



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANTÔNIO CARLOS EVANGELISTA DE ARAÚJO BONFIM**

**ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE QUEILITES ACTÍNICAS**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2012**

**ANTÔNIO CARLOS EVANGELISTA DE ARAÚJO BONFIM**

**ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE QUEILITES ACTÍNICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação  
em Odontologia da Universidade  
Estadual da Paraíba em  
cumprimento à exigência para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B713e            Bonfim, Antônio Carlos Evangelista de Araújo .  
                      Estudo Clínico e Histopatológico de Queilites  
                      Actínicas / Antônio Carlos Evangelista de Araújo Bonfim.  
                      – 2012.  
                      39 f. : il. color

                      Digitado.  
                      Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
                      Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro  
                      de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.  
                      “Orientação: Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy,  
                      Departamento de Odontologia”.

                      1. Queilite. 2. histopatologia. 3. lesões pré-  
                      cancerosas. I. Título.

21. ed. CDD 617.63

ANTÔNIO CARLOS EVANGELISTA DE ARAÚJO BONFIM

**ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE QUEILITES  
ACTÍNICAS**

Aprovado em 28 de novembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA:



---

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy  
(Orientador)



---

Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka  
(1º examinador)



---

Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves  
(2ª examinadora)

*Aos meus pais, por todos os sacrifícios feitos em prol do meu sucesso. Amo vocês incondicionalmente.*

*Aos meus avós, por sempre acreditarem que eu posso ir mais longe.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cada passo trilhado, pelos frutos colhidos do meu esforço, por ter me orientado em minhas escolhas e por todas as oportunidades que colocou em meu caminho.

Aos meus pais, por todo o apoio que me deram sempre que precisei e por estarem ao meu lado ao longo desta jornada que se encerra, assim como no começo da realização de um sonho. Dedico a vocês todos os meus êxitos.

Aos meus irmãos, Ícaro e Thiago, que tanto me ensinaram com as nossas diferenças e com quem sempre poderei contar.

Aos meus avós, Divani e Antônio, por sempre terem acreditado no meu potencial. O orgulho de vocês me motiva a crescer.

A minha tia Sandra, que plantou em mim os primeiros anseios de seguir por estes caminhos e a quem tenho como exemplo.

Aos amigos verdadeiros: Juliana Magalhães, Belisse Brandão, Ana Valesca, Daniel Araújo, Hugo Bezerra, Felipe Dantas, Yuri Sean, Victor Araújo, Caroline Alves e Juliana Porto. Cada um é essencial para mim. Obrigado por toda a paciência e por cada momento em que estiveram ao meu lado. Sucesso para todos!

Às companheiras de jornada: Belisse Brandão e Ana Valesca. Desejo a vocês todo o sucesso do mundo! Amo vocês!

A Juliana Magalhães, que sempre esteve ao meu lado quando precisei de um ombro amigo. Amizade eterna, Ju. Amo muito!

A Berenice Lopes, que tanto contribuiu com a minha formação e em quem encontrei tanto apoio e motivação, além de uma grande amiga.

A todos os profissionais com quem tive a honra de trabalhar no SESC, tendo cada um me enriquecido em conhecimento e me ensinado a lidar com os obstáculos da vida profissional.

A Francisco Jadson, por toda a ajuda que me deu neste trabalho. Torço muito por você!

Ao meu orientador, Gustavo Pina Godoy, por todas as oportunidades que me deu e por toda a paciência que teve comigo. Você contribuiu muito para o meu crescimento pessoal e profissional. Com certeza, tive a chance de aprender com o melhor! Muito obrigado!!!

Aos mestres que contribuíram para a minha formação, em especial: Sérgio, Rilva, Denise, Raquel, Kátia, Ana Flávia, Daliana, Jozinete, Pollianna, Criseuda, Maria Helena e Francineide. Obrigado por fazer parte da minha história!

Agradeço aos novos amigos e atuais companheiros de jornada por terem sido minha segunda família desde que nos conhecemos e por todo o apoio nos momentos de desespero.

Aos professores membros da banca avaliadora, Pollianna Alves Muniz e Cassiano Weege Nonaka, pela disponibilidade e por toda a atenção com detalhes que valorizam meu trabalho.

Agradeço especialmente a Bruno Schamber que, com toda a sua atenção e disponibilidade, embarcou comigo nesta empreitada e, em pouco tempo, ganhou a minha mais sincera admiração.

*“Você para a fim de ver o que te espera,  
Só uma nuvem te separa das estrelas.”*  
-Paulo Leminski



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Distribuição da amostra quanto às suas características individuais, Campina Grande, PB, 2012.

**Tabela 2:** Distribuição da amostra quanto às características clínicas e patológicas, Campina Grande, PB, 2012.

**Tabela 3:** Correlação entre aspectos clínicos e classificação histopatológica, Campina Grande, PB, 2012.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Aspecto clínico de queilite actínica no lábio inferior mostrando lesão mista, atrofia, erosão, fissuras e margens mal definidas do vermelhão do lábio. Imagem da pesquisa. Campina Grande, PB, 2012.

**Figura 2:** Aspecto clínico de queilite actínica no lábio inferior mostrando lesão mista, atrofia, erosão, crostas, fissuras e margens mal definidas do vermelhão do lábio em estágio mais avançado da lesão. Imagem da pesquisa. Campina Grande, PB, 2012.

**Figura 3:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo hiperortoceratose e elastose solar (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.

**Figura 4:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo displasia leve, projeções epiteliais e elastose solar (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.

**Figura 5:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo displasia moderada, elastose solar, projeções epiteliais e estratificação epitelial irregular (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**QA:** Queilite actínica

**LINCCO:** Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral

**UEPB:** Universidade Estadual da Paraíba

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**SISNEP:** Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

**CAAE:** Certificado de apresentação para apreciação ética

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**H/E:** Hematoxilina/Eosina

## SUMÁRIO

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                | <b>13</b>                             |
| <b>2 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>        | <b>14</b>                             |
| <b>3 RESULTADOS .....</b>                | <b>17</b>                             |
| <b>4 DISCUSSÃO .....</b>                 | <b>Erro! Indicador não definido.3</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>                  | <b>27</b>                             |
| <b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | <b>27</b>                             |
| <b>ANEXOS</b>                            |                                       |
| <b>APÊNDICES</b>                         |                                       |

## **ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO EM QUEILITES ACTÍNICAS**

### **RESUMO:**

**FUNDAMENTOS:** A queilite actínica é uma lesão pré-cancerizável que acomete o lábio, tendo como principal fator causal a exposição prolongada e crônica aos raios solares. As alterações clínicas da lesão incluem eritema, ceratose, atrofia, erosão, crostas e fissuras, infiltração e margens mal definidas do vermelhão do lábio. O aspecto histopatológico varia desde uma hiperkeratose até a displasia epitelial, que pode ser leve, moderada ou severa ou até um carcinoma *in situ*.

**OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo identificar as características clínicas e histopatológicas em uma série de 40 casos diagnosticados histopatologicamente como queilite actínica.

