresión, el paciente relaciona el proceso con una consecuencia del envejecimiento, ignorando su naturaleza evolutiva y cancerígena. El objetivo de este trabajo fue presentar el perfil clínico de los pacientes para realizar el diagnóstico. Fueron investigados 47 casos de queilitis actínica; la alteración de la línea de transición de la seni-mucosa de los labios con la piel se destacó por estar presente en 45 pacientes (96%). Concluimos que clínicamente todas las lesiones de queilitis actínica tenían aspecto multifocal; la presencia clínica de casi 100% de la alteración de la línea de transición de la seni-mucosa de los labios y la piel fue debida a la cronicidad de la afección; la resequedad labial fue disminuyendo porcentualmente por el hecho de realizar controles periódicos de los pacientes.

Palabras- clave: Queilitis actínica; patología oral; características clínicas.

INTRODUCCIÓN:

En 1923, Ayres (1) describió por primera vez la queilitis actínica, como una patología inflamatoria crónica de los labios, aparentemente debido a los rayos actínicos o solares. MacFarlane & Terezhalmly (2), años después (1982), enfatizaron que el efecto de una corta exposición a la luz ultravioleta es transitorio, pero su efecto es acumulativo y al ser prolongado produce daños irreversibles en los labios de las personas.

Las señales clínicas de queilitis actínica, a veces son sutiles, pero pueden causar incomodidad e inconvenientes, siendo el diagnóstico precoz de la lesión, importante para reducir los riesgos del desarrollo del cáncer. Es mucho más común en hombres con actividades al aire libre. Personas con pigmentación melánica son menos afectadas por la radiación actínica. En la queilitis actínica crónica, el enrojecimiento del labio se presenta con placas de hiperqueratosis entremezcladas con áreas irregulares de eritema. La descamación persistente y la sensación de sequedad pueden estar presentes y representan un problema para el paciente. La pérdida de la línea mucocutánea del labio da como resultado que la zona se observe bien adherida a planos profundos. La concavidad normal de esta área. Con el tiempo este engrosamiento se vuelve más pronunciado, y el eritema se torna más evidente, la hiperqueratosis más evidente pueden formar pequeñas úlceras lo que hace más lento el proceso de curación (3-9).

La queilitis actínica se clasifica como aguda, subaguda y crónica, siendo la queilitis actínica aguda, la más rara y episódica, pudiendo ocurrir en forma leve, moderada o intensa, manifestándose después de una exposición máxima al sol. Las radiaciones actínicas determinan la liberación de substancias como histamina y la 5-hidroxitriptamina. El mecanismo patógeno consiste en una clásica reacción fototóxica y quemadura de la temperatura del tejido por influencia en la vasodilatación, precipitando la aparición de edemas y de eritemas seguidos de descamación, expresándose clínicamente por vesículas, pliegues y ulceraciones, que caracterizan la forma más severa, llevando al individuo a una sintomatología significativa en lo relativo a la alimentación y al habla. La forma subaguda se manifiesta de forma menos

alarmante, con cierto edema, pero, sobre todo, en un aumento hiperqueratósico. Generalmente se resuelve, aunque puede persistir la sequedad y escamas del labio en los meses de verano. No obstante la mayoría parece curarse completamente (5,10).

La forma crónica de queilitis actínica es más peligrosa por la falta de síntomas, dejando al individuo inadvertido. Puede ser consecuencia de las formas aguda o subaguda, pero también puede surgir como consecuencia de repetidas exposiciones al sol. El enrojecimiento del labio se presenta recubierto por una superficie de mucosa fina, pálida, frecuentemente con áreas atróficas, pliegues, erosiones o ulceraciones superficiales, las cuales tienden a lacerarse (5,10-13). El objetivo de este trabajo fue presentar el perfil clínico de los pacientes con queilitis actínica para poder ser más fácil su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron estudiados 47 casos de pacientes con queilitis actínica, se realizaron evaluaciones clínicas e histológicas de cada caso. En una ficha clínica elaborada específicamente, fueron considerados: identificación del paciente, edad, sexo, etnia, hábitos de riesgo como consumir alcohol y tabaco, así como el período de su uso, profesión (si está relacionada con una exposición solar prolongada o no), presencia de enfermedades sistémicas, estado general de salud y nutrición. El trabajo fue avalado por normas del Comité del Ética en Investigación de la Universidad Estadual Paulista - FOSJC-UNESP (São José dos Campos- Brasil).

