

# QUEILITE ACTÍNICA: ASPECTOS CLÍNICOS E PREVALÊNCIA ENCONTRADOS EM UMA POPULAÇÃO RURAL DO INTERIOR DO BRASIL

## Ana Maria de Oliveira Miranda

Periodontista; Mestre em Odontologia pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy - Unigranrio; Doutoranda em Patologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF. E-mail: ana-maolim@uol.com.br

## Thiago de Miranda Ferrari

Cirurgião dentista pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: ferrari\_thiago05@hotmail.com

## Terezinha Lisieux Lopes Calandro

Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF; Doutoranda em Patologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF. E-mail: terezinha.lisieux@int.gov.br

**RESUMO:** O carcinoma de células escamosas (CCEO) representa aproximadamente 90% de todas as lesões malignas da boca e em alguns casos pode ser precedido por distúrbios potencialmente malignos, sendo uma delas a queilite actínica (QA). O diagnóstico precoce destas lesões e intervenção em estágios precoces constituem chaves para redução da mortalidade e morbidade. O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo de prevalência de QA em 1539 indivíduos de uma população rural que ficavam expostos ao sol no trabalho em uma usina de cana-de-açúcar e o apontamento das principais alterações clínicas encontradas nas lesões de QA. O grupo controle constou de 150 indivíduos da mesma usina que não trabalhavam expostos ao sol, nos quais não foi observado nenhum caso de QA. Foram encontrados 141 (9,6%) casos de QA, sendo 106 indivíduos do sexo masculino e 36 do feminino, dos quais 128 eram brancos, e quanto maior foi o tempo de exposição mais casos de QA foram observados. Quanto às principais alterações encontradas, a presença de fissuras, alterações de cor, ressecamento, aspereza e descamação foram as mais presentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Queilite Actínica; Sol; Distúrbio Potencialmente Maligno.

## ACTINIC CHEILITIS: PREVALENCE AND CLINICAL ASPECTS FOUND IN A RURAL POPULATION IN THE INTERIOR OF BRAZIL

**ABSTRACT:** Squamous cell carcinoma (SCC) constitutes approximately 90% of malignant lesions of the mouth and, in some cases, it may be preceded by potentially malignant disorders, such as Actinic Cheilitis (AC). Early diagnosis and intervention of the lesions reduces both mortality and morbidity. Current analysis comprises a study on AC predominance in 1539 subjects from a rural population in Brazil, constantly exposed to sun rays when working on a sugarcane plantation, and identifies the main clinical features of AC lesions. Control group consisted of 150 subjects working on the same plantation without being exposed to sun rays and with no AC lesions. Further, 141 (9.6%) cases of AC were detected, comprising 106 males and 36 females; 128 were white. It was reported that the greater their exposure to sun rays, the more AC cases were identified. The main alterations consisted of skin cracks, color changes, dryness, roughness and desquamation.

**KEYWORDS:** Actinic Cheilitis; Sun Rays; Potentially Malignant Disorders.

## INTRODUÇÃO

O câncer oral representa a quarta neoplasia maligna mais comum entre os homens e a sétima entre as mulheres (BRASIL, 2005). O CCEO em alguns casos é precedido por lesões consideradas premalignas (SCULLY; FÉLIX, 2006). O termo premaligna foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1997 como um tecido morfológicamente alterado em que o

câncer é mais fácil ocorrer do que nos tecidos aparentemente normais e em 2005 a OMS alterou este termo para “lesões epiteliais percussoras” (BARNES et al., 2005). A expressão “DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS” foi sugerida, em um workshop realizado pela OMS em 2005, em substituição à “lesão epitelial precursora” (WARNAKULA-SURIYA; JOHNSON; VAN DER WALL, 2007). As principais desordens potencialmente malignas são a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica.

No Brasil, o câncer de lábio assume importância especial, por se tratar de um país tropical, somando-se a isto o fato de sustentar em sua economia atividades nas quais os trabalhadores ficam expostos de forma continuada ao sol (SILVA et al., 2006). A literatura é unânime em afirmar que a exposição constante ao sol pode causar danos irreparáveis, principalmente se ocorrer de forma constante, nos horários de maior incidência dos raios solares e sem a devida proteção.