**MÉTODO:** Este foi um estudo de campo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo. Foram registrados dados a respeito da idade, gênero, ocupação, sintomatologia, histórico de exposição ao sol, uso de proteção solar, tabagismo, cor da pele, aspecto clínico e classificação histopatológica, os quais foram submetidos ao teste de Qui-Quadrado de Pearson, tendo como base os níveis de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**RESULTADOS:** Foi verificado que o gênero mais acometido foi o masculino, a faixa etária mais frequente foi entre a 50 e 60 anos, a ocupação mais presente foi a de agricultor e a cor da pele mais acometida foi a leucoderma. Da amostra, 85% apresentou histórico de exposição crônica ao sol, metade relatou uso de algum tipo de proteção e apenas 25% era tabagista. A principal apresentação clínica foi leucoplasia não ulcerada e no estudo histopatológico, as hiperkeratoses se fizeram mais presentes. Não foi possível correlacionar o grau de alteração tecidual verificada no diagnóstico histopatológico com as variáveis clínicas estudadas ( $p = 0,112$ ), o que mostra a importância de um diagnóstico precoce desta lesão.

**DESCRITORES:** Queilite; histopatologia; lesões pré-cancerosas.

**ABSTRACT:**

**BACKGROUND:** Actinic cheilitis is a pre-carcinogenic lesion that affects the lip, with the primary causal factor in chronic and prolonged exposure to sunlight. The clinical lesion includes erythema, keratosis, atrophy, erosion, crusting and cracks, seepage and ill-defined margins of the lip vermilion. The histopathologic aspect varies from one hyperkeratosis to epithelial dysplasia which can be mild, moderate or severe or even a carcinoma in situ.

**OBJECTIVE:** This study aimed to identify the clinical and histopathological features in a series of 40 cases histopathologically diagnosed as actinic cheilitis.

**METHOD:** This was an observational field study, transversal, descriptive and retrospective. We recorded data regarding age, gender, occupation, symptoms, history of sun exposure, use of sunscreen, smoking, race, clinical appearance and histopathological classification, which were tested using the chi-square test, based on the levels of significance of 5% ( $p < 0.05$ ).

**RESULTS:** It was found that the most affected gender was male, the most frequent age was between 50 and 60 years, farmers and leucoderma patients were more affected. Of the sample, 85% had a history of chronic sun exposure, half reported using some type of protection and only 25% were smokers. The main clinical presentation was not ulcerated leukoplakia and histopathological study, the hyperkeratosis became more present. It was not possible to correlate the degree of tissue change observed in the histopathological diagnosis with clinical variables studied ( $p = 0.112$ ), which shows the importance of an early diagnosis of this injury.

**KEYWORDS:** Cheilitis; histopathology; precancerous lesions.

## INTRODUÇÃO

A queilite actínica (QA) é uma condição de natureza inflamatória e com potencial de malignização que acomete o lábio, causada pela exposição prolongada e crônica aos raios solares. As lesões são geralmente assintomáticas, podendo apresentar-se clinicamente como lesões brancas, vermelhas ou brancas com áreas vermelhas e também ulceradas.<sup>1</sup>

A taxa de malignização é estimada por alguns trabalhos e varia de 10 a 20%. Stanley e Roenigk<sup>2</sup> encontraram uma taxa de transformação maligna variando de 18 a 20%, enquanto Warnock et al.<sup>3</sup> chegaram ao valor de 12%.

A QA possui uma maior ocorrência em indivíduos de pele clara, homens, e acima dos 50 anos de idade.<sup>4,5,6</sup> Os homens são mais acometidos devido ao fato de muitos trabalharem por longos períodos expostos ao sol sem proteção adequada. As mulheres, ao usarem batom, protegem os lábios, dificultando o aparecimento da lesão.<sup>7</sup> A associação com o fumo e consumo de álcool também tem sido ressaltada. A condição socioeconômica, estados de imunossupressão<sup>8</sup> e anormalidades genéticas como albinismo, síndrome de Rothmund-Thompson e Síndrome de Cockayne, xeroderma pigmentoso e Síndrome de Bloom também são consideradas na etiopatogênese da QA.<sup>9</sup>

O diagnóstico da QA é feito com base nas características clínicas. No entanto, a biopsia deve ser feita, principalmente quando a lesão é ampla, prurítica, sangrante, eritematosa, e geralmente endurecida.<sup>9</sup> Na histopatologia, pode-se ver que o dano se caracteriza, preferencialmente, pela degeneração basofílica das fibras colágenas. Devido à degeneração, a lâmina própria torna-se acelular e amorfa, com menos fibras elásticas e tecido vascular. Um infiltrado inflamatório que varia de moderado a intenso e

predominantemente mononuclear pode ser observado, assim como alterações que variam desde uma hiperqueratose até alterações epiteliais que inspiram maiores cuidados, como a displasia epitelial, que pode ser leve, moderada ou grave, ou mesmo um carcinoma *in situ*.<sup>10,6</sup> Na atipia epitelial, são observadas mudanças como estratificação epitelial irregular, hiperplasia da camada basal, aumento da relação núcleo citoplasma, pleomorfismo nuclear, hiperchromatismo nuclear, nucléolo aumentado, hiperqueratose e diminuição da adesão celular.<sup>7</sup>

O tratamento da QA pode ser realizado através de conduta cirúrgica ou não-cirúrgica. A terapêutica cirúrgica inclui a excisão, crioterapia, curetagem (com ou sem electrocauterização) e dermoabrasão, enquanto a não-cirúrgica pode variar desde aplicação tópica de medicamentos (5-fluoracil ou masoprocol), laserterapia (laser de CO<sub>2</sub>) até o uso tópico ou sistêmico de retinóides, bem como injeções intralesionais de interferon- $\alpha$ .<sup>11,12</sup> O acompanhamento por longos períodos deve ser realizado em todos os pacientes para quaisquer que tenham sido as medidas terapêuticas utilizadas, além da advertência para utilização de medidas protetoras contra a luz ultravioleta.

Devido ao potencial de malignização da QA, é essencial o diagnóstico precoce e acompanhamento de lesões, o que reforça a importância do presente estudo, que teve como objetivo identificar as características clínicas e histopatológicas em uma série de casos diagnosticados como QA, buscando fornecer subsídios para um melhor diagnóstico e estabelecimento do prognóstico.



## MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de campo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo. A população alvo do presente estudo foi constituída por todos os casos diagnosticados como QA na clínica da Liga de Combate ao Câncer Oral da Universidade Estadual da Paraíba no período compreendido entre outubro de 2008 a agosto de 2012. Para o presente estudo, foram incluídos casos que apresentaram o diagnóstico clínico de QA e que ao exame histopatológico apresentaram diagnósticos compatíveis com o diagnóstico clínico, tais como: hiperqueratose, displasia epitelial leve, moderada ou severa, ou carcinoma *in situ*. Ressalta-se que fizeram parte da amostra apenas aqueles pacientes que, uma vez cientes dos objetivos da presente pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os casos com material insuficiente nos blocos em parafina para avaliação histopatológica, bem como as lesões que clinicamente foram diagnosticadas como QA, mas que histopatologicamente corresponderam a um carcinoma micro-invasivo ou carcinoma de células escamosas, não compatibilizando, portanto com uma QA. Ademais, os pacientes que se opuseram à participação no presente estudo após conhecimento dos riscos e benefícios do mesmo não foram incluídos na amostra do mesmo. A amostra da presente pesquisa foi constituída por 40 casos com diagnóstico de QA atendidos na clínica anteriormente citada e que se enquadraram nos critérios de inclusão listados.