Durante el examen clínico, fueron realizados exámenes extra e intrabucales, en los cuales fueron consideradas algunas características de fundamental importancia para este estudio: evolución y extensión de la lesión; sintomatología; localización; eritema: maculas rosadas, rojas o violáceas producidas por vasodilatación; escamas: desprendimiento visible de las capas más superficiales del epitelio; pliegues: fisuras; ulceraciones; aspecto de el tejido sin elasticidad: característica que confiere al labio un aspecto voluminoso y de consistencia fibrosa al tacto; costras: alteración morfológica del tejido como consecuencia de la evolución de las lesiones ulceradas; atrofia de la semi-mucosa: aspecto deprimido de la semi-mucosa del enrojecimiento del labio; maculas: alteración circunscripta del color normal de la semi-mucosa, sin elevación o depresión de la superficie; placas: lesión ligeramente elevada y con superficie lisa; sintomatología: presencia de ardor y prurito; alteración de la línea de transición entre la semi-mucosa y la piel: caracterizada por la pérdida del límite entre la piel y semi-mucosa labial; palidez de esta última, consecuencia de la disminución de la irrigación sanguínea por la fibrosis reactiva; aspecto moteado: presencia áreas enrojecidos en medio de las placas y maculas blanquecinas; sequedad: se confirma por la pérdida de la humedad labial (Figuras 1 y 2).