Uma das lesões causadas pela radiação solar é a queilite actínica (QA), desordem potencialmente maligna que afeta o vermelhão dos lábios (PISCASCIA; ROBINSON, 1987) sendo definida como uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios (COLEMAN; NELSON, 1996).

O diagnóstico da QA é baseado nos achados clínicos, histopatológicos e no histórico de exposição solar. O lábio inferior é o mais afetado, apresenta-se como área leucoplásicas associadas a áreas eritematosas, eventualmente erodadas, ulceradas ou com crostas, onde pode ocorrer sangramento (MANGANARO; WILL; POULOS, 1997). Inicialmente, os lábios apresentam-se ásperos e ressecados, depois aparecem estrias ou fissuras perpendiculares ao limite pele-vermelhão. Nos casos mais avançados é comum o edema difuso do lábio e o apagamento do limite dermatomucoso (LUNDEEN; LANGLAIS; TEREZHALMY, 1985).

Geralmente é assintomática, mas pode haver, com a descamação persistente, sensação de secura, queimação, prurido e dor (CATALDO; DOKU, 1981). A QA pode apresentar-se na forma aguda, menos comum, relacionadas a episódios de intensa exposição ao sol, com presença de ulcerações, bolhas e crostas; geralmente é autolimitante e regride após cessar o agente etiológico (MANGANARO; WILL; POULOS, 1997) e na forma crônica que aparece devido à exposição solar de forma contínua, sendo esta a mais comum e encontrada principalmente depois da quinta década de vida (KAUGARS et al., 1999).

Segundo a OMS em 1997 ao exame histopatológico, a QA exibe um epitélio escamoso do vermelhão do lábio que pode estar hiperplásico ou atrófico e uma maturação desorganizada, vários graus de ceratinização, atipia citológica e aumento da atividade mitótica. Graus variados de displasia epitelial podem ser encontrados. Infiltrado discreto de células inflamatórias crônicas está normalmente presente subjacente ao epitélio displásico. A ceratina pode acumular para formar uma placa superficial. O tecido conjuntivo de sustentação usualmente mostra degeneração basofílica de colágeno denominada elastose solar.

## OBJETIVOS

Diante dos riscos da QA evoluir para um CCEO e de uma grande tendência do aumento da área produtiva para o cultivo da cana-de-açúcar, devido ao interesse crescente na obtenção do etanol como biocombustível, e também ao aumento de buracos na camada de ozônio, torna-se importante o estudo dessas lesões. Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da QA entre os trabalhadores rurais que trabalham expostos ao sol em uma usina de cana-de-açúcar e fazer o levantamento das principais alterações encontradas clinicamente na QA.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A QA pode evoluir para o carcinoma de células escamosas oral (CCEO) (DOMANESCHI et al., 2003) e estima-se que 95% dos casos de câncer de lábio originam-se da QA (PIRES et al., 2001). O aparecimento de elevações sobre a lesão, áreas eritematosas, fissuras, ulceração e sangramento são sinais importantes de que provável cancerização esteja ocorrendo (TOMMASI, 1982). Há divergência quanto à necessidade de biópsia nos casos de QA, mas enquanto alguns autores são unânimes em afirmar que nos casos classificados clinicamente como moderados e severos há a indicação de biópsia, outros afirmam que como não há correlação entre a aparência clínica e a agressividade histológica, a biópsia é indicada em todos os casos, pois há grande risco de malignização (MANGANARO; WILL; POULOS, 1997). Comprovando este potencial, Markpoulos, Albanidou-Farmaki e Kayavis (2004) em um estudo com 65 casos de QA, onde todos os indivíduos eram brancos, observaram que 11 eram carcinomas de células escamosas.

Os fatores que influenciam o desenvolvimento da QA são a frequência da exposição aos raios solares, a intensidade dos raios solares e o grau de pigmentação cutânea (DOMANESCHI C. et al., 2003). Corso e colaboradores (2006) avaliaram 2432 prontuários de pacientes da Clínica de Estomatologia da PUCPR e encontraram 11 casos de QA, sendo que desses casos nove relataram intensa exposição solar.