Para uma avaliação clínica, os dados inerentes aos casos que foram utilizados na presente pesquisa foram catalogados em uma ficha clínica específica, a qual foi estruturada exclusivamente para realização do presente estudo. Nesta ficha constaram as informações quanto ao sexo, idade, cor da pele, hábitos deletérios (fumo e exposição

solar) bem como forma de proteção dos pacientes à radiação ultravioleta. Quanto à lesão propriamente dita, foram registradas informações quanto à presença ou não de sintomatologia dolorosa, o aspecto clínico da lesão e o diagnóstico histopatológico da mesma (Apêndice 1).

Os espécimes com diagnóstico clínico compatível com a QA deveriam apresentar um dos seguintes diagnósticos histopatológicos: hiperqueratose, displasia leve, moderada ou grave, ou carcinoma *in situ*. O critério para diagnóstico das displasias foi descrito por Cavalcante, Anbinder e Carvalho<sup>13</sup>, onde foram observadas características compatíveis com atipia celular, destacando-se dentre elas o hiperchromatismo nuclear, perda de relação núcleo-citoplasma, mitoses atípicas, nucléolos proeminentes, hiperplasia da camada basal do epitélio, bem como perda de estratificação epitelial e disqueratose na superfície epitelial. Ao observar-se até 2 dessas alterações, foi emitido o diagnóstico de displasia leve. Para a displasia moderada deveriam estar presentes de 3 a 4 dessas alterações, e acima de 5 foi emitido o diagnóstico de displasia grave. Para o diagnóstico de carcinoma *in situ*, mais de 5 alterações deveriam estar presentes e por toda extensão do epitélio, respeitando-se a observação de não rompimento da membrana basal epitelial, que caracterizaria o carcinoma micro invasivo. A avaliação histopatológica foi procedida por um único avaliador previamente calibrado para esse fim.

Os dados foram analisados em ambiente Windows pelo programa SPSS 17.0 para realização de estatística descritiva e foram apresentados em tabelas e analisados quanto à sua significância estatística através dos testes de hipótese qui-quadrado de Pearson.

Este trabalho foi cadastrado no SISNEP sob número CAAE 0002.0.133.000-09 submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovada a sua execução (Apêndice A).

## **RESULTADOS**

### **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A análise das características clínicas da amostra apresentou como resultado os dados listados na Tabela 1, onde se pode observar que 82,5% dos pacientes eram do gênero masculino; 75% eram leucodermas; 37,5% eram agricultores e apenas 25% eram fumantes. A idade média apresentada foi de 54,5 anos, com desvio padrão de +- 15,75. Da amostra, 85% relataram exposição crônica ao sol e 50% relataram fazer uso de proteção solar.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra quanto às suas características individuais, Campina Grande, PB, 2012.

| <b>Característica Individual</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                      |          |          |
| Masculino                        | 33       | 82,5     |
| Feminino                         | 7        | 17,5     |
| Total                            | 40       | 100      |
| <b>Cor da Pele</b>               |          |          |
| Leucoderma                       | 30       | 75       |
| Feoderma                         | 10       | 25       |
| Total                            | 40       | 100      |
| <b>Ocupação</b>                  |          |          |
| Agricultor                       | 15       | 37,5     |
| Motorista                        | 5        | 12,5     |
| Eletricista                      | 2        | 5        |
| Pedreiro                         | 3        | 7,5      |
| Pescador                         | 1        | 2,5      |
| Borracheiro                      | 1        | 2,5      |
| Estudante                        | 1        | 2,5      |
| Aposentado                       | 6        | 15       |
| Outro                            | 6        | 15       |
| Total                            | 40       | 100      |
| <b>Tabagismo</b>                 |          |          |
| Sim                              | 10       | 25       |
| Não                              | 30       | 75       |
| Total                            | 40       | 100      |
| <b>Exposição Solar</b>           |          |          |
| Sim                              | 34       | 85       |
| Não                              | 6        | 15       |
| Total                            | 40       | 100      |
| <b>Proteção solar</b>            |          |          |
| Sim                              | 20       | 50       |
| Não                              | 20       | 50       |
| Total                            | 40       | 100      |

FONTE: Dados da Pesquisa

## RESULTADOS DA ANÁLISE CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA

Ao exame clínico, as lesões estudadas apresentaram-se com o aspecto leucoplásico, eritroplásico e com aspecto misto, sendo sintomáticas em 32,5% da amostra, conforme a tabela 2. Todos os casos acometeram o lábio inferior. Outras

características foram observadas, como margens mal delimitadas do vermelhão do lábio, eritema, atrofia, ceratose, erosão, crostas e fissuras (Figuras 1 e 2).

No estudo histopatológico, foram encontradas características típicas desse tipo de lesão, como hiperplasia da camada epitelial do vermelhão do lábio, maturação desordenada, atipia celular, graus variados de atividade mitótica e hiperqueratinização. O diagnóstico variou de hiperqueratose a displasia epitelial severa. A degeneração basofílica das fibras colágenas no tecido conjuntivo (elastose solar), comum em queilites actínicas, também foi observada, assim como a presença de infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear (Figuras 3, 4 e 5).

Para a análise do aspecto histopatológico das QAs, a amostra foi classificada, de acordo com o diagnóstico histopatológico em hiperqueratose, displasia leve, moderada e severa, conforme visto na Tabela 2. O aspecto de leucoplasia não ulcerada apresentou 10 casos de hiperqueratose, enquanto os aspectos de eritroplasia não ulcerada e misto apresentaram 5 casos cada, exibindo igual frequência de displasias leves. Em 5 lesões com o aspecto clínico de leucoplasia não ulcerada foram observadas displasias moderadas. Apenas uma lesão de aspecto clínico misto e uma de aspecto de erosão/ulceração apresentaram classificação histopatológica de displasia severa. Não foi possível estabelecer correlação estatisticamente significativa entre o aspecto clínico e a classificação histopatológica das QAs, uma vez que o valor de  $p$  encontrado foi igual a 0,112.

**Tabela 2:** Distribuição da amostra quanto às características clínicas e patológicas, Campina Grande, PB, 2012.

| <b>Característica</b>              | <b>n</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|----------|----------|
| <b>Sintomatologia dolorosa</b>     |          |          |
| Sim                                | 13       | 32,5     |
| Não                                | 27       | 67,5     |
| Total                              | 40       | 100      |
| <b>Aspecto clínico da lesão</b>    |          |          |
| Leucoplasia não ulcerada           | 19       | 47,5     |
| Eritroplasia não ulcerada          | 10       | 25       |
| Erosão/ulceração                   | 1        | 2,5      |
| Aspecto misto                      | 10       | 25       |
| Total                              | 40       | 100      |
| <b>Diagnóstico histopatológico</b> |          |          |
| Hiperkeratose                      | 20       | 50       |
| Displasia leve                     | 8        | 20       |
| Displasia moderada                 | 10       | 25       |
| Displasia severa                   | 2        | 5        |
| Total                              | 40       | 100      |

FONTE: Dados da pesquisa.

