



**DIAGNÓSTICO DE QUEILITE ACTÍNICA EM PACIENTE DISFUNCIONAL:
RELATO DE CASO**

LETÍCIA BEATRIZ DA CRUZ SANTOS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**DIAGNÓSTICO DE QUEILITE ACTÍNICA EM PACIENTE DISFUNCIONAL:
RELATO DE CASO**

LETÍCIA BEATRIZ DA CRUZ SANTOS

Projeto de pesquisa submetido à aprovação na
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I
ministrada pelos professores: Dra. Maria da
Conceição Freitas Santos, Dr. Evandro da Silva
Bronzi e Msc. Ana Patrícia Pereira no curso de
graduação em Odontologia.

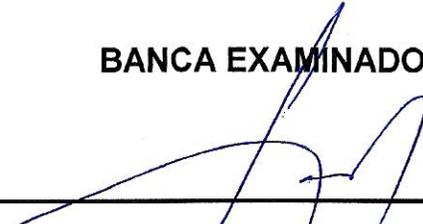
Orientador: Prof. Dr. Lioneu Nobre Cabral

MANAUS – AM
2019

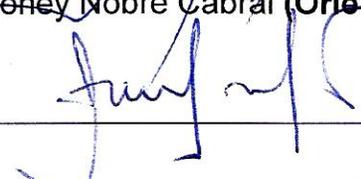
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Letícia Beatriz da Cruz Santos** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: ***Diagnóstico de queilite actínica em paciente disfuncional: relato de caso***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral (**Orientador**)

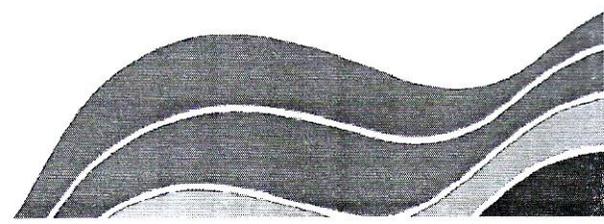


Prof. Msc. Mauro Luiz Travessa de Barros



Prof. Esp. Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II

Manaus, 10 de junho de 2019



Dedico este trabalho à minha família, que nunca mediu esforços para me ajudar nesta jornada

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar meus caminhos, me auxiliando ao longo desta jornada e me ajudando a superar todos os obstáculos que surgiram. À minha família, em especial à minha mãe Yêdda Lilian por me inspirar como mulher e guerreira, à minha avó Núbia Maria por todo o amor e apoio concedido e ao meu avô Albertino Augusto, que nunca mediu esforços para incentivar meus estudos e meus sonhos, acreditando em mim quando muitas vezes nem eu acreditava. Todas as conquistas almejadas eu os dedico.

Obrigada aos meus amigos que estiveram comigo alegrando minhas manhãs e deixando os dias mais leves, se tornando a família que Deus me permitiu escolher. Carlos Thompson, Ellen Levinthal e Renan Miranda, com toda certeza provaram que não é preciso estar perto para se estar junto, e que a amizade transcende o tempo. Gabriella Tabal, Beatriz Leal e Maria Luiza, obrigada por nunca permitirem que eu desistisse dos meus sonhos apesar de todas as adversidades. Ao meu irmão de monitoria Matheus Lincoln por sempre colocar um sorriso no meu rosto mesmo com o cansaço da nossa rotina. Ao Quadrante Utilidade que, compartilhando risadas e materiais, fez com que cada clínica fosse única e cada momento vivido tenha sido gravado na memória. Impossível seria não agradecer aos amigos do truço que me incentivaram e incentivam todos os dias a me superar como profissional e como pessoa, estando nos melhores e piores momentos. A caminhada nem sempre foi fácil, porém o companheirismo e apoio de vocês transformaram cada dia vivido nestes anos em recordações plenas de amor e gratidão.

Agradeço de coração ao meu orientador Prof. Dr. Lioney Cabral que me orientou muito além do campo acadêmico, sempre me incentivando a buscar o aperfeiçoamento pessoal, me acalmando nos momentos de aflição e passando a serenidade que só ele tem. A ele o meu muito obrigada por ter sido um verdadeiro pai que a UEA me deu. Também aos docentes desta universidade que contribuíram com minha formação, em especial ao Prof. Dr. Tiago Pinheiro, Prof. Dr. Mauro Barros, Profa. Dra. Lígia Regina, Profa. Esp. Keuly Soares e Profa. Dra. Alexandra Pieri por todo o incentivo no campo científico e prático-clínico, sendo verdadeiras inspirações como professores e profissionais. Aos funcionários da Policlínica da UEA por toda a atenção e auxílio. A todos que participaram direta ou indiretamente desta caminhada o meu muito obrigada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana;”

Carl Jung

SUMÁRIO

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO.....	1
RESUMO	2
ABSTRACT.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUÇÃO	5
CASO CLÍNICO.....	7
DISCUSSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
LISTA DE FIGURAS.....	20
ANEXOS.....	
TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	21
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA ARCHIEVES OF HELTH INVESTIGATION.....	22