Silva e colaboradores (2006) realizaram um estudo de prevalência de alterações labiais em 111 pescadores, com média de idade de 47 anos, dentre eles apenas três mulheres, onde encontraram 48 casos de QA, sendo 14 leves, sete moderadas e 27 severas. Indivíduos brancos representaram um total de 92,79%, e a presença de QA foi associada ao maior tempo de exposição ao sol.

Cavalcante, Anbinder e Carvalho (2008) realizaram um estudo em 29 pacientes com diagnóstico de QA, onde observaram que 72% dos indivíduos eram homens e 93% eram brancos. Dois desses pacientes apresentavam CCEO de lábio inferior. Desses 29 pacientes 100% apresentavam ressecamen-

to, atrofia foi encontrada em 72,41% dos pacientes, descamação em 65,52%, edema em 62,07%, eritema em 58,62%, ulceração em 58,62%, borrão da demarcação do vermelhão/pele em 58,62%, preguiamento evidente em 48,28%, manchas ou placas brancas em 41,38%, crostas em 34,48%, sintomas em 34,48%, áreas manchadas em 27,59% e áreas pálidas em 17,24% dos pacientes. Zanetti e colaboradores (2007) em uma avaliação de 420 indivíduos (215 mulheres e 205 homens) encontraram uma prevalência de 18,1% de QA, com predominância em indivíduos do sexo masculino (69,7%) e brancos (73,7%).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de prevalência de queilite actínica e o apontamento das principais alterações encontradas nessas lesões, junto aos trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar no interior do estado do Paraná, que ficavam 8 horas ou mais por dia expostos ao sol, sem proteção contra os raios solares que não seja o uso de boné. Foram examinados 1539 indivíduos de um total de 1950 trabalhadores, escolhidos de forma aleatória dentre aqueles que compareceram no Centro de Saúde da empresa, no período de agosto a setembro de 2008, para tratamento dentário, exames médicos periódicos, fisioterapia ou busca de medicamentos. O grupo controle foi constituído por 150 trabalhadores da mesma usina de um total de 1500 que nunca trabalharam expostos constantemente ao sol. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Unigranrio (protocolo 0029.0.317.000-08).

Palestras com esclarecimentos sobre o trabalho foram realizadas e a seguir os indivíduos preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, posteriormente foram entrevistados através de um questionário onde informaram nome, data de nascimento, sexo, naturalidade, cor da pele, se eram fumantes, quanto tempo trabalhavam sob o sol e tempo diário de exposição.

Os indivíduos com lesões suspeitas de QA foram reexaminados, em outro dia e local, fotografados e classificados quanto ao grau de severidade, baseado na classificação proposta por Silva *et al.* (2006), sendo QA leve quando há presença de ressecamento e descamação; QA moderada quando há presença de ressecamento e descamação mais severa, acompanhada de fissuras; e QA severa quando é notado o endurecimento do lábio, apagamento do limite dermatomucoso, ulcerações e crostas, além das alterações que ocorrem nos casos leve e moderado.

Em 43 portadores dos 141 que apresentaram QA foi feita uma avaliação das principais alterações clínicas presentes devido o desenvolvimento da QA, avaliando a presença ou não de aspereza, atrofia, descamação, edema, áreas eritematosas, úlceras, apagamento do limite dermatomucoso, fissuras, manchas ou placas brancas, crostas, alterações de cor e ressecamento. Foi questionado também se havia sintomatologia dolorosa.

Todos os exames foram realizados por um único examinador. Os dados obtidos eram anotados em uma ficha juntamente com a informação se eles próprios ou algum familiar

até segundo grau já tinham apresentado algum tipo de câncer. Depois de concluído o exame, aqueles que apresentavam QA clinicamente leve foram orientados para utilizarem medidas de prevenção e retornos periódicos para acompanhamento da lesão, enquanto aqueles que apresentaram QA clinicamente moderada ou severa foram encaminhados para biópsia e tratamento.

### 4 RESULTADOS

Do total de 1950 funcionários que tinham exposição ao sol, foram examinados 1539 indivíduos, sendo que 978 eram homens (63,54%) e 561 eram mulheres (36,46%), com idade média de 34,56 anos (DP = 9,50). Entre a população examinada 677 eram brancos (43,98%), 738 eram pardos (47,97%) e 124 eram negros (8,05%).