**Tabela 3:** Correlação entre aspectos clínicos e classificação histopatológica em número de casos, Campina Grande, PB, 2012.

| <b>ASPECTO CLÍNICO</b>           | <b>CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA</b> |                       |                           |                         |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
|                                  | <b>Hiperkeratose</b>                 | <b>Displasia leve</b> | <b>Displasia moderada</b> | <b>Displasia severa</b> |
| <b>Leucoplasia não ulcerada</b>  | 10 (52,6%)                           | 4 (21%)               | 5 (26,3%)                 | -                       |
| <b>Eritroplasia não ulcerada</b> | 5 (50%)                              | 2 (20%)               | 2 (20%)                   | 1 (10%)                 |
| <b>Aspecto misto</b>             | 5 (50%)                              | 2 (20%)               | 3 (30%)                   | -                       |
| <b>Erosão/ulceração</b>          | -                                    | -                     | -                         | 1 (100%)                |

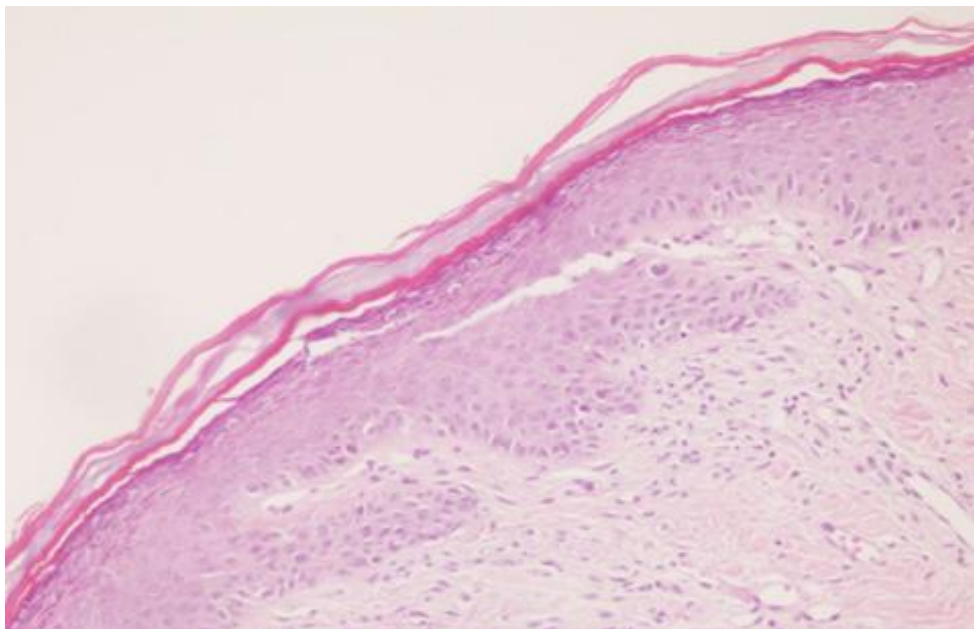
FONTE: Dados da pesquisa.



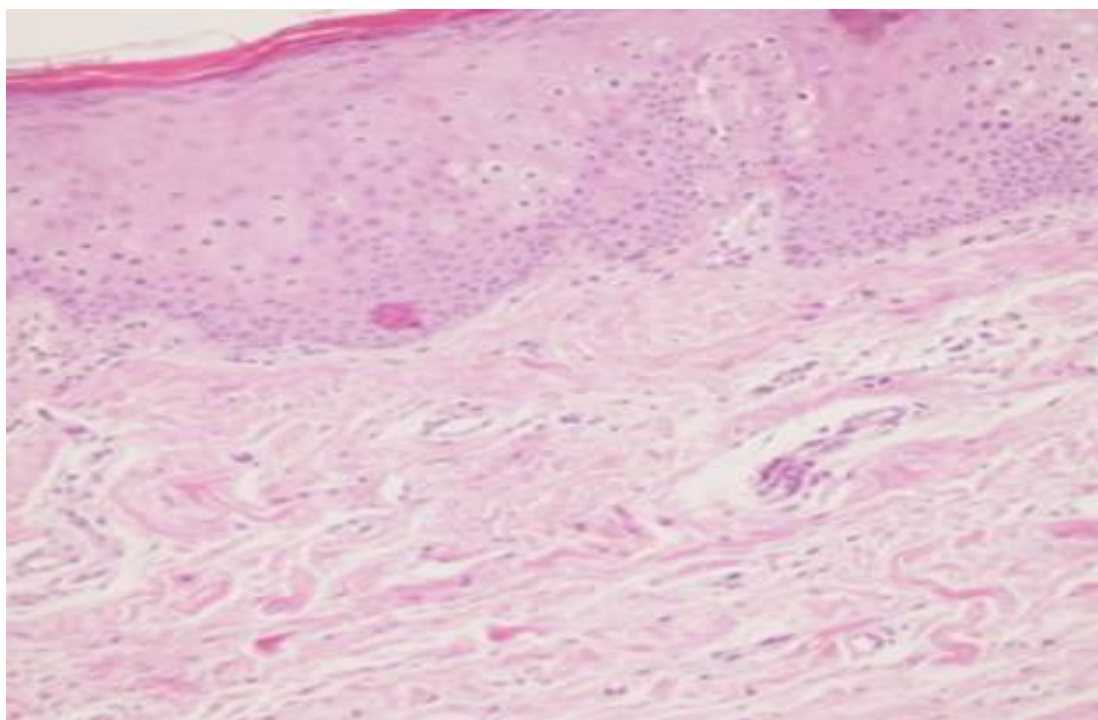
**Figura 1:** Aspecto clínico de queilite actínica no lábio inferior mostrando lesão mista, atrofia, erosão, fissuras e margens mal definidas do vermelhão do lábio. Imagem da pesquisa. Campina Grande, PB, 2012.



**Figura 2:** Aspecto clínico de queilite actínica no lábio inferior mostrando lesão mista, atrofia, erosão, crostas, fissuras e margens mal definidas do vermelhão do lábio em estágio mais avançado da lesão. Imagem da pesquisa. Campina Grande, PB, 2012.

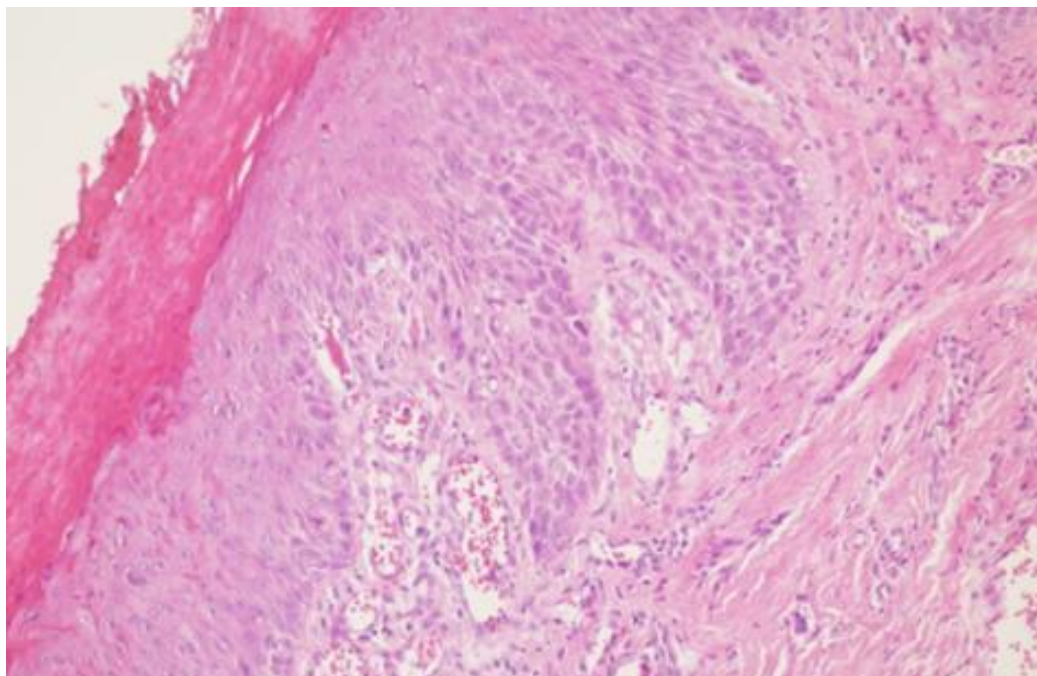


**Figura 3:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo hiperortoceratose e elastose solar (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.