TCC apresentado em forma de artigo, seguindo as normas da revista Archieves of Health Investigation

**DIAGNÓSTICO DE QUEILITE ACTÍNICA EM PACIENTE DISFUNCIONAL:
RELATO DE CASO**

**DIAGNOSIS OF ACTINIC CHEILITIS IN DYSFUNCTIONAL PATIENT: CASE
REPORT**

**DIAGNÓSTICO DE CHEILITIS ACTÍNICA EN PACIENTES DISFUNCIONALES:
INFORME DE CASO**

Leticia Beatriz da Cruz SANTOS¹

Ciro Augusto Souza DA SILVA²

Tiago Novaes PINHEIRO³

Antônio Jorge VASCONCELOS II³

Lioney Nobre CABRAL³

¹ Graduanda em odontologia na Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA, Universidade do Estado do Amazonas, 69.065-001 Manaus – AM, Brasil.

² Aluno da Capacitação de Estomatologia e Patologia Bucal na Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA, Universidade do Estado do Amazonas, 69.065-001 Manaus – AM, Brasil.

³ Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESA/UEA, Universidade do Estado do Amazonas, 69.065-001 Manaus – AM, Brasil.

Endereço para correspondência: Letícia Beatriz da Cruz Santos – Rua Moacir Baima, Conjunto Nova Friburgo, 27 – Parque 10 de Novembro, 69.054-020 / Manaus – AM, Brasil. Telefone: (92) 99147-1663, E-mail: beatriz.leticia@live.com

RESUMO

A queilite actínica (QA) é uma lesão comum do lábio inferior causada principalmente pela exposição com frequência elevada ou crônica à radiação solar. É considerada uma lesão cancerizável, onde o diagnóstico precoce pelo profissional é de extrema importância para o bom prognóstico do caso visto que a QA muitas vezes é a lesão precursora do carcinoma espinocelular de lábio inferior. Na área da saúde, é importante realizar um atendimento integral do paciente, criando uma interseção entre sua queixa principal e as necessidades que ele apresenta para que se consiga reestabelecer a saúde geral. O presente estudo visa apresentar um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 38 anos de idade, que buscou o serviço odontológico para o tratamento de uma disfunção temporomandibular mas que, ao seu atendimento integralizado, percebeu-se a presença de uma lesão nodular em ventre lingual e de uma mácula leucoplásica em vermelhão de lábio inferior. Houve indicação para biópsia excisional da lesão nodular e de biópsia incisional para a lesão leucoplásica. Após o diagnóstico de neuroma traumático em língua e de queilite actínica em lábio inferior, com a confirmação histopatológica, foi realizada uma biópsia excisional simples. Após a remoção da lesão o paciente retornou para remoção de sutura e para preservação do caso, onde apresentou boa recuperação.

Descritores: Transtornos da articulação temporomandibular; Queilite; Diagnóstico precoce

ABSTRACT

Actinic cheilitis (AC) is a common lesion of the lower lip caused mainly by exposure with high or chronic frequency to solar radiation. It is considered a cancerizable lesion, where the early diagnosis by the professional is extremely important for the good prognosis of the case since the AC is often the precursor lesion of the squamous cell carcinoma of the lower lip. In the health area, it is important to perform an integral care of the patient, creating an intersection between his main complaint and the needs he presents so that the general health can be reestablished. This study aims to present a clinical case of a male patient, 38 years old, who sought dental service for the treatment of a temporomandibular disorder but that to his care integralized was perceived the presence of a lesion Lingual belly and a leucoplastic macula in lower lip redness. There was indication for excisional biopsy of the nodular lesion and incisional biopsy for the leucoplastic lesion. After the diagnosis of traumatic neuroma in the tongue and actinic cheilitis in the lower lip, with histopathological confirmation, a simple excisional biopsy was performed. After removal of the lesion, the patient returned for suture removal and for proservation of the case, where he presented good recovery.

Descriptors: Temporomandibular joint disorders; Cheilitis; Early diagnognosis

RESUMEN

La queilitis actínica (QA) es una lesión común del labio inferior causada principalmente por la exposición con frecuencia alta o crónica a la radiación solar. Se considera una lesión cancerizable, donde el diagnóstico precoz por parte del profesional es extremadamente importante para el buen pronóstico del caso ya que la QA es a menudo la lesión precursora del carcinoma escamocelular del labio inferior. En el área de salud, es importante realizar un cuidado integral del paciente, creando una intersección entre su queja principal y las necesidades que presenta para que la salud general pueda ser reestablecida. Este trabajo tiene como objetivo presentar un caso clínico de un paciente varón, de 38 años de edad, que buscó el servicio dental para el tratamiento de un trastorno articulación temporomandibular, pero que para su cuidado integralizado se percibía la presencia de una lesión vientre lingual y una mácula leucoplástica en enrojecimiento del labio inferior. Se ha indicado la biopsia por escisión de la lesión nodular y la biopsia por incisión para la lesión leucoplástica. Después del diagnóstico de neuroma traumático en la lengua y la queilitis actínica en el labio inferior, con la Confirmación histopatológica, se realizó una simple biopsia por escisión. Después de la eliminación de la lesión, el paciente regresó para la extracción de sutura y para la proservación del caso, donde presentó una buena recuperación.

