



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. sept.-diciembre, 2001; 5(2): 31-37

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de la queilitis actínica en 30 pacientes

Behavior of actinic cheilitis in 30 patients

María E. Marimón Torres¹, Xiomara González González², Alfredo Ferro Rodríguez³, Elsa Lidia Gutiérrez Gutiérrez⁴, Marcos A. Pozo Portierra⁵.

¹Especialista de II Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. ²Especialista de II Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. ³Especialista de II Grado en Cirugía Máxilo Facial. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Prótesis estomatológica. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

⁵Estomatólogo general. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo de 30 pacientes en el Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en los años 1999 y 2000, cuyo diagnóstico presuntivo era queilitis actínica con predominio en hombres blancos de mediana edad de procedencia rural que trabajan en el campo. El cuadro clínico más frecuente fue ardor, quemazón, eritemas, grietas, sangramientos y ulceraciones. Se realizaron estudios microbiológicos cuyos gérmenes resultantes en los cultivos positivos fueron *Candida albicans* y *estafilococos coagulasa*. El tratamiento impuesto fue médico quirúrgico. Se realizó biopsia excisional en 12 pacientes corroborándose el diagnóstico de queilitis en 11 y uno resultó ser un carcinoma escamoso.

Descriptor DeCS: QUEILITIS/ diagnóstico.

ABSTRACT

A prospective study in 30 patients was carried out between 1999-2000 at Abel Santamaría Cuadrado General Hospital, Pinar del Río. The presumptive diagnosis was actinic cheilitis prevailing in middle age white men that work as farmers. The most frequent clinical findings were burning, erythemas, chaps, bleeding and ulceration. Microbiological studies showed positives cultures resulting in *Candida albicans* and *Staphylococcus coagulase*. Surgical management was the elected treatment. The excisional biopsy was performed in 12 patients, being proved the cheilitis diagnosis in 11 patients and squamous cell carcinoma in 1 patient.

Subject headings: CHEILITIS/diagnosis

INTRODUCCIÓN

La queilitis actínica es una reacción inflamatoria aguda por una exposición exagerada al sol, se puede acompañar de dermatitis y como estas, comienza generalmente con eritema, seguida por edema, formación de vesículas y en ocasiones hemorragias, cuando las vesículas se rompen escapa el contenido, formando falsas membranas que pueden ir desde un color amarillento hasta rojizo, según el contenido de los elementos sanguíneos. Las personas de piel blanca son más susceptibles a padecer esta afectación; por otra parte se plantea que puede existir aclimatación de aquellas personas que generalmente laboran a la intemperie.¹

Las queilitis actínicas pueden sufrir transformaciones malignas hacia carcinomas escamosos del labio.²⁻⁵ En cuanto al tratamiento este incluye la vitaminoterapia, las cremas antiinflamatorias, fundamentalmente de tipo esteroideo, protectores solares, quimioterapias de uso tópico, criocirugía, medicina natural tradicional, láser, cirugía convencional, entre otros.⁵⁻¹¹

Por nuestro clima, soleado todo el año, la incidencia de pacientes con queilitis en las consultas de cirugía maxilofacial es elevada, motivo que nos inspiró para hacer un trabajo en el que pudiéramos constatar el comportamiento en nuestro medio de

esta entidad en aspectos tales como: edad, sexo, color de la piel, ocupación, procedencia, presencia de microorganismos sobre añadidos, ubicación, antecedentes patológicos personales (APP), hábitos tóxicos, crisis anteriores y estudios histológicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de pacientes atendidos en una consulta de máxilo facial en los años 1999 y 2000, cuyo diagnóstico era queilitis actínica. La muestra total quedó constituida por treinta pacientes seleccionados por método aleatorio simple y los mismos fueron asignados a los siguientes grupos según su edad:

- Primer grupo: Los pacientes comprendidos en las edades entre 16 y 34 años.
- Segundo grupo: Los pacientes comprendidos en las edades entre 35 y 54 años.
- Tercer grupo: Los pacientes mayores de 55 años.

A todos se les realizó encuestas en la cual se recogían los siguientes datos: Edad, sexo, color de la piel, procedencia (urbana o rural) por municipios y ocupación, antecedentes patológicos personales y presencia de hábitos tóxicos, ubicación de la lesión, cuadro clínico y crisis anteriores, estudios microbiológicos (micológico y bacteriológico), tratamiento y estudio histológico.

A los pacientes les fue informado que serian objeto de un estudio científico para conocer como se comportaba tal enfermedad en nuestro medio. Se solicitó por escrito su autorización para participar en el mismo, explicándoseles que podrían abandonarlo en cualquier momento en que así lo solicitasen.

Los datos obtenidos se llevaron a tablas estadísticas obteniendo los resultados que fueron discutidos y comparados con la literatura revisada.