**Figura 4:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo displasia leve, projeções epiteliais e elastose solar (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.





**Figura 5:** Queilite actínica: epitélio pavimentoso estratificado exibindo displasia moderada, elastose solar, projeções epiteliais e estratificação epitelial irregular (H/E, 100x). Campina Grande, PB, 2012.

## DISCUSSÃO

Algumas lesões são denominadas pré-malignas ou lesões precursoras do câncer por serem alterações teciduais capazes de assumir o caráter de tumor maligno com a evolução do tempo, mas que podem permanecer estáveis por um considerável período.<sup>2,6</sup> A QA é uma destas lesões com potencial de malignização e foi descrita pela primeira vez pelo dermatologista Dubrevilh, em 1886.<sup>7</sup> O principal agente etiológico é a exposição crônica à radiação solar. A transformação maligna pode ocorrer, ocasionando o carcinoma de células escamosas de lábio, que evolui lentamente e causa metástases tardiamente.<sup>14,1</sup>

A QA acomete predominantemente homens e possui uma maior ocorrência nos indivíduos da raça branca, em virtude da menor concentração do pigmento endógeno melanina, que confere proteção da pele e dos lábios contra os efeitos deletérios da radiação solar.<sup>7,1</sup> A questão ocupacional apresenta íntima relação com a lesão. Observa-se, por exemplo, que os trabalhadores que se expõem cronicamente ao sol são mais acometidos, destacando-se dentre estes os agricultores, pescadores, motoboys e guardas de trânsito.<sup>4,13</sup> No presente estudo, os dados concordam com a literatura consultada, pois a maior parte da amostra era de indivíduos leucodermas, do sexo masculino, agricultores e com histórico de exposição crônica ao sol.

Nesta pesquisa, todos os espécimes foram biopsiados do lábio inferior. Em relação à localização, a literatura mostra o lábio inferior como sendo o mais acometido, devido à maior exposição à incidência direta dos raios solares.<sup>5,15,16,17</sup> De acordo com a literatura, a faixa etária acima dos 50 anos de idade é a mais acometida, reforçando a constatação dos danos cumulativos da radiação solar. Este estudo encontrou idade média concentrada entre a 5ª e a 6ª décadas de vida, o que está de acordo com os achados de Markopoulos et al.<sup>5</sup>; Rojas et al.<sup>18</sup> e Piñera-Marques et al.<sup>19</sup>

Contrariamente aos achados do presente estudo no tocante à idade, no estudo de Da Silva et al.<sup>18</sup> não foi verificada associação significativa entre a faixa etária e a ocorrência da doença. Em relação ao gênero, o sexo masculino foi predominante e mostrou significância estatística em relação à ocorrência da doença.

A associação com o fumo também tem sido ressaltada. Jaber et al.<sup>19</sup> relataram que os fatores etiológicos de risco têm sido associados principalmente ao consumo de várias formas de tabaco e bebidas alcoólicas, que atuam sinergicamente, influenciando o desenvolvimento de displasia epitelial oral, apesar de o consumo de álcool ainda não ter

seu papel esclarecido. O tabagismo pode ser uma variável de confusão, pois pode facilitar o surgimento de leucoplasias que fazem diagnóstico diferencial com a QA. Para tais casos, é importante o relato de história de exposição ao sol por parte do paciente. A literatura consultada mostrou controvérsia em relação à associação do tabagismo ao curso QA. Corso et al.<sup>20</sup> encontraram 54,5% de fumantes em uma amostra de pacientes com a referida lesão, concordando com Markopoulos et al.<sup>5</sup>, que encontraram em torno de 60%. No estudo de Piñera-Marques et al.<sup>17</sup>, 38,4% dos pacientes avaliados eram fumantes. De forma semelhante a este último estudo, a presente pesquisa encontrou apenas 25% de pacientes tabagistas entre os indivíduos participantes do estudo.

A QA pode apresentar-se clinicamente como uma lesão localizada ou difusa, geralmente assintomática, que pode ter aspecto que varia desde uma placa esbranquiçada de espessura variável e áspera à palpação a uma lesão eritematosa com áreas de ulceração, podendo inclusive em algumas situações apresentar um aspecto misto, o qual exibe uma combinação de ambas as características. Em alguns casos, pode ser observada perda da linha de demarcação entre o vermelhão do lábio e a pele. O tecido da pele imediatamente abaixo do lábio se torna espesso resultando na perda da concavidade normal dessa área. Com o tempo esse espessamento se torna mais pronunciado, o eritema se torna mais evidente, a hiperqueratose se espessa e pequenas úlceras podem se formar e tornarem-se lentas na reparação.<sup>21,13,6</sup>

Em um estudo avaliando uma série de casos de QA, Cavalcante<sup>13</sup> observou características clínicas marcantes, sendo que o ressecamento se destacou em 100% dos casos. Markopoulos et al.,<sup>5</sup> em outra série de casos, obtiveram quase metade da amostra na categoria erosões/úlceras. Piñera-Marques et al.<sup>16</sup> obtiveram maior média de lesões com “aspecto labial variando de vermelho a branco”. O presente estudo encontrou

maior frequência do aspecto de leucoplasia não ulcerada, o que difere dos estudos anteriormente citados.

O aspecto histopatológico da queilite actínica pode variar de uma hiperkeratose até displasia epitelial leve, moderada ou severa ou até um carcinoma *in situ*.<sup>10,6</sup> A existência de displasia epitelial, mesmo que seja leve, indica aumento no risco e subsequente desenvolvimento para o câncer. Em nível de epitélio, as alterações microscópicas inicialmente são hiperkeratose, preferencialmente parakeratose, além de atrofia ou hiperplasia epitelial. Em um estágio mais avançado, esses achados são aumentados e a camada espinhosa torna-se mais espessa, e podem também ser encontradas pérolas de ceratina. Observam-se ainda, no tecido conjuntivo, algumas alterações importantes como a degeneração basofílica das fibras colágenas que é reconhecida como elastose solar. Nessa alteração verifica-se a substituição das fibras colágenas e elásticas por um material granular basofílico, amorfo e acelular que contém usualmente vasos sanguíneos dilatados. Um infiltrado inflamatório que varia de moderado a intenso e predominantemente mononuclear pode ser observado.<sup>4,5,21,6</sup>

Na presente pesquisa, o aspecto histopatológico mais observado foi a hiperkeratose, seguido de displasias epiteliais moderada, leve e severa, o que mostra um diagnóstico relativamente precoce das lesões. A maior frequência de hiperkeratose foi vista em lesões com aspecto de leucoplasia não ulcerada, apesar de ter sido a classificação histopatológica mais observada também nas lesões de aspecto misto e de eritroplasia não ulcerada. Displasias epiteliais moderadas foram mais encontradas nas lesões de aspecto clínico de leucoplasia não ulcerada, enquanto apenas 2 lesões classificadas histopatologicamente como displasia severa foram observadas especificamente nas lesões de aspecto de eritroplasia não ulcerada e de erosão/ulceração. Portanto, não foi possível estabelecer correlação entre a

caracterização clínica e a classificação histopatológica das lesões na amostra estudada ( $p>0,05$ ).