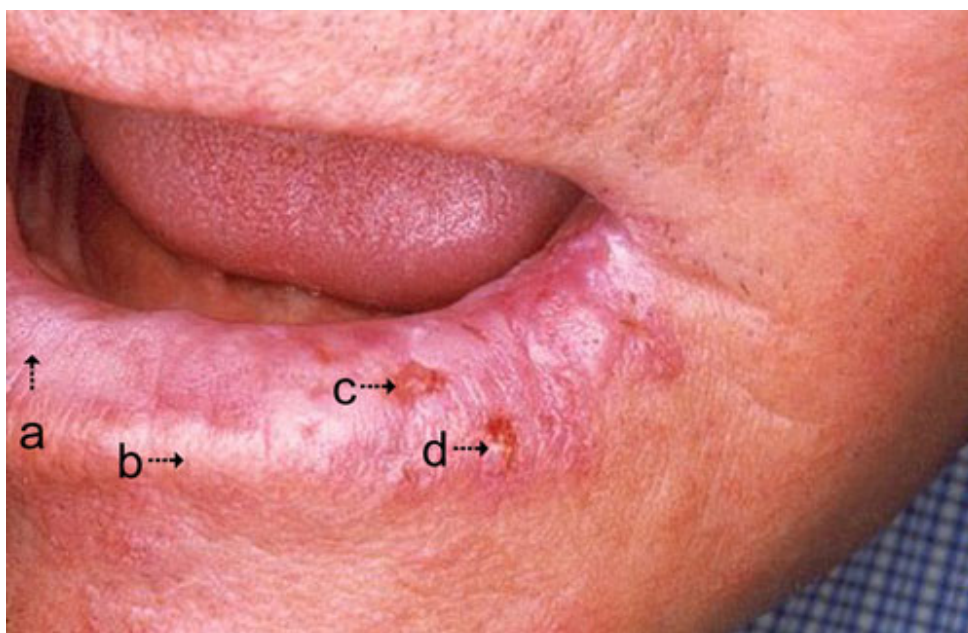


Figura 1

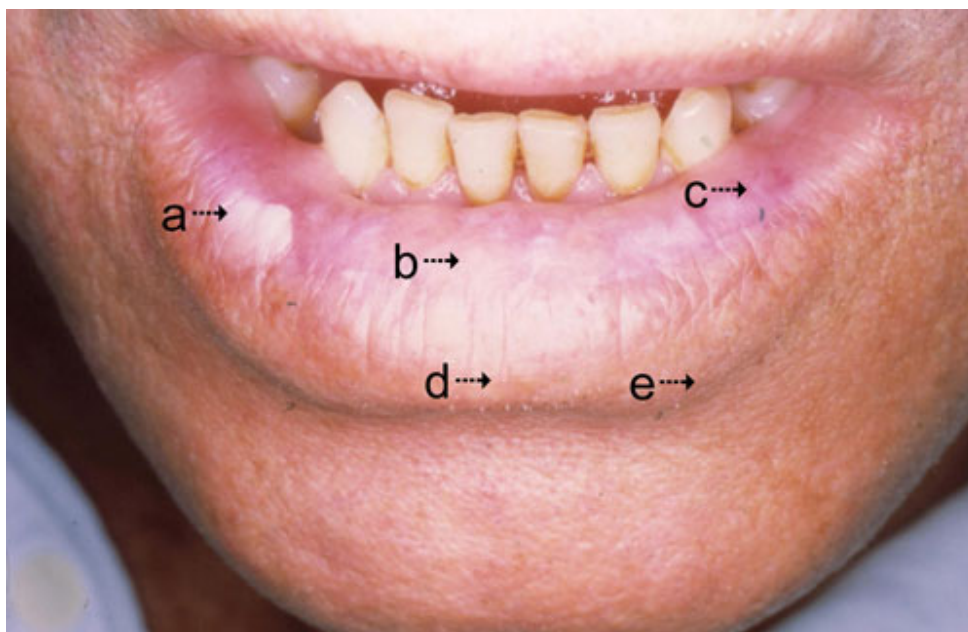


Figura 2

Los exámenes clínicos fueron realizados en el Ambulatorio de la Disciplina de Semiología de la FOSJC-UNESP con luz directa e indirecta (luz natural asociada a la luz de lámpara).

RESULTADOS

Aspectos clínicos como: la alteración de la línea de transición de la semi-mucosa de los labios con la piel, la presencia de maculas y/o placas blancas, la palidez, el resequead, las áreas de ulceración, eritema, atrofia, aspecto moteado, infiltración labial, descamación, pliegues y formación de costras, pudieron ser observados. En relación con la sintomatología, algún tipo de síntoma, ardor y/o quemazón, hormigueo y dolor fue encontrado en 28 pacientes (60%). Entre los aspectos clínicos presentes, la alteración de la línea de transición de la semi-mucosa de los labios con la piel se destacó por estar presente en 45 pacientes (96%), seguida por el aspecto pálido (85%) y, presencia de maculas blancas (83%). La presencia de placas blancas fue observada en 38 pacientes (81%), en cuanto el resequead fue notado en 70% de la muestra.

La atrofia de la mucosa fue encontrada en 31 pacientes (66%), mientras que el aspecto moteado estaba presente en 28 pacientes (60%). La infiltración labial fue vista en 23 pacientes, totalizando 49% de los casos.

La descamación fue observada en 22 pacientes (47%) y la presencia de pliegues o fisuras ocurrió en siete pacientes (15%). De los aspectos clínicos valorados, la formación de úlceras y costras fueron encontrados en menos cantidad en cuatro (9%) y dos (4%) de los pacientes en cada caso respectivamente (Figura 3).