RESULTADOS

De los 30 pacientes con queilitis actínica, 26 pertenecían al sexo masculino y 4 al femenino, con respecto al color de la piel el 96,6 % fueron de raza blanca y 3,4 % de raza negra.

En cuanto a la procedencia y ocupación observamos que 16 pacientes fueron campesinos expuestos al sol (representando un 53,3 %), 3 jubilados de procedencia rural (13,4 %) y el resto de otras categorías, de los cuales 4 vivían en zonas rurales (23,3 %).

Al analizar el grupo de edades constatamos que en el primer grupo, comprendido entre 16 y 34 años se ubicaron 7 pacientes, en el segundo de 35 a 54 se detectaron 13 pacientes, que representó el mayor porcentaje y en el tercero, mayores de 55 años, hubo 10 pacientes.

A la anamnesis obtuvimos que 12 pacientes eran fumadores, 6 portadores de prótesis, 10 referían ingerir bebidas alcohólicas, 5 tenían sepsis bucal, 4 padecían de algún trastorno digestivo y uno era hemofílico.

Solo 5 pacientes no referían ningún APP ni habito tóxico. Con relación a los signos y síntomas se constató que se agudizaban las crisis en invierno y en personas

expuestas al sol, el cuadro clínico predominante fue ardor, quemazón, eritema que puede alterar con zonas blancas, grietas, ulceraciones, sangramientos y costras. Con respecto al inicio de las alteraciones tenemos que 21 pacientes refieren haber hecho crisis anteriores, algunos con años de por medio, el labio anterior fue afectado en 30 pacientes, solo en 4 fue involucrado también el labio superior y en 2 se tomaron las comisuras (queilitis angular), la piel del mentón fue tomada junto con el labio inferior en un paciente.

A 16 pacientes (53,3 %) se les realizó estudio microbiológico, de ellos 5 resultados negativos, en el 5 el micológico fue positivo, con presencia de *Candida albicans* y de los bacteriológicos 6 tuvieron crecimiento de *Estafilococo coagulasa+*. En cuanto a la terapéutica utilizada, las vitaminas estuvieron indicadas en todos los casos así como las cremas esteroide; aunque esta última aplicada sola no fue satisfactoria en 4 pacientes. En estos casos se les aplicó ungüento epidermizante y/o antibióticos y en los casos con candidiasis sobreañadida se administró la nistatina con buena evolución.

En 12 pacientes (40 %) la enfermedad se tornó tórpida llegando al tratamiento quirúrgico convencional (decorticación del labio) a los que se les realizó estudio histológico cuyos resultados fueron queilitis actínica en 11 pacientes y un diagnóstico resultó ser un carcinoma escamoso de labio inferior el cual fue intervenido aplicando la técnica quirúrgica correspondiente al diagnóstico obtenido.

DISCUSIÓN

El sexo masculino es más susceptible a padecer lesiones bucales de tipo premaligno y maligno por estar expuesto a los factores de riesgo, y la queilitis actínica no es una excepción. En nuestro trabajo el comportamiento por sexo se corresponde con esta realidad, pues el 86,6 % de los pacientes son hombres y si lo relacionamos con el factor etiológico, que es la acción de los rayos solares^{3, 5, 10} sobre todo válido para las personas de piel muy blanca^{1,4} en el momento en que tomaron las muestras para nuestro trabajo solo había un paciente de raza negra, lo encontramos muy lógico, pues los hombres suelen estar más expuestos al sol que las mujeres y en el presente trabajo se cumple esto a que de los 26 hombres, 16 eran campesinos; las otras ocupaciones aunque no se relacionan con exposición solar eran personas que vivían en zonas rurales las que necesariamente se exponen bastante al mismo.

Las cuatro mujeres son amas de casa que vivían en el campo, solamente hay 3 personas (3 hombres) que no trabajan directamente al sol y viven en zonas urbanas.

Respecto a los grupos de edad, predominaron los pacientes comprendidos entre los 35 y 54 años, lo cual coincide con otros autores y que suponemos sea porque en este grupo es mayor la efectividad física y por tanto la exposición al sol, así como a otros posibles factores de riesgo como son ingestión de bebidas alcohólicas y tabaquismo,¹²⁻¹³ se practiquen con mayor frecuencia e intensidad.