Descriptores: Trastornos de la articulación temporomandibular; Queilitis; Diagnostico precoz

1. INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é uma das principais neoplasias que acomete a população mundial, com uma alta prevalência, sendo considerado um problema de saúde pública.¹ É uma neoplasia comum em homens de meia idade, tendo como fatores de risco o etilismo, tabagismo, infecções pelo HPV, higiene oral precária, alta exposição solar, dentre outros.²

Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, transformando-se em um problema de saúde pública mundial, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. As estimativas para o Brasil no biênio 2018-2019, apontaram a ocorrência de 640 mil casos novos de câncer, para cada ano. Em relação ao câncer de boca, este é uma das dez malignidades mais frequentes, onde foram estimados 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019.³

No Brasil, os registros hospitalares de câncer mostram que a boca representa a oitava localização mais frequente de tumores malignos, sendo o mais predominante da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o de pele. As áreas mais afetadas da cavidade bucal são a língua, o assoalho de boca e o lábio inferior. A taxa de mortalidade por câncer de boca no Brasil está entre as mais altas do mundo.⁴ Em 2013, 5.401 pacientes, sendo 4.223 homens e 1.178 mulheres, morreram em decorrência do câncer oral no Brasil.³

De acordo com o levantamento SEER do NIH, cerca de 70% a 80% dos tumores na região de cabeça e pescoço são descobertos em fase avançada da doença, o que resulta em pior qualidade de vida, maiores taxas de morbimortalidade, maior risco de mutilação e maior complexidade no tratamento e na reabilitação do paciente.⁵

Mais do que um diagnóstico precoce, propiciar um tratamento precoce é fundamental para obtenção de um impacto efetivo na mortalidade e morbidade do câncer de boca.⁶

Tendo em vista a extrema importância do diagnóstico precoce para o tratamento e prognóstico do paciente, onde estima-se que 95% dos casos registrados de carcinoma escamocelular (CEC) invasivo em região dos lábios seja originado da queilite actínica (QA), o presente estudo pretende relatar o caso de um paciente encaminhado para tratamento de disfunção temporomandibular e a potencial consequência parafuncional relacionada a condição, o neuroma traumático, onde o olhar atento profissional para a lesão labial mostrou-se estratégico para a saúde do paciente.

2. CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 38 anos, melanoderma, operador de máquinas, com procedência do interior do Pará compareceu ao serviço da Policlínica Odontológica da UEA (POUEA) encaminhado do otorrinolaringologista com suspeita de disfunção temporomandibular, queixando-se de cefaleias e fortes dores e da região na nuca. Relatou ter sofrido há aproximadamente um ano um acidente de trabalho com dilaceração da periferia da asa do nariz do lado esquerdo estendida até o lábio superior, tendo quadros de cefaleia e de sensibilidade acentuada na nuca desde o ocorrido. Em 2017, paciente realizou exodontia dos incisivos centrais inferiores (Figura 1 e 2), que estavam periodontalmente comprometidos, tendo diagnóstico de doença periodontal inflamatória crônica em fase avançada (Figura 3 e 4). Durante a anamnese realizada no serviço da POUEA, relatou ainda possuir dores persistentes na região da nuca, com caráter intenso, contínuo e espontâneo, sendo mais exacerbada pelo período da manhã. A dor irradiava para região mastoidea, ocasionando plenitude auricular no lado esquerdo e zumbidos ipsilaterais. Ao movimentar a mandíbula sentia leves estalidos e apresentava quadros esporádicos de vertigem. Ao exame clínico extraoral foi constatada a presença de pontos gatilhos em feixe anterior e médio do músculo temporal direito, em região profunda de masseter direito, porção mastoidea do músculo esternocleidomastóideo direito e no trigono suboccipital bilateral. Ao exame intraoral foi observado presença de uma lesão normocrômica, sólida e pediculada, medindo aproximadamente 4mm localizada em ventre lingual, com hipótese diagnóstica de fibroma (Figura 5). Observou-se também uma lesão de superfície lisa, com presença mancha leucoplásica de formato irregular e limites nítidos em região do vermelhão do lábio inferior, com hipótese diagnóstica de QA (Figura 6). Como conduta, optou-se pela confecção de uma placa miorrelaxante para tratamento da disfunção temporomandibular, associada a exercícios terapêuticos com fins de resolução dos quadros de cefaleia e dores na nuca, que representavam a queixa principal do paciente. Foi explanado ao paciente a presença das lesões observadas em ventre lingual vermelhão de lábio inferior, tendo como proposta a realização de biopsias excisional e biópsia incisional respectivamente regiões referidas (Figura 7 e 8) e remoção de pontos após 7 dias. Na análise histopatológica da biópsia excisional do nódulo em ventre lingual, foi observada mucosa bucal revestida por epitélio pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico com subjacente tecido conjuntivo apresentando diversas áreas de feixes neurais desorganizados, com predomínio de células de Schwann frouxamente organizadas, associadas a capilares congestos e presença de tecido adiposo com aspecto de normalidade (Figura 9), sendo estabelecido o