No grupo controle, dos 150 funcionários examinados, não foi encontrado nenhum caso de QA, independente de cor de pele, uso de tabaco e álcool, idade e sexo. Já, entre os trabalhadores rurais, dos 1539 indivíduos examinados, foram registrados 141 casos de QA (9,16%).

Em relação ao tempo total de exposição ao sol, 15 indivíduos (10,63%) tinham menos de 5 anos de exposição solar, 20 (14,18%) tinham de 5 a 10 anos de exposição e 106 (75,19%) tinham mais de 10 anos de exposição aos raios do sol (Tabela 1). A diferença entre o tempo de exposição de mais de 10 anos foi estatisticamente significante quando comparado com o tempo entre 5 e 10 anos ( $p < 0,001$ ) e com menos que 5 anos ( $p < 0,001$ ), em relação a presença de QA.

Tabela 1 Tempo total de exposição solar

	TOTAL	PORCENTAGEM
Menos de 5 anos	15	10,63%*
De 5 a 10 anos	20	14,18%**
Mais de 10 anos	106	75,19%

\* Quando comparado menos de 5 anos e mais de 10 anos de exposição ( $p < 0,001$ )

\*\* Quando comparado de 5 a 10 anos e mais de 10 anos de exposição ( $p < 0,001$ )

Quanto à cor da pele, 128 pessoas eram brancos (90,78%), 12 pardos (8,51%) e 1 negro (0,71%) (Tabela 2). A prevalência de QA em brancos, foi estatisticamente significante ( $p = 0,007$ ) quando comparada com não brancos (pardos e negros). Com relação ao sexo, 106 eram do sexo masculino (75,19%) e 35 do sexo feminino (24,82%) (Tabela 3), esta diferença da prevalência de QA entre homens e mulheres foi estatisticamente significante ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2 Prevalência de Queilite Actínica e raça

	TOTAL	PORCENTAGEM
Branco	128	90,78%*
Pardos	12	8,51%
Negros	1	0,71%

\* Estatisticamente significante quando comparado com não brancos

Tabela 3 Prevalência de Queilite Actínica com relação ao sexo

	TOTAL	PORCENTAGEM
Homens	106	75,18%*
Mulheres	35	24,82%

\*Estatisticamente significante quando comparado com sexo feminino

Do total de indivíduos com QA 35 eram fumantes (24,82%), 21 eram ex-fumantes (14,89%) e 85 eram não fumantes (60,29%).

Seguindo a classificação adotada por Silva e colaboradores (2006) para determinar o grau de severidade da QA, foram encontrados 39 casos de QA leve (27,65%) (figura 1), 57 casos de QA moderada (40,43%) (figura 2) e 45 casos de QA severa (31,92%) (figura 3).



Figura 1 Queilite actínica leve



Figura 2 Queilite actínica moderada



Figura 3 Queilite actínica severa

Correlacionando o tempo total de exposição com a severidade da lesão, foi observado que para aqueles 106 indivíduos que tinham mais de 10 anos de exposição, 18 apresentavam

grau leve (16,98%), 46 com grau moderado (43,4%) e 42 com grau severo (39,62%) (Tabela 4). Os casos de QA moderado e severo foram observados em maior número quanto maior era a exposição do indivíduo ao sol. Foi observada diferença estatisticamente significativa com relação à prevalência da severidade quando foram comparados os casos de QA leve com os demais graus de severidade da QA ( $p=0,009$ ) nos indivíduos que tiveram exposição ao sol por mais de 10 anos.

Tabela 4 Tempo de exposição em relação ao grau de severidade

	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL
Mais de 10 anos	18*	16,98%	46	43,4%	42	39,62%	106

\* Estatisticamente significante quando comparado indivíduos com mais de 10 anos de exposição para grau leve com os demais graus de severidade

Dos 141 indivíduos que eram portadores de QA, quarenta e três participaram da avaliação para o levantamento das principais alterações clínicas encontradas em QA, sendo que foram identificadas asperezas em 36 (83,72%) indivíduos, atrofia em 30 (69,8%), descamação em 38 (88,37%), edema em 22 (51,16%), áreas eritematosas em 28 (65,11%), úlceras em sete (16,27%), apagamento do limite dermatomucoso em 24 (55,81%), fissuras em 41 (95,34%), manchas ou placas brancas em oito (18,6%), crostas em 23 (53,49%), alteração de cor em 41 (95,34%) e ressecamento em 42 (97,67%) indivíduos (Tabela 5). Sendo considerada áreas eritematosas as áreas vermelhas similares à eritroplasia; fissuras como aumento da depressão quando há presença de um pregueamento mais acentuado; manchas ou placas brancas como áreas brancas bem delimitadas; e alteração de cor quando há manchas castanhas, áreas avermelhadas e/ou áreas esbranquiçadas. Nesses 43 indivíduos apenas sete (16,27%) acusaram sintomatologia dolorosa.