Con estos hallazgos es oportuno señalar que en el 83,0 % de los pacientes se recoge uno o más APP y/o hábitos tóxicos y que de algún modo estos pueden actuar como factores de riesgo, ya sea desencadenando o exacerbando la enfermedad, como puede suceder con el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, por otra parte la sepsis bucal, factor crónico irritante y los trastornos digestivos, que muchas veces provocan síntomas bucales pueden influir en la presencia de queilitis.¹⁴⁻¹⁶

La sintomatología y signos predominantes son los mismos que otros autores refieren ^{1, 15} las crisis se agudizan en invierno, pensamos que por el aire se resecan los labios, haciéndolos más susceptibles y con respecto a la ubicación es razonable que haya sido afectado en todos los pacientes, ya que por su posición anatómica está expuesto a las radiaciones solares.¹⁷

Esto nos hace plantear que el pronóstico, en cuanto a la incidencia de la enfermedad, es un tanto desalentador, por el hecho planteado por los científicos del incremento de la acción de los rayos ultravioleta sobre la vida terrestre debido a la continua destrucción de la capa de ozono.¹⁸

Consideramos significativo que solo 5 de los 16 cultivos realizados fueron negativos, lo que nos hace plantear que un número elevado de pacientes, a los que se les diagnosticó queilitis se les sobre añade un proceso séptico, y como es de esperar, los gérmenes predominantes son la Candida Albicans y el Estafilococo coagulasa+. A 12 pacientes cuya evolución se le tornaba tórpida a pesar del tratamiento impuesto y cuyas crisis se repetían con intervalos muy cortos se les realizó estudio histológico a través de biopsias excisionales y hubo un paciente en que el diagnóstico informado fue un carcinoma escamoso, lo que corrobora lo planteado por otros autores que consideran esta entidad como un estado precanceroso.^{2, 5}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. pp. 121-130.
2. Santos JN. Ki-67 queilite actínica inmunohistochemical expression of cytokeratins CD 1, S-100. p 53, p 21, PCNA and Ki - 67 in actinie cheilitis. Sao Paulo: Amona, 2000. pp. 105.
3. Main JH, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. J Can Dent Assoc 1994; 60 (2): 113 - 6.
4. Lookinghill DP, Lookinghill GL, Loppard B. Actinis damage and skin cancerin abinos in northern Tanzania: findings in 164 patients enrolled in an outreach skin care program. J Am Acad Dermatol 1995; 35 (4): 653 - 58.
5. Kibariam MA, Hrura GJ. Nonmelanoma skin cancer. Risk, treatment options and tips on prevention. Postrad Med 1995; 98 (6): 39-40.
6. Fitzpatrick RE, Goldman MP, Ruiz Espararza J. Clinical advantage of the CO2 laser superpulsed mode. Treatment of verruca vulgaris, seborrheic, keratoses, lentiginos and actinic cheilitis. J Dermatol Surg Oncol 1994; 20 (7): 449-56.
7. Millares J, Barnadas MA, de Moragas JM. Cheilitis granulomatos treated with metronidazole. Dermatology 1995; 19 (3): 252-3.
8. Ishida CE, Ramos Silva M. Cryosurgery in oral lesions. Int J Dermatol 1998; 37(4): 283-85.

9. Holmkvist KA, Roenigk RK. Squamous cell carcinoma of the lip treated with mohs micrographic surgery: outcome at 5 years. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38 (6 pt-1): 960-6.
10. Wright K, Dufresne R. Actinis cheilitis. *Dermatol Surg* 1997; 23 (1): 15-21.
11. Mehregan DR, Mehregan DA, Pakiden S. Cheilitis due to treatment with simvastatin. *Cutis* 1998; 62 (4): 197-8.
12. Talamini R, Vecchia C, Levi F, Conti E, Favelo A, Frincheschi S. Cancer of the oral cavity and pharynx in non-smokers who drink alcohol and non-drinkers who smoke tobacco. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90 (24): 1901-3.
13. Wals PM, Epstein JB. The oral effects of smokiless tobacco. *J Can Dent Assoc* 2000; 66 (1): 22-25.
14. Omenos SS. Prevención del cáncer. En: Bennett JC, Plan F Cecil. *Tratado de Medicina Interna* 20ª ed. T-2 México: MC Graw- Hill Interamericana; 1996. pp.1158-60.
15. Fraumani JF, Hoover RN, Devesass S, Kinlen LD. Epidemiology of cancer. In: Devita VT, Hellman S, Rosanbert SA. *Cancer. Principles and practice of oncology*. 4ª ed. Philadelphia: LB. Lippincott Company; 1993. pp.150-81.
16. Cotron RS, Kumar V, Collins T. Robbins. *Patología estructural y funcional*. 6ª ed. Madrid: MCGraw-Hill Interamericana; 2000. pp. 789-807.
17. Eversole LR. *Patología bucal. Diagnóstico t tratamiento*. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1983. pp. 20-21.
18. Implicaciones médicas de la depleción de ozono en la atmósfera. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11(2):187.

Recibido: 23 de abril del 2001
Aprobado: 15 de septiembre del 2001

Dra. María E. Marimón Torres. Calle Rafael Morales No. 358 en/1ª y 2ª. Reparto Hermanos Balcón. Pinar del Río. Cuba.