diagnóstico de neuroma, potencialmente originado no momento do trauma do acidente de trabalho ou pela atividade parafuncional associada a disfunção, que originou a queixa apresentada pelo paciente. Na análise histopatológica da biópsia incisiva do lábio inferior revelou-se fragmento de semi-mucosa labial revestido por epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado hiperplásico com hipergranulose, acantose, aumento das camadas parabasais, com eventuais mitoses atípicas. Subjacente, o tecido conjuntivo frouxo não modelado apresentando alteração basofílica da matriz extracelular compatível com elastose solar, formando uma banda abaixo da região coriônica, além de discreto infiltrado inflamatório mononuclear subepitelial (Figuras 10). O corte histológico apresentou pleomorfismo, hiperchromatismo e atipias celulares onde, após correlação clínica e histopatológica, foi elaborado o diagnóstico de QA com displasia de baixo grau, onde as margens da lesão estavam comprometidas perifericamente. Após correlação clínica e histopatológica, foi diagnosticado QA com displasia moderada em lábio inferior, optando-se então por uma segunda abordagem cirúrgica (Figura 11, 12A e 12B, 13, 14), visando a excisão total visto que a queilite se trata de uma lesão passível de malignização. O material biopsiado passou por nova análise histopatológica (Figura 15 e 16). Realizou-se a preservação do caso após 06 meses da realização das biópsias excisionais, sem o aparecimento de recidivas.

3. DISCUSSÃO

A queilite actínica (QA) é uma lesão comum do lábio inferior causada principalmente pela exposição com frequência elevada ou crônica à radiação solar.^{7,8} Devido a associação com a radiação solar, é frequentemente mais reportada em países tropicais, onde observa-se que quanto maior a incidência de radiação ultravioleta (RUV) em regiões geográficas próximas a linha do equador, maiores os casos de doenças relacionadas com a exposição solar.⁹ Conseqüentemente, estados e regiões que estejam mais próximos da linha do equador tornam-se mais susceptíveis a lesões como a QA.

O Brasil recebe uma grande quantidade de raios ultravioletas, possuindo valores elevados em latitudes geográficas menores, em estações mais quentes, em horários específicos do dia e em diferentes condições meteorológicas. As regiões Norte e Nordeste apresentam maiores doses cumulativas de radiação ultravioleta em comparação com as regiões Sul e Sudeste em que o índice de RUV não sofre muita variação entre o inverno e o verão.¹⁰ A proximidade da região Norte com a linha do equador e a latitude a qual os estados, como o Pará, se encontram contribui para maior quantidade de RUV e conseqüentemente um fator de risco para desenvolvimento da QA nessa região.

É considerada uma lesão cancerizável, sendo caracterizada clinicamente por áreas leucoplásicas de descoloração na mucosa labial ou no revestimento epitelial dos lábios, com graus variáveis de displasia.¹¹⁻¹⁴ A presença de superfície lisa com mancha leucoplásica de formato irregular em lábio inferior como achado clínico contribui para a hipótese diagnóstica da condição.

A lesão tem desenvolvimento insidioso, os pacientes com frequência não têm ciência dessa condição.¹⁵ Geralmente, a QA é descoberta em fases avançadas ou mesmo quando o paciente busca tratamento para outras queixas, como no caso relatado.

A QA raramente acomete pessoas com idades abaixo de 45 anos, tendo forte predileção por pessoas de pele clara e pelo gênero masculino, com uma proporção

homem-mulher de cerca de 10:1 em alguns estudos¹⁵. No caso relatado, o paciente tem 38 anos, é melanoderma e é do gênero masculino, estando fora de alguns padrões epidemiológicos relatados na literatura.

Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a displasia epitelial pode ser classificada como leve, moderada ou grave, com base no grau de atipia citológica e arquitetura da camada epitelial perante análise histopatológica.¹⁶ A meta análise publicada em 2009 demonstra que a taxa de transformação maligna de displasias orais é de aproximadamente 12%.¹⁷ A análise histopatológica no caso relatado confirmou o diagnóstico da QA, mostrando uma displasia de baixo grau, onde as margens da lesão apresentavam-se comprometidas perifericamente.

Cerca de 10 a 30% dos casos de QA podem sofrer transformação maligna para CEC, e além disso, é estimado que 95% dos casos registrados desta malignidade em região dos lábios seja originado da condição, onde o diagnóstico precoce é de extrema importância para o tratamento e para o bom prognóstico do paciente.¹⁸⁻²⁰ Estudos mostram que clinicamente, a maioria das lesões podem ser diagnosticadas como QA (50,8%), porém alguns destes casos reportados são histologicamente diagnosticados como CEC de lábio, enfatizando o valor diagnóstico da biópsia e da evolução histológica da lesão.⁹ O diagnóstico do paciente com uma lesão ainda na sua fase incipiente foi o diferencial para o bom prognóstico do caso e para a saúde geral do paciente, até mesmo como forma preventiva para uma possível malignização, mediante a um olhar integralizado e não apenas da queixa que o trouxe ao serviço. Pacientes diagnosticados com CEC tem um tratamento com uma abordagem muito mais invasiva, com maior risco de mutilação e maior complexidade, enfatizando a importância de um diagnóstico incipiente em lesões que são passíveis de malignização.

O diagnóstico dessa condição envolve análise clínica e histopatológica.^{21,22} De acordo com estudos, a QA é diagnosticada principalmente com base em achados clínicos, onde a biópsia só é necessária se a lesão tiver áreas erosivas endurecidas ou

persistentes, sugerindo malignização.²³ Porém, a biópsia permite uma avaliação histológica adequada da peça e diagnóstico exato, sendo indicado a associação dos achados clínicos com a realização da biópsia²⁴. Todas as outras opções de tratamento não produzem um espécime cirúrgico que permita análise anatomopatológica e consequente detecção de um possível tumor invasivo.²² Além disso, a excisão total da lesão além de contribuir para uma avaliação mais adequada e melhor diagnóstico, também atua como método terapêutico no tratamento da QA e na prevenção da piora prognostica do caso. Tendo como base estudos realizados, torna-se imprescindível para um diagnóstico mais preciso e seguro da condição a associação dos achados clínicos com o histopatológico.

A prevenção é a melhor forma de diminuir a incidência de QA. O diagnóstico precoce das lesões e intervenção em estágios precoces são as grandes e importantes chaves para a redução da mortalidade e morbidade. As lesões de QA que passam por longa e repetida exposição a fatores de risco, eventualmente progridem para CEC.²⁵ Pacientes com histórico de exposição crônica aos raios solares devem ser cuidadosamente acompanhados e quando alterações labiais estão presentes a biópsia da lesão e a evolução histopatológica deve ser considerada.⁹ A visão integralizada do paciente torna-se essencial para a captação de possíveis lesões, mesmo quando elas não são a queixa principal do paciente, assim como o acompanhamento e a preservação do caso torna-se indispensável.



Figura 1. Imagem clínica inicial.



Figura 2. Imagem clínica após a exodontia dos elementos dentários 31 e 41.

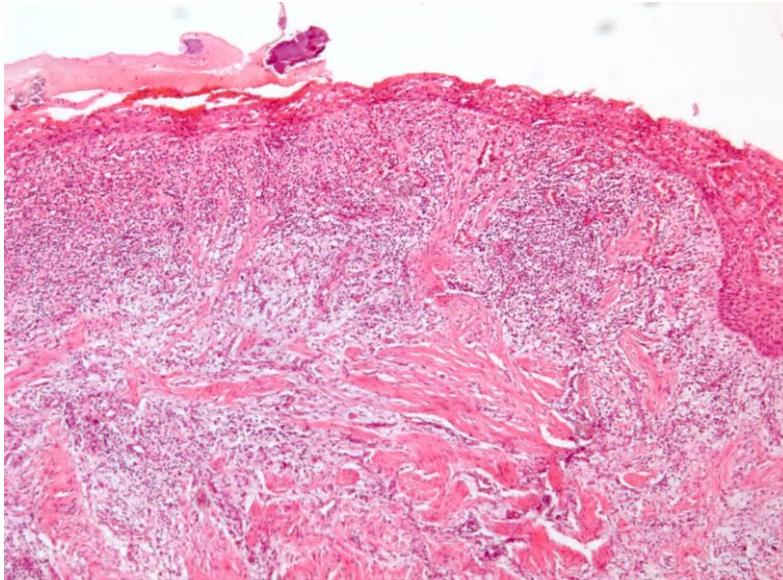


Figura 3. Fragmento de mucosa bucal revestido por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico em continuidade com o epitélio odontogênico crevicular estratificado pavimentoso desorganizado por extensa exocitose. Na superfície observam-se aglomerados microbianos planctônicos. Tecido conjuntivo subjacente apresentando intenso infiltrado inflamatório mononuclear predominantemente linfocitário.

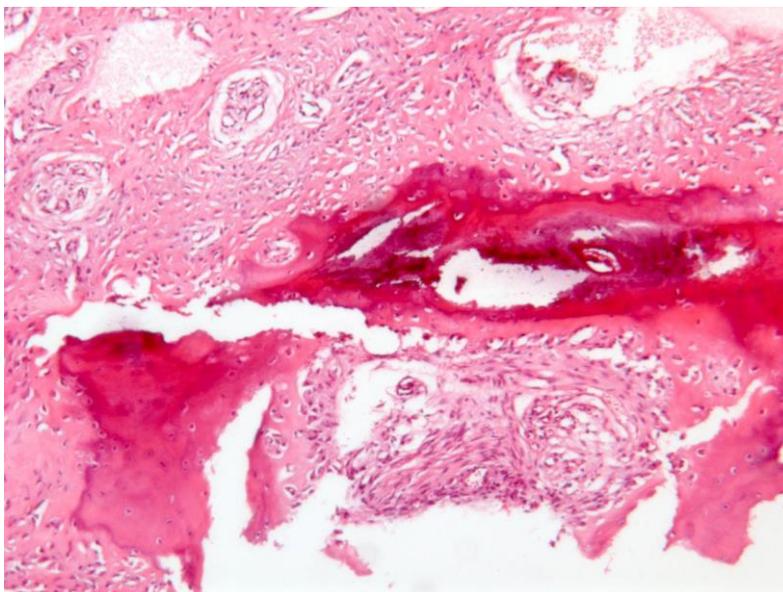


Figura 4. Tecido conjuntivo, não relacionado ao epitélio da mucosa e sulco periodontal, apresentando infiltrado inflamatório mononuclear. Presença de trabéculas ósseas viáveis em processo reabsortivo inflamatório.



Figura 5. Lesão nodular normocrômica em região de ventre lingual.



Figura 6. Lesão maculosa leucoplásica em região de vermelhão de lábio inferior.



Figura 7. Biópsia excisional da lesão nodular localizada em ventre lingual.



Figura 8. Biópsia incisional da lesão leucoplásica localizada em lábio inferior

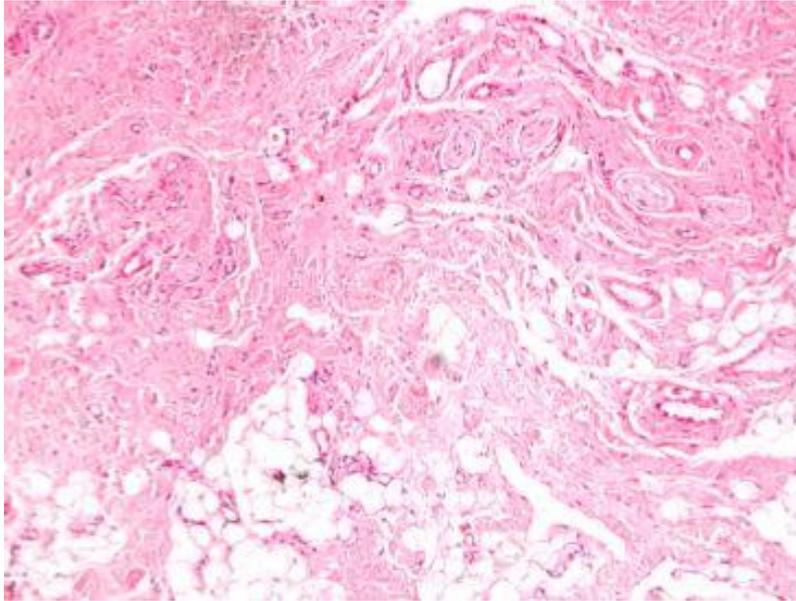


Figura 9. Predomínio de células de Schwann frouxamente organizadas, associadas a capilares congestos e presença de tecido adiposo com aspecto de normalidade.

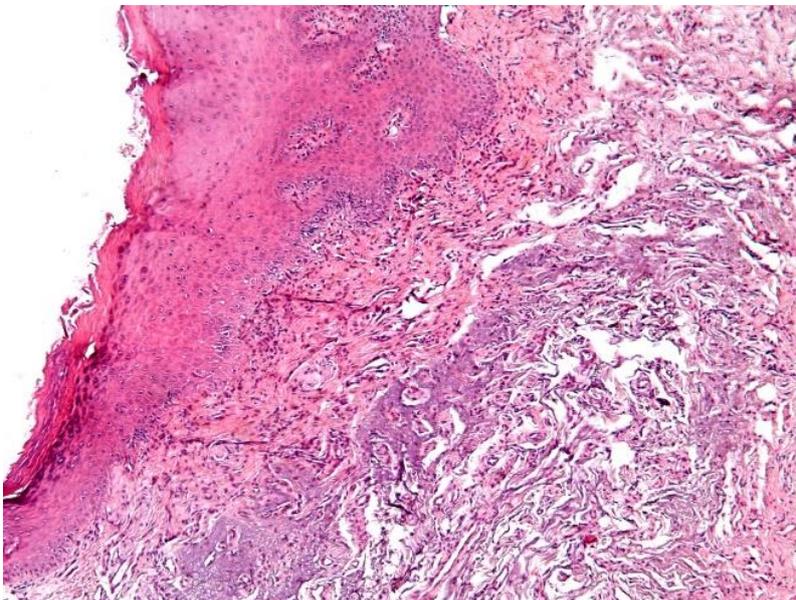


Figura 10. Epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado hiperplásico com hipergranulose, acantose, aumento das camadas parabasais, com eventuais mitoses atípicas.



Figura 11. Imagem clínica da lesão leucoplásica maculosa em lábio inferior.



A



B

Figura 12A e B. Pinçamento da artéria labial inferior para fins hemostáticos.



Figura 13. Hemostasia da região do lábio inferior



Figura 14. Sutura da área excisionada.

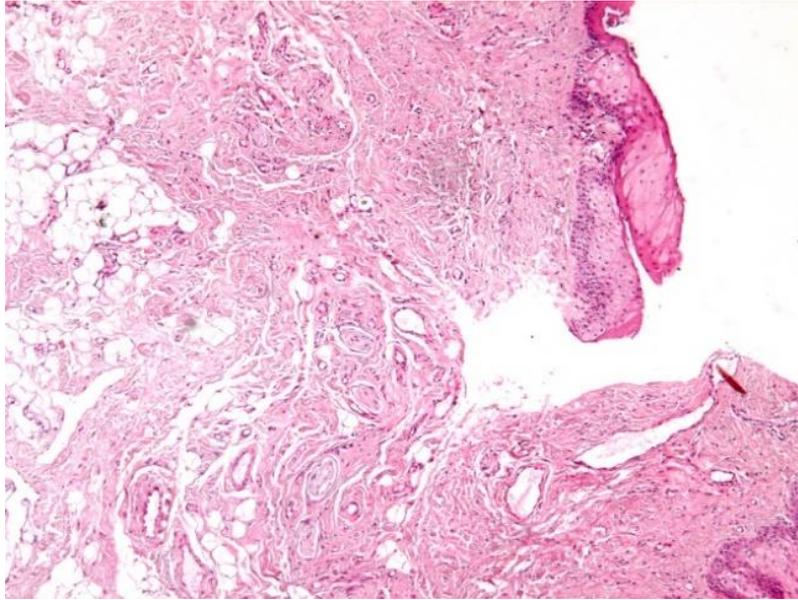


Figura 15. Tecido conjuntivo frouxo não modelado apresentando alteração basofílica da matriz extracelular compatível com elastose solar, com discreto infiltrado inflamatório mononuclear subepitelial.

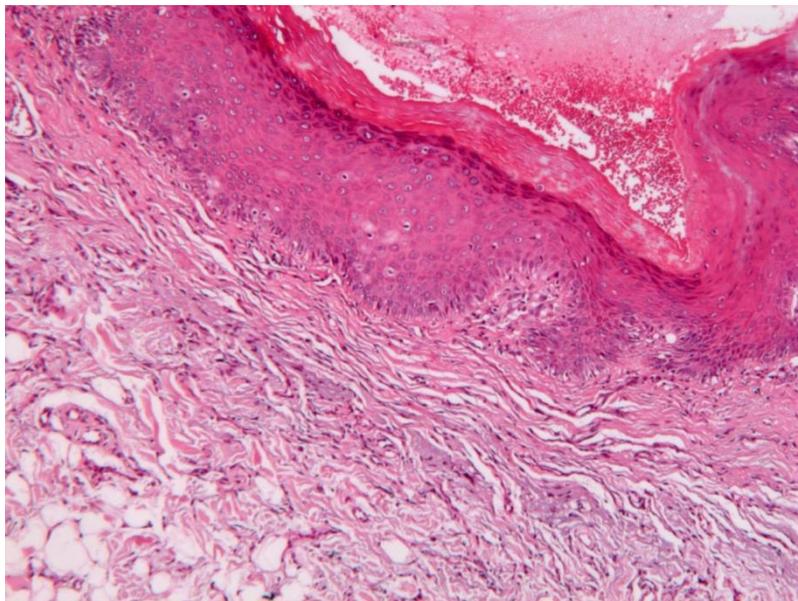


Figura 16. Histopatologia da biópsia excisional mostrando um epitélio estratificado pavimentoso hiperortoqueratinizado apresentando acantose, hiperchromatismo parabasal, hipergranulose e numero aumentado de mitóticas típicas. Subjacente o tecido conjuntivo frouxo não modelado apresenta alteração basofílica de matriz compatível a elastose solar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade J, Santos CA, Oliveira MP;. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*. 2015; 18(4): 894-905.
2. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2009; 18(2):541–550
3. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tipos de Câncer: Boca. [Citado em 2019 mar 29]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>
4. Salles JMP, Freire ARS, Vicenjte LCC, editores. *Cancer de Boca: Uma visão multidisciplinar*. Belo Horizonte: Coopmed; 2007
5. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [Citado em 2019 may 19]. Disponível em https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/
6. *Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Elser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. IARC Cancer Base.2012; 1:11.*
7. Gomes et al. CD1a+ and CD83 + Langerhans cells are reduced in lower lip squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2016; 45(6), 433–439.
8. Jadotte YT, Schwarts RA. Solar cheilosis: an ominous precursors partl. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66:173-84
9. Schalka S, Steiner D, Ravelli FN, et al. Brazilian consensus on photoprotection. *An Bras Dermatol*. 2014; 89 (6):1-74.
10. Mello FM, Melo G, Modolo F, Rivero ERC. Actinic cheillitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *Journal Oral Medicine and Pathology*. 2019. 11(1): 62 – 69
11. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis*.2004;10: 212-216.

12. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007;36:575-580.
13. Cavalcante AS, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*. 2008;66:498-503.
14. Cohen JL. Erbium laser resurfacing for actinic cheilitis. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2013. 12(11):1290-92.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*, 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2009:407
16. El-Naggar AK, Chan J, Takata T, Grandis J, Blootweg P. *WHO Classification of Tumors, Pathology and Genetic of Head and Neck Tumors*, 4th edn. Lyon, France: IARC Press; 2017
17. Mehanna HM, Rattay T, Smith J, McConkey CC. Treatment and follow up of oral dysplasia – a systematic review and meta-analysis. *Head Neck*. 2009.31: 1600 – 09 .
18. Lopes ML, Silva Júnior FL, Lima KC, Oliveira PT, Silveira E. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2015. 90 (4): 505-12
19. Savage NW, McKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010. 55: 78-84
20. Murphy CT, Galloway TJ, Handorf A, et al. Survival impact of increasing time to treatment initiation for patients with head and neck cancer in the United States. *J Clin Oncol*. 2016. 34: 169-78
21. Choi SH., Kim KH., & Song KH. . Efficacy of ablative fractionallaser-assisted photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis: 12-month follow-up results of a prospective, randomized, comparative trial. *The British Journal of Dermatology*. 2015; 173(1):184–191.
22. Suárez-Pérez JA, López-Navarro N, Herrera-Acosta E, Aguilera J, Gallego E, Bosch R, & Herrera . Treatment of actinic cheilitis with methyl aminolevulinate photodynamic therapy and light fractionation: A prospective study of 10 patients. *European Journal of Dermatology*. 2015. 25(6): 623–624.
23. Castiñeiras I, Del Pozo J, Mazaira M., Rodríguez-Lojo R, & Fonseca E. Actinic cheilitis: Evolution to squamous cell carcinoma after carbon dioxide laser vaporization. A study of 43 cases. *The Journal of Dermatological Treatment*. 2010. 21(1): 49–53

24. Satorres Nieto Nieto M., Gargallo Albiol J, & Gay Escoda C. Surgical management of actinic cheilitis. *Medicina Oral*. 2001. 6(3):205–217.
25. Vilella GM. Queilite Actinica – Revisão de literatura. [Monografia]. Minas Gerais:UFMG; 2011. 38p. Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Imagem clinica inicial.....	11
FIGURA 2. Imagem clinica após a exodontia dos elementos dentários 31 e 41.....	11
FIGURA 3. Fragmento de mucosa bucal revestido por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico em continuidade com o epitélio odontogênico crevicular estratificado pavimentoso desorganizado por extensa exocitose. Na superfície observam-se aglomerados microbianos planctônicos. Tecido conjuntivo subjacente apresentando intenso infiltrado inflamatório mononuclear predominantemente linfocitário.....	12
FIGURA 4. Tecido conjuntivo, não relacionado ao epitélio da mucosa e sulco periodontal, apresentando infiltrado inflamatório mononuclear. Presença de trabéculas ósseas viáveis em processo reabsortivo inflamatório.....	12
FIGURA 5. Lesão nodular normocrômica em região de ventre lingual.....	13
FIGURA 6. Lesão maculosa leucoplásica em região de vermelhão de lábio inferior..	13
FIGURA 7. Biópsia excisional da lesão nodular localizada em ventre lingual.....	13
FIGURA 8. Biópsia incisional da lesão leucoplásica localizada em lábio inferior.....	13
FIGURA 9. Predomínio de células de Schwann, frouxamente organizadas, associadas a capilares congestos e presença de tecido adiposo com aspecto de normalidade.....	14
FIGURA 10. Epitélio estratificado pavimentoso, ortoqueratinizado hiperplásico com hipergranulose, acantose, aumento das camadas parabasais, com eventuais mitoses atípicas	14
FIGURA 11. Imagem clinica da lesão leucoplásica maculosa em lábio inferior	15
FIGURA 12 A e B. Pinçamento da artéria labial inferior para fins hemostáticos	15
FIGURA 13. Hemostasia da região do lábio inferior.....	15
FIGURA 14. Sutura da área excisionada.....	15
FIGURA 15. Tecido conjuntivo frouxo não modelado apresentando alteração basofílica da matriz extracelular compatível com elastose solar, com discreto infiltrado inflamatório mononuclear subepitelial.....	16
FIGURA 16. Histopatologia da biópsia excisional mostrando um epitélio estratificado pavimentoso hiperortoqueratinizado apresentando acantose, hiper Cromatismo parabasal, hipergranulose e numero aumentado de mitóticas típicas. Subjacente o tecido conjuntivo frouxo não modelado apresenta alteração basofílica de matriz compatível a elastose solar.....	16