Tabela 5 Principais alterações clínicas encontradas

	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Aspereza	36	83,72
Atrofia	30	69,8
Descamação	38	88,37
Edema	22	51,16
Área eritematosa	28	65,11
Úlcera	7	16,27
Apagamento limite dermatomucoso	24	55,81
Fissura	41	95,34
Mancha/placa branca	8	18,6
Crosta	23	53,49
Alteração de cor	41	95,34
Ressecamento	42	97,67

Foi utilizado o teste Qui-quadrado para avaliação da presença de QA nos grupos teste e controle, bem como na avaliação de sexo, raça, grau de severidade, relação com o fumo e tempo de exposição no grupo teste. O nível de significância em 95% foi estabelecido. O programa usado foi o Primer of Biostatistic v.4.

## 5 DISCUSSÃO

QA é uma reação inflamatória, do lábio, considerada cancerizável, causada pela exposição aos raios solares (PEN-NINI; REBELLO; RAMOS E SILVA, 2000). Acomete mais homens, brancos, e ocorre, principalmente, após os 50 anos. Sua ocorrência é muito maior no lábio inferior (NEVILLE et al., 2004) causando descamação, ressecamento, fissuras, atrofia, ulceração, displasia, podendo evoluir para um carcinoma, principalmente para o CCEO (MARCUCCI, 1997). Embora seja uma lesão muito importante pela possibilidade de transformação maligna, é pouco conhecida, subdiagnosticada e pouco estudada, com isso, a dificuldade de saber sua prevalência e sua porcentagem de malignização (MARCUCCI, 1997).

A idade média dos pacientes que apresentaram QA neste trabalho foi de 37,4 anos, enquanto na literatura, encontramos como referência a 5ª década de vida (MARKOPOULOS; ALBANIDOU-FARMAKI; KAYAVIS, 2004; CORSO et al., 2006; ZANETTI et al., 2007; PONTES et al., 2005). Esta diferença pode ter ocorrido pelo fato de que a maioria dos trabalhadores eram jovens associado ao fato de que raramente alguém com mais de 60 anos conseguir trabalhar no corte de cana-de-açúcar. Houve uma diferença no número de homens e mulheres examinados (63,55% de homens), mas, mesmo assim, a proporção homem/mulher encontrada neste estudo (75% de homens), apresenta dados compatíveis com o trabalho de Corso et al (2006) e com o trabalho de Zanetti e colaboradores (2007). Outros estudos encontraram um número muito maior de homens, podendo ser por causa da natureza do trabalho, como é o caso de pescadores (SILVA et al., 2006).

Ao contrário de algumas pesquisas (MARKOPOULOS; ALBANIDOU-FARMAKI; KAYAVIS, 2004), nesta pesquisa foi diagnosticada QA não só em brancos, embora fossem a grande maioria, mas também em pardos e em um negro. Os brancos representavam 43% da população pesquisada. No trabalho realizado junto aos pescadores da Ilha de Santa Catarina foi encontrada uma proporção de 92,79% de QA em brancos (SILVA et al., 2006), resultado similar ao encontrado nesta pesquisa, 90% de brancos. Pontes e colaboradores (2005), na sua pesquisa, encontraram QA em 11 branco (91,6%) e 1 em negro. Zanetti e colaboradores (2007) encontraram QA em 73,7% em brancos na sua pesquisa.

Os efeitos maléficos do sol são acumulativos e por isso o tempo de exposição influencia na severidade das lesões de queilite actínica. Em nosso estudo os casos de QA moderados e severos foram observados em sua maioria naqueles indivíduos que tiveram uma exposição solar maior que 10 anos. Esses achados estão de acordo com os estudos de Corso e colaboradores (2006) e Silva e colaboradores (2006) que também observaram a importância do tempo de exposição para o aparecimento e severidade das lesões.

