

**NAYARA FERREIRA MATOS**

**QUEILITE ACTÍNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PARIPIRANGA**

**2021**

**NAYARA FERREIRA MATOS**

## **QUEILITE ACTÍNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia como requisito parcial à conclusão do curso de Odontologia do Centro Universitário AGES para obtenção do grau de cirurgiã-dentista.

Área de concentração: Patologia Oral

**Orientadora: Nayane Chagas Carvalho Alves**

**Paripiranga**

**2021**

---

Matos, Nayara Ferreira

Queilite Actínica: relato de caso clínico / Nayara Ferreira  
Matos

25 páginas

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia – Centro  
Universitário AGES. Paripiranga, 2021.

Área de concentração: Patologia Oral

Orientadora: Nayane Chagas Carvalho Alves

Palavras-chave: Lesão. Queilite actínica. Tratamento.  
Diagnóstico.

---

**NAYARA FERREIRA MATOS**

## **QUEILITE ACTÍNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Paripiranga, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à conclusão do Curso de Odontologia do Centro Universitário AGES para obtenção do grau de cirurgiã-dentista.

---

Nayane Chagas Carvalho Alves – Orientadora (presidente)  
Centro Universitário AGES

---

Carolina Vieira Valadares e Souza – 1º examinador  
Centro Universitário AGES

---

Wilson Déda Gonçalves Júnior – 2º examinador  
Centro Universitário AGES

Sem sombra de dúvidas, dedico essa conquista aos meus pais, Antônio e Valdinea,  
sem eles nada disso seria possível. Obrigada por tudo.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças para vencer todos os desafios dessa caminhada.

Agradeço infinitamente aos meus pais, que nunca mediram esforços para me ajudar nessa caminhada e que acreditaram sempre em mim, me apoiando e incentivando sempre. À minha mãe Valdinea, minha rainha, exemplo de mulher guerreira, sou extremamente orgulhosa em tê-la como mãe. Ao meu pai Antônio, um homem batalhador, sonhador e determinado, que sempre correu atrás dos seus sonhos e objetivos me inspirando a cada dia. Vocês fazem de tudo para ver seus 7 filhos felizes, seguindo suas carreiras, independente das circunstâncias, com todo apoio, cuidado, amor e incentivo. Sem eles eu jamais estaria aqui.

À minha avó materna Creusa, exemplo de mulher, que infelizmente veio a falecer durante a minha graduação, mas que está no céu olhando e orando por mim, obrigada por todo carinho e amor incondicional.

Aos meus irmãos, Dayse, Mikelly, João, Larissa, Thiago e Antônio Filho, que sempre me apoiaram e vibraram pelas minhas conquistas, se mantendo presentes nas dificuldades.

Ao meu noivo Augusto, por todo incentivo se mantendo presente em toda minha caminhada em busca dessa conquista, que sempre esteve junto comigo me ajudando no que fosse necessário. Eu só tenho a agradecer a Deus, por ter te colocado na minha vida.

À minha orientadora, Nayane, por estar sempre disposta a ajudar, dando todo incentivo e orientação para confecção desse trabalho, pela paciência me fazendo acreditar que eu posso ir além.

A todos os professores, que fizeram mais que sua missão, ensinaram e exerceram a profissão com maestria. Ao Centro Universitário AGES, por me proporcionar um curso de excelência. E aos amigos, que conquistei durante esses 5 anos de graduação, que levarei para toda a vida.

*Quanto mais sinto gratidão pela riqueza e abundância em minha vida, mais motivos descubro para agradecer. Expresso gratidão por todo o bem que há em minha vida. Cada dia traz novas e maravilhosas surpresas.*

(Autor desconhecido)

## RESUMO

O presente estudo buscou abordar um relato de caso clínico de lesão de queilite actínica, uma alteração clínica-histopatológica, tendo como estímulo a exposição solar, atingindo pessoas de pele mais clara e que consomem tabaco e álcool. A paciente N. F. M., do sexo feminino de 28 anos de idade, procurou auxílio médico após notar o surgimento de úlceras no lábio inferior, porém, de acordo com a mesma, já apresentava alguns sintomas leves, desde os 12 anos de idade, uma mancha vermelha no lábio inferior, mas como não sentia nenhum incômodo não procurou atendimento médico. Por meio da realização do exame clínico e da análise histopatológica, ela foi diagnosticada com queilite actínica. O tratamento escolhido, por ser menos invasivo e com menor custo, foi sessões de laser Unit da Kondortech de diodo (AsGaAl). Além das sessões de laserterapia, a paciente foi orientada a usar Decadron 4mg e a realizar medidas preventivas, tais como o uso de protetor solar labial fator 50 cicaplast, durante a noite, e triancinolona acetona em caso de ulceração, bem como evitar o consumo de condimentos, bebidas destiladas, exposição solar e alimentos quentes. A queilite actínica se destaca no Brasil por se tratar de um país, a mesma costuma ser de difícil diagnóstico devido ao fato de que muitos pacientes não apresentam sintomas e alguns destes acabam sendo associados à velhice, devido ser o período de maior frequência que a mesma acomete.

Palavras-chave: Diagnóstico. Queilite actínica. Tratamento.

## ABSTRACT

The present study sought to address a clinical case report of an actinic cheilitis lesion, which refers to a clinical-histopathological change that spreads through the lip, being more common in the lower lip, having sun exposure as a stimulus, affecting people with clearer skin and who consume tobacco and alcohol. The patient NFM, a 28-year-old female, sought medical help