## CONCLUSÃO

Não foi possível correlacionar o grau de alteração tecidual verificada no diagnóstico histopatológico com os aspectos clínicos observados e é possível concluir que o aspecto clínico da lesão pode mascarar alterações teciduais em diversos estágios, inclusive os mais avançados e de maior risco para o paciente, o que traz à tona a importância de um diagnóstico precoce desta lesão, já que é mostrada na literatura como a principal alteração com potencial de malignização do lábio. Esta pesquisa mostra, portanto, que é imprescindível o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a QA para que se possa realizar correto diagnóstico e detecção de alterações clinicamente visíveis no epitélio labial em estágios iniciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira, EJD. et al. Lesões orais com potencial de malignização: Análise clínica e morfológica de 205 casos. **J Bras Patol Med Lab.** v.45, n.3, p.233-238. Jun. 2009.
2. Stanley, RJ; Roenigk, RK. Actinic cheilitis: treatment with the carbono dioxide laser. Mayo clinic proceedings. **Mayo Clinic**, v. 63, p. 230-235, 1988.
3. Warnock, GR et al. Evaluation of 5-fluor uracil in the treatment of actinic keratosis of the lip. **Oral Surgery**, v. 52, p.501-505, 1981.

4. Balassiano, KZ. **Estudo comparativo da expressão imuno-histoquímica das proteínas bcl-2, p53, caspase-3 e Ki67 em hiperplasias fibrosas inflamatórias, queilites actínicas e carcinomas de células escamosas no lábio inferior.** Niterói, Universidade Federal Fluminense, Mestrado em Patologia Buco-dental, 244p. 2004.
5. Markopoulos, A et al. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Dis**, v. 10, n.4, p:212-216, Jul, 2004.
6. Neville, BW et al. **Patologia Oral & Maxilofacial.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
7. Martins, MD et al. Quelite actínica: relato de caso clínico. **ConScientien Saúde**, São Paulo, v.6, n.1, p.105-110, 2007.
8. Okida, F et al. Estudo da prevalência de casos de câncer da pele: análise da eficácia da proteção solar na presença de lesões causadas por radiação UV em uma amostra da população. **An Bras Dermatol**, v. 76, n. 4, p. 403-12, jul./ago. 2001.
9. Fu, W.; Cockerell, CJ. The actinic (solar) keratosis: a 21st century perspective. **Arch Dermatol**, v. 139, n. 1, p. 66-70, Jan. 2003.
10. Cury, PR. et al. Signal transducer and activator of transcription-3 expression and activation is dysregulated in actinic cheilitis. **J Cutan Pathol**, v. 34, n. 8, p.606-611, Aug, 2007.
11. Dufresne, RG Jr et al. Dermabrasion for actinic cheilitis. **Dermatol Surg**, v.34, n.6, p.848-850, Jun, 2008.
12. Peres, FFG et al. A study of actinic cheilitis treatment by two low-morbidity CO<sub>2</sub> laser vaporization one-pass protocols. **Lasers Med Sci.** v.24, p. 375-385. 2009.
13. Cavalcante, AS, et al. Actinic cheilitis: clinical and histological features. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 66, n.3, p:498-503, Mar, 2008.
14. Pontes, HAR. Immunodetection of repair protein hMSH2 in actinic cheilitis and normal labial mucosa. **Rev. Bras. Cancerol.** v.51, n.1, p. 23-30, 2005.
15. Martínez, A. et al. Expression of apoptotic and cell proliferation regulatory proteins in actinic cheilitis. **J Oral Pathol Med**, v. 34, n.5, p: 257-262, May. 2005.

16. Rojas, IG et al. Actinic cheilitis: Epithelial expression of COX-2 and its association with mast cell tryptase and PAR-2. **Oral Oncol.** v.45, p.284-290, 2009. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.019.
17. Piñera-Marques, K et al. Actinic lesions in fishermen's lower lip: Clinical, cytopathological and histopathologic analysis. **Clinics.** v. 65, n.4, p.363-367. Apr. 2010.
18. Da Silva, UH et al. Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru – PE. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 10 (1) 79 - 83, jan./mar., 2011.
19. Jaber, MA et al. The role of alcohol in non-smokers and tobacco in non-drinkers in the aetiology of oral epithelial dysplasia. **Int. J. Cancer**, v.77, p.333-6, 1998 apud CAMPISI, G.; MARGIOTTA, V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in Italian study population. **J Oral Pathol Med**, v. 30, p. 22-8, 2001.
20. Corso, FM. Queilite actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. **Clin. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.2, n.4, p.277-281, abr./jun. 2006.
21. Bertini, F. **Análise clínico-histológica da queilite actínica:** uma abordagem interexaminadores e correlação de áreas atróficas e não-atróficas. 2004, 103f. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal, Área Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista. São José dos Campos, 2004.

## ANEXO I: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIAÇÃO ÉTICA

| Andamento do projeto - CAAE - 0002.0.133.000-09  |                     |                     |                       |                     |
|--|---------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Título do Projeto de Pesquisa<br>ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO E AVALIAÇÃO IMUNO-HISTOQUÍMICA DA PROTEÍNA Ki67 EM QUELLITES ACTÍNICAS |                     |                     |                       |                     |
| Situação   | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP   | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
| Aprovada no CEP  | 09/02/2009 17:25:05 | 27/10/2009 13:09:06 |                       |                     |
| Descrição  | Data                | Documento           | Nº do Doc             | Origem              |
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet  | 03/02/2009 23:55:33 | Folha de Rosto      | FR241453              | Pesquisador         |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)   | 09/02/2009 17:25:05 | Folha de Rosto      | 0002.0.133.000-09     | CEP                 |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP  | 27/10/2009 13:09:06 | Folha de Rosto      | 0002.0.133.000-09     | CEP                 |

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

  
Profª Dra. Duziléia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



## **ANEXO II: NORMAS DO PERIÓDICO ANAIAS BRASILEIROS EM DERMATOLOGIA**

### **Normas para apresentação dos originais**

#### *Desenvolvimento, elementos essenciais*

Os originais deverão ser encaminhados em disquete ou CD, em arquivo Word, fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, acompanhado de três cópias impressas em papel A4, em um só lado das folhas, com margens de 2 a 3 cm e páginas numeradas no canto superior direito.