Não houve nenhum caso de QA sem a associação com exposição crônica aos raios solares. No grupo controle foi observado ausência de QA em todos os que participaram da pesquisa.

Em relação ao uso de tabaco e sua associação com a QA, sendo que 28,33% da população pesquisada fazia uso de algum tipo de fumo e na população que apresentou QA só 24,83% eram fumantes, proporção menor que na população geral, não foi possível relacionar um maior aparecimento de QA devido ao uso de tabaco. Corso e colaboradores (2006) encontraram 9,1% de fumantes entre os portadores de QA. Em algumas pesquisas foi possível encontrar até 60% dos pacientes com QA fazendo uso de tabaco (MARKOPOULOS; ALBANIDOU-FARMAKI; KAYAVIS, 2004).

Entre os trabalhadores rurais, foram encontrados 141 casos de QA, correspondendo a 9,16% da população pesquisada, enquanto que no grupo controle, nenhum caso foi encontrado, o que vai ao encontro de um estudo de prevalência da queilite actínica na Clínica de Estomatologia da PUC de Curitiba, entre 2432 prontuários de pacientes, foram encontrados onze casos de queilite actínica, correspondendo a 0,45% da população pesquisada (CORSO et al., 2006). Em um estudo com 118 homens com mais de 40 anos, habitantes de uma ilha do Mediterrâneo, 4,6% deles apresentavam QA (CAMPISI; MARGIOTTA, 2001). Zanetti e colaboradores (2007) encontraram a prevalência de 18,1% de QA entre a população pesquisada. Essa variação entre os trabalhos sobre a prevalência da QA pode ser explicada pelo tamanho das amostras, pelo tipo de população avaliada e pelos critérios de classificação da QA.

A maioria das descrições das alterações clínicas da QA que encontramos na literatura, não relata um levantamento quantitativo e tratamento estatístico. Nesse trabalho pudemos perceber que raramente há sintomatologia dolorosa nos quadros de QA (16,27%), um pouco diferente do encontrado por Cavalcante, Anbinder e Carvalho (2008) (34,48%). Foram encontrados como principais alterações clínicas da QA a aspereza, descamação, fissuras, alterações de cor e o ressecamento, o que não difere do encontrado por Cavalcante, Anbinder e Carvalho (2008). Outros aspectos que também são encontrados constantemente são a atrofia (69,8%), edema (51,16%), áreas eritematosas (65,11%), apagamento do limite dermatomucoso (55,81%) e crostas (53,49%). Mais raramente, mas ainda assim importante, são encontradas úlceras (16,27%) e mancha/placa branca (18,6%), nesse caso diferindo dos dados encontrados por Cavalcante, Anbinder e Carvalho (2008); no caso da úlceras essa diferença pode ser devido ao momento em que foi feito o exame clínico pois a maioria das úlceras se abrem e se fecham com frequência.

A literatura afirma que o monitoramento das lesões possíveis de malignização é uma necessidade podendo mesmo diminuir a necessidade de biópsias (GOLDSTEIN, 2001; CALANDRO et al., 2009). Esta afirmativa pode ser confirmada no estudo realizado por Calandro e colaboradores (2009), ao utilizar a videoscopia (exame realizado com uma vídeo câmara oral), que através da amplificação, captura, processamento e armazenamento de imagens, possibilitou posterior acesso e comparação das imagens em diferentes datas. Este recurso resultou na visualização de detalhes não observados na oroscopia simples, orientou a melhor área de biópsia e sugeriu a não indicação para biópsia em alguns casos.

A prevalência de 9,16% de QA nesta população, índice

alto comparado à população em geral, é um fato que gera preocupação devido ao potencial de malignização desta lesão. Este resultado associado com o aumento no número de casos de câncer de pele devido aos buracos na camada de ozônio juntamente com o aumento no número de trabalhadores rurais nessas áreas de plantio de cana-de-açúcar pelo incremento no consumo do etanol como biocombustível, gera uma preocupação e leva-nos a uma conscientização da necessidade de procurar meios de prevenção para que setor da sociedade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de queilite actínica na população estudada foi de 9,16%, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e brancos. Quanto maior o tempo de exposição solar, maior o número de indivíduos apresentaram QA, e com lesões mais severas. As alterações clínicas mais constantemente encontradas foram aspereza, descamação, fissuras, alterações de cor e ressecamento.

## REFERÊNCIAS

- BARNES, L. et al. **Pathology & genetics of head and neck tumours**. Lyon: IARC Press, 2005. (World Health Organization Classification of Tumours).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa/2006 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2005
- CALANDRO, T. L. L. et al. A utilização da videoroscopia na investigação de lesões orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 66, n. 2, p. 170-176, 2009.
- CAMPISI, G.; MARGIOTTA, V. Oral mucosa lesions and risk habits among men in an Italian study population. **J. Oral Pathol Med.**, v. 30, n. 22, p. 8, 2001.
- CATALDO, E.; DOKU, H. C. Solar cheilitis. **J. Dermatol Surg Oncol**, v. 7, p. 989-995, 1981.
- CAVALCANTE, A. S. R.; ANBINDER, A. L.; CARVALHO, Y. R. Actinic Cheilitis: clinical and histological features. **American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 66, p. 498-503, 2008.
- COLEMAN, C. G.; NELSON, J. F. **Princípios de diagnóstico bucal**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1996.
- CORSO, F. M. et al. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. **Clin. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 227-281, abr./jun. 2006.
- DOMANESCHI, C. et al. Queilite actínica: associação entre radiação actínica e trauma. **RGO – Revista Gaucha de Odontologia**, v. 51, n. 2, p. 101-104, abr./maio/jun. 2003.
- GOLDSTEIN, E. R. Intraoral camera helps predict and prevent tooth loss. **Texas Dental Journal**, p. 235-238, April 2001.
- KAUGARS, G. E. et al. Actinic cheilitis. A review of 152 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 88, p. 181-186, 1999.
- LUNDEEN, R. C.; LANGLAIS, R. P.; TEREZHALMY, G. T. Sunscreen protection fot lip mucosa: a review and update. **J. Am Dent Assoc.**, v. 111, p. 617-621, 1985.
- MANGANARO, A. M.; WILL, M. J.; POULOS, E. Actinic Cheilitis: a premalignant condiction. **Oral Med.**, v. 12, p. 54-59, 1997.
- MARCUCCI, G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal. **Rev. Paulista de Odontol.**, v. 22, n. 2, mar./abr. 1997.
- MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAY-AVIS, I. Actinic Cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Disease**, v. 10, p. 212-216, 2004.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e máxilofacial**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.
- PENNINI, S. N.; REBELLO, P. F. B.; RAMOS E SILVA, M. Queilites. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 78, n. 6, p. 104-110, 2000.
- PIRES, F. R. et al. Queilite actínica: aspectos clínicos e preventivos. **Rev. Da APCD**, v. 55, n. 3, p. 200-203, 2001.
- PISCASCIA, D. D.; ROBINSON, J. K. Actinic cheilitis: A review of the etiology, defferencial diagnosis and tratment. **J. Am Acad Dermatol**, v. 17, p. 255-264, 1987.
- PONTES, H. A. R. et al. Imunoexpressão da proteína de reparo hMSH2 em queilite actínica e mucosa labial normal. **Rev. Brás. de Cancerologia**, v. 5, n. 1, p. 23-30, 2005.
- SCULLY, C.; FELIX, D. H. Oral medicine: update for dental practitioner: oral cancer. **Br Dent J.**, v. 200, p. 13-17, 2006.
- SILVA, F. D. et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, v. 21, n. 51, jan./mar. 2006.
- TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo, SP: Artes Médicas, 1982.
- WARNAKULASURIYA, K. A. A. S.; JOHNSON, N. W.; VAN DER WAL, L. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **J. Oral Pathol Med**, v. 36, n. 10, p. 575-580, 2007.
- ZANETTI, R. et al. Prevalence of actinic cheilitis in an oral health campaign in the city of Campinas, SP. **J. of Applied Oral Science**, v. 15, p. 4, jul./ago. 2007.

Recebido em: 10 Outubro 2010

Aceito em: 16 Fevereiro 2011