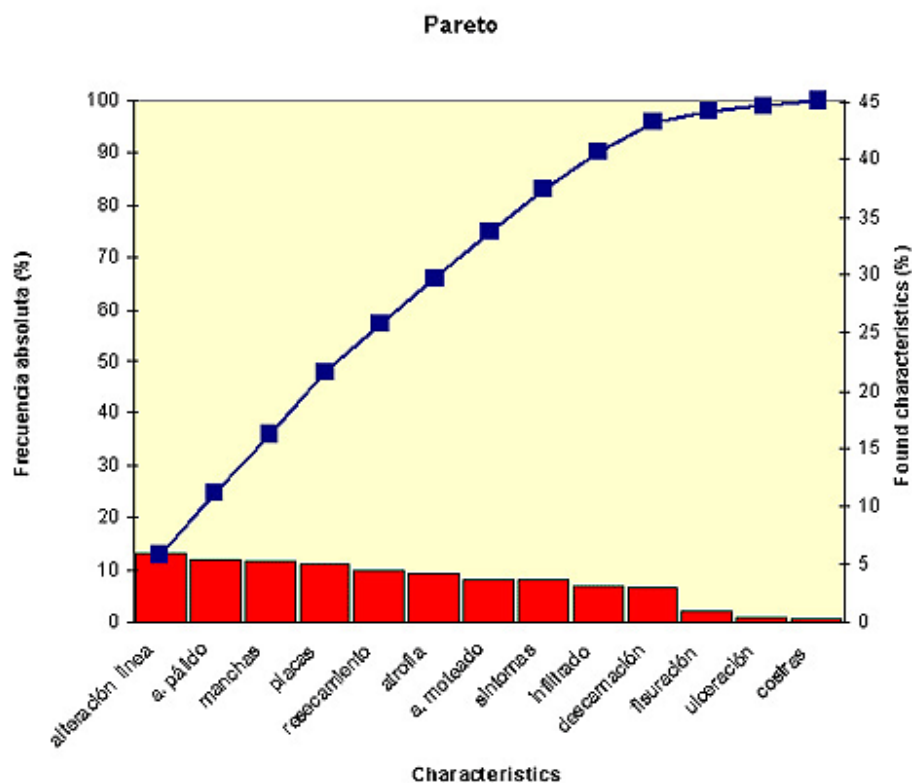


Figura 3

DISCUSIÓN

La presentación clínica de la queilitis actínica es multifocal. El clínico debe estar siempre preparado para detectar la enfermedad y ser capaz de evaluar posibles factores relacionados con ella, ya que puede ser una situación cancerígena.

Campisi & Margiotta (14) (2001); Fu & Cockerell (15) (2003); Ochsenius (16) (2003), afirmaron que la QA es una enfermedad las más comunes que ocurre en el labio, causada principalmente por la exposición al sol, pudiendo ser diagnosticada clínicamente. Visscher & Van Der Waal (17) (1998), afirmaron que no podemos limitarnos solamente a considerarlo un factor de riesgo pero si evaluar la relación de interacción de todos los factores considerados de riesgo.

Terezhalmay & Naylor (4) (1993) y Kaugarsó et al. (1999), describieron clínica e histológicamente la queilitis actínica, si bien ninguno de ellos catalogó esos datos porcentualmente.

Cavalcante (18) (2000) analizó 29 pacientes con queilitis actínica se encontraron características clínicas multifocales. En su análisis, el resequeamiento se destacó en el 100% de los casos, la atrofia apareció en un 72,41%, la infiltración labial en un 62,07%, la ulceraciones y la alteración de la línea de transición entre la semi-mucosa del labio y la piel fue de 58,62% y la presencia de maculas o placas fue observada en 41,38% de la muestra.

En las situaciones estudiadas se verificó una disminución del porcentaje de resequeamiento, probablemente debido a la supervisión periódica que los pacientes han recibieron en esta Institución, con orientaciones en cuanto al uso de foto-protectores labiales. La alteración de la línea de transición entre la semi-mucosa del labio y la piel se destacó, siendo observada en 96% de los pacientes. Probablemente debido a un mayor énfasis dado a este aspecto, que una vez detectado pasa a ser frecuentemente observado en los casos de queilitis actínica crónica.

Todas las biopsias fueron realizadas incluyendo siempre un área queratótica y otra eritematosa para que posteriormente fuese posible correlacionarlas histológicamente, entretanto Bentley (19) et al. (2003), afirmaron que los grados de daños histopatológicos y subsiguiente potencial de malignización no podían ser determinados clínicamente, así siendo, lesiones sospechosas debían ser biopsiadas y analizadas microscópicamente. De esta forma, todas las biopsias debían ser realizadas en todos los casos con diagnóstico clínico de queilitis actínica. Los pacientes con alteración epitelial displásica necesitan de monitoreo clínico continuo. Como no es posible determinar clínicamente el grado de alteración histológica, el clínico no debe tratar la queilitis actínica basados solamente en el aspecto clínico (6,20). En realidad, es difícil la correlación entre las características clínicas y microscópicas, si bien se sabe que las áreas hiperqueratósicas generalmente no muestran displasias epiteliales significativas, mientras que en las áreas atróficas y ulceradas esas alteraciones son observadas con mayor frecuencia (10).

Considerando los resultados clínicos y los aspectos histológicos analizados en la queilitis actínica, requiere la necesidad de controles periódicos, sobretodo en lo que se refiriere a la correlación clínica la histopatología, debido a las diferentes opiniones entre los investigadores

Después del estudio clínico de la enfermedad pudimos notar lo importante que es una buena evaluación en el examen clínico realizado. Conocer bien las características clínicas de la queilitis actínica contribuye de forma positiva para el diagnóstico, tratamiento y un buen pronóstico. Clínicamente todas las lesiones de queilitis actínica presentan aspectos multifocales y ninguna característica debe ser subestimada aunque parezca inofensiva, pues no hay correlación entre los aspectos clínicos y el diagnóstico histopatológico indicativos de displasias o carcinoma *In situ* o espinocelular.

La alteración de la línea de transición entre la semi-mucosa del labio la piel tiene alto porcentaje debido a la cronicidad de la lesión, así como el resequeamiento tiene una disminución de su porcentual debido a la supervisión periódica realizada en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayres S. Chronic actinic cheilitis. J Am Med Assoc 1923; 81(14):1183- 6.
2. Macfarlane GE, Terezhalmay GT. Actinic cheilitis diagnosis, prevention and treatment. U. S. Navy Med 1982; 73(6): 22-4.
3. Robinson JK. Actinic cheilitis: a prospective study comparing four treatment methods. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 115 (7): 848-52.
4. Terezhalmay GT, Naylor GD. Actinic cheilitis. J Indiana Dent Assoc 1993; 72 (4): 12-5.
5. Main JHP, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. J Can Dent Assoc 1994; 60(2):113-1146.
6. Kaugars GE, Pillion TBA, Svirsky JA, Page DG, Burns JC, Abbey LM. et al. Actinic cheilitis: a review of 152 cases. Oral Maxillofac Pathol 1999; 88(2): 181-6.
7. Pennini SN, Rebello PFB, Ramos Silva, M. Queilitis. J Bras Med 2000; 78 (6): 104-10.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Epithelial pathol - Oral e maxillofacial pathology. New York: W.B. Saunders; 2002.
9. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayairs I. Actinic cheilitis clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Dis 2004; 10: 212-6.
10. Awde JD, Kogon SL, Morin RJ. Lip cancer: a review. J Can Dent Assoc 1996; 62(8):634-6.
11. Cataldo, LE, Doku, HC. Solar cheilitis. J Dermatol Surg Oncol 1981; 7: 989-90.
12. Goracci G, Colangelo G, Nini G. Incidenza delle cheiliti attiniche in Somalia. Riv Ital Stomato 1981; 50 (12): 1009-16.
13. Bruzzzone R, Vanzulli SL, Meiss RP. Queilitis actinica cronica: caso clinico. Circulo Argentino de Odontologia 1996; 25(178): 25-7.
14. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in Italian study population. J Oral Pathol Med 2001; 30: 22-8.
15. Fu W, Cockerell CJC. The actinic (solar) keratosis: a 21st-century perspective. Arch Dermatol 2003; 139 (1): 66-70.
16. Ochsenius G, Ormeño A, Godoy R, Rojas R. Estudio retrospectivo de 232 casos de cancer y precancer de labia en pacientes chilenos. Correlación clínicos-histológico. Rev Méd Chile 2003; 131(1): 60-6.
17. Visscher JG, Van Der Wall I. Etiology of cancer of the lip: a review. Int J Oral Maxillofac Surg 1998; 27(3): 199-203.
18. Cavalcante ASR. Queilitis actínica: estudo clínico e histológico. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista; 2000.

19. entley, J. M.; BArankin, B.; Lauzon, G. J. Paying more than lip service to lip lesions. Can Fam Phsician 2003; 49: 1111-6.
20. Huber MA, Terezhalmly GT. The patient with actinic cheilosis. Gen Dent 2006; 54(4): 274-82.