Na página de rosto devem ser citados a seção a que se destina, o título completo do artigo (em português e em inglês), os nomes dos autores com respectivas abreviaturas, títulos acadêmicos máximos, a instituição a que estão vinculados e respectivas funções, o endereço completo do autor principal, seus telefones, fax do trabalho ou residência, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Deve ainda ser informada, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho. As pessoas que tenham contribuído substancialmente para o estudo, porém sem preencher critérios de autoria, podem ser citadas nos 'Agradecimentos', ao final do texto, para o que devem fornecer autorização escrita. A primeira página de texto deve incluir o título do artigo, omitindo a autoria e informações institucionais, a fim de que fique assegurado o anonimato, quando da avaliação.

Ao final do Resumo e do Abstract, devem ser indicados no mínimo três e no máximo 10 descritores (palavras-chave) e keywords, em português e inglês, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme 'Descritores em Ciências da Saúde' (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br/>, ou no Medical Subject Headings (MeSH), do Index Medicus, disponível no endereço: <http://www.nlm.nih.gov/meshhome.html>

#### *Referências Bibliográficas*

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e seguir as normas dos 'Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos' (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no Index Medicus, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da NLM 'List of Serials Indexed for Online Users', disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. É de responsabilidade do(s) autor(es) a exatidão das referências bibliográficas. Exemplos mais comuns:

Artigo de periódico  
Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7.

Se o artigo tiver vários autores, mencionar, no máximo, seis; havendo mais, citar os

seis primeiros, seguidos da expressão "et al".

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935:40-6.

Capítulo de livro  
Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese ou Dissertação  
Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Livro  
Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Site  
Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

No caso de uma referência existir somente na Internet, guardar sempre uma cópia impressa do arquivo, pois se a URL mudar ou for desativada, os leitores interessados poderão entrar em contato com o autor e solicitar uma cópia.

Uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, no endereço:  
[http://www.anaisdermatologia.org.br/instrucoes/sbd\\_anais\\_ref.pdf](http://www.anaisdermatologia.org.br/instrucoes/sbd_anais_ref.pdf)

### *Ilustrações*

Compreendem quadros, tabelas, gráficos e figuras, só se justificando sua inclusão quando servirem efetivamente para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por isso só serão aceitas até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

As ilustrações devem ser referidas no texto e numeradas, em seqüência própria para cada tipo, por algarismos arábicos, conforme a ordem de entrada no mesmo.

Imagens digitalizadas devem ser anexadas em disquete ou CD, sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".TIFF" ou ".JPG", com resolução mínima de 300 dpi, também acompanhado de três cópias impressas de cada ilustração.

### *Quadros, Tabelas e Gráficos*

Os quadros servem para a apresentação tabular de informações textuais, sem empregar dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo a apresentação de

resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados na forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ser impressos em folhas individuais ao final do texto, devem estar incluídos no disquete e ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se nos quadros e nas tabelas forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, é preciso obter permissão e informar. Autor, data e localização dos dados devem ser referidos.

### *Figuras*

Compreendem as demais formas de ilustração, incluindo principalmente fotografias e microfotografias.

Deverão ser encaminhadas três cópias das fotografias, sejam elas em papel ou diapositivo.

As fotografias em papel devem ter etiquetas coladas no verso, indicando seu número de ordem e determinando a posição correta, com seta e expressão "para cima". Não escrever diretamente no verso das fotografias, nem arranhar ou fazer vincos em sua superfície ao usar cliques. Não serão aceitos negativos das fotografias.

Os diapositivos devem ter, na moldura, identificação do seu número de ordem e marcação com um ponto vermelho no canto superior direito, indicando a posição correta da entrada no projetor.

As legendas das figuras, identificadas com a respectiva numeração, devem ser agrupadas e impressas em folha separada, além de incluídas no disquete. Para as microfotografias devem ser informadas a escala de aumento original e a técnica de coloração utilizada. Setas indicativas devem ter contraste adequado do fundo da fotografia.

Se uma figura já foi publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Exceção é feita para documentos de domínio público.

Se forem usadas fotografias de pacientes, estes devem ter a identidade resguardada; do contrário, devem ser acompanhadas de permissão, por escrito, para ser divulgadas (ver Proteção aos Direitos e Privacidade dos Pacientes).

### *Proteção dos Direitos e Privacidade dos Pacientes que Participam de Pesquisas*

Informações que possam identificar uma pessoa que participou de uma pesquisa não devem ser publicadas na forma de descrições, fotografias, nem genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou parentes ou responsáveis) dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para estes propósitos exige que se mostre o manuscrito a ser publicado ao paciente. No artigo publicado deverá constar que se obteve o consentimento.

Na busca do anonimato, os dados do paciente nunca devem ser alterados ou falsificados. Detalhes que sirvam para identificar as pessoas devem ser omitidos, se não forem essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais, registro que lhe foi conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo. Quando se trata de experimentação com animais, indicar se foram seguidas as recomendações, sobre o cuidado e utilização dos animais de laboratório, de alguma instituição.

#### *Unidades de Medidas e Abreviações*

As abreviações não devem ser utilizadas no Título nem no Resumo/Abstract. O termo completo deve preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto. Daí em diante, citar apenas a abreviação.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no site <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

#### **Conteúdo**

O trabalho para publicação nos **Anais Brasileiros de Dermatologia** deve ser inédito, em português ou inglês, e se enquadrar em uma das diferentes seções da revista:

**Educação Médica Continuada:** O(s) autores são convidados pela Coordenação da Educação Médica Continuada, da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a elaborar artigos sobre temas de grande interesse científico, dermatológico, visando a atualização. O artigo deve conter obrigatoriamente: Resumo, em português, com no máximo 1400 caracteres; Abstract, em inglês; além de Introdução. São sugeridos os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia; Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; e Tratamento. Deve ter no mínimo 30 referências bibliográficas recentes, sendo permitidas no máximo 10 ilustrações. O texto não deve exceder a 30000 caracteres, excluindo ilustrações e referências. No final do texto deve ser incluído um teste de avaliação com 20 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada, da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender os princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponíveis junto à Equipe Editorial dos **Anais Brasileiros de Dermatologia**.

**Investigação Clínica, Epidemiológica, Laboratorial e Terapêutica:** Artigo original, abrangendo ensaios controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de detecção, estudos descritivos e de intervenção, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 20000 caracteres, excluindo ilustrações e referências bibliográficas. O número de referências não deve exceder a 30,

e o de ilustrações a 10. Deve constar dos seguintes tópicos: 1. Introdução; 2. Material e Métodos ou Casuística; 3. Resultados; 4. Discussão; e 5. Conclusão. Deve incluir um Resumo, em português, com no máximo 1400 caracteres; e um Abstract, em inglês, subdivididos em cinco aspectos: 1. Fundamentos (estado atual do conhecimento); 2. Objetivos; 3. Métodos; 4. Resultados; e 5. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica, evitando especulação).

**Caso Clínico:** relato de um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, entre outras). O texto não deve exceder a 10000 caracteres, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e 15 referências bibliográficas. Deve constar dos seguintes tópicos: 1. Resumo, em português, com no máximo 700 caracteres; e Abstract, em inglês; 2. Introdução; 3. Relato do(s) caso(s); e 4. Discussão.

**Artigo de Revisão:** Artigo elaborado por profissionais de reconhecida experiência em assuntos de interesse especial à Dermatologia, por convite da Equipe Editorial Médica. Destina-se a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura, assim como metanálises. O texto deve limitar-se a 30000 caracteres, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, 10 ilustrações, devendo as referências bibliográficas ser recentes e em número mínimo de 30. Deve conter obrigatoriamente: Resumo, em português, com máximo de 1400 caracteres; Abstract, em inglês; além de Introdução; e ainda Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise; os demais tópicos ficam a critério do autor. Excepcionalmente, autores não convidados poderão submeter projeto de artigo de revisão, que, julgado relevante e aprovado pela Equipe Editorial Médica, poderá ser desenvolvido e submetido às normas para publicação.

**Comunicação:** artigo original, breve, abordando campos do conhecimento de interesse para a Dermatologia, como educação, métodos e protocolos de investigação, equipamentos, ciências básicas, história da Dermatologia, entre outros. O texto deve ser corrido, sem divisão por tópicos, não podendo ultrapassar 5000 caracteres, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, duas ilustrações e 10 referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, em português, com no máximo 500 caracteres, e Abstract, em inglês.

**Memória:** artigo original, breve, redigido mediante convite, que aborda aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da medicina e particularmente da dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da dermatologia nacional e internacional. O desenvolvimento do texto é livre, entretanto não deve ultrapassar 5000 caracteres, excluídas as ilustrações e referências, que estão limitadas a duas e dez, respectivamente. Deve vir acompanhado de Resumo, em português, com no máximo 500 caracteres, e Abstract, em inglês.

**Síndrome em Questão:** artigo redigido mediante convite, que consiste na apresentação de caso clínico representativo de uma síndrome dermatológica em destaque, visando recordar síndromes comuns e contribuir para o conhecimento de síndromes incomuns.

Deve constar dos seguintes tópicos: 1. Relato do caso; 2. Comentários; e 3. Referências bibliográficas. O texto não deve ultrapassar 5000 caracteres, exceto ilustrações e referências. São permitidas no máximo seis ilustrações e 15 referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, em português, com no máximo 500 caracteres, e Abstract, em inglês.

"Qual o seu diagnóstico?": relato de um caso que questione o diagnóstico final da doença, constando dos seguintes tópicos: 1. História da doença; 2. Comentários; e 3. Referências Bibliográficas. O texto não deve exceder a 4000 caracteres, exceto ilustrações e referências. No máximo, são permitidas três ilustrações e cinco referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, em português, com no máximo 500 caracteres, e Abstract, em inglês.

Iconografia: Documentação fotográfica bem característica de dermatoses ou afins. Deve incluir Resumo, em português, e Abstract, em inglês com no máximo 500 caracteres. São permitidos, no máximo, 4000 caracteres de texto, excluídas ilustrações e referências bibliográficas, cujo número não deve exceder a quatro e cinco, respectivamente.

Correspondência: Refere-se a comentários e opiniões a respeito de artigos publicados, podendo ou não ser respondidos pelos autores ou editores, e só serão aceitos até no máximo seis meses após a publicação. O texto não deve exceder a 1500 caracteres, sendo permitidas no máximo cinco referências bibliográficas. Toda correspondência está sujeita a ser revista e resumida pela Equipe Editorial Médica.

Informes: notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse à Dermatologia, acompanhadas ou não de resenhas.

Nota: A Equipe Editorial Executiva examinará a possibilidade de editar suplementos dos **Anais Brasileiros de Dermatologia**, a fim de divulgar temas de simpósios, reuniões ou outras atividades científicas, bem como relatos de casos clínicos, desde que tratem de assuntos específicos relacionados à Dermatologia. Esses suplementos dependerão de recursos financeiros ou patrocínio, fora dos contratos correntes para a publicação dos seis números anuais da revista.

## APÊNDICE A: FICHA CLÍNICA PARA COLETA DE DADOS

## FICHA CLÍNICA

|   |  |   |
|---|--|---|
| Idade: _____<br><input type="checkbox"/> 0-29 anos ou menos<br><input type="checkbox"/> 1-30 a 39 anos<br><input type="checkbox"/> 2-40 a 49 anos<br><input type="checkbox"/> 3-50 a 59 anos<br><input type="checkbox"/> 4-60 a 69 anos<br><input type="checkbox"/> 5-70 anos ou mais | Ocupação<br><input type="checkbox"/> 0-Agricultor<br><input type="checkbox"/> 1-Motorista<br><input type="checkbox"/> 2-Eletricista<br><input type="checkbox"/> 3-Pedreiro<br><input type="checkbox"/> 4-Pescador<br><input type="checkbox"/> 5-Borracheiro<br><input type="checkbox"/> 6-Estudante<br><input type="checkbox"/> 7-Aposentado<br><input type="checkbox"/> 8-Outro | Sexo:<br><input type="checkbox"/> 0-Masculino<br><input type="checkbox"/> 1-Feminino<br><br>Cor da pele:<br><input type="checkbox"/> 0-Leucoderma<br><input type="checkbox"/> 1-Feoderma<br><input type="checkbox"/> 2-Melanoderma<br><input type="checkbox"/> 3-Xantoderma |
| Localização:<br><input type="checkbox"/> 0-Lábio inferior<br><input type="checkbox"/> 1-Lábio superior  | Fumante:<br><input type="checkbox"/> 0-Sim<br><input type="checkbox"/> 1-Não   | Exposição à radiação solar:<br><input type="checkbox"/> 0-Sim<br><input type="checkbox"/> 1-Não   |
| Proteção contra os raios ultravioletas:<br><input type="checkbox"/> 0-Sim<br><input type="checkbox"/> 1-Não   | Tipo de Proteção:<br><input type="checkbox"/> 0-Boné/chapéu<br><input type="checkbox"/> 1-Protetor solar<br><input type="checkbox"/> 2-Outro _____<br><input type="checkbox"/> 3- Não usa  | Sintomatologia dolorosa:<br><input type="checkbox"/> 0-Sim<br><input type="checkbox"/> 1-Não  |
| Aspecto clínico da lesão:<br><input type="checkbox"/> 0-Leucoplasia não ulcerada<br><input type="checkbox"/> 1-Eritroplasia não ulcerada<br><input type="checkbox"/> 2-Erosão/ulceração<br><input type="checkbox"/> 3-Aspecto misto (leucoplásico/ulceração)                          | Diagnóstico histopatológico:<br><input type="checkbox"/> 0-Hiperceratose<br><input type="checkbox"/> 1-Displasia leve<br><input type="checkbox"/> 2-Displasia moderada<br><input type="checkbox"/> 3-Displasia grave<br><input type="checkbox"/> 4-Carcinoma <i>in situ</i><br><input type="checkbox"/> 5-Outro _____  |   |

**APÊNDICE B:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO E AVALIAÇÃO IMUNOHISTOQUÍMICA DA PROTEÍNA Ki67 EM QUEILITES ACTÍNICAS**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO E AVALIAÇÃO IMUNOHISTOQUÍMICA DA PROTEÍNA Ki67 EM QUEILITES ACTÍNICAS** terá como objetivo geral **identificar as características clínicas e histopatológicas inerentes aos casos diagnosticados como queilite actínica na clínica da LINCCO (Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral) do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), bem como realizar uma avaliação imunohistoquímica da proteína Ki67 nos espécimes enviados para diagnóstico histomorfológico.**

Não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- 4 Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- 5 Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- 6 O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- 7 Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.



- 8 Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- 9 Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número responsável pela pesquisa o Professor Doutor Gustavo Pina Godoy pelo numero (83) 3315-3471.
- 10 Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- 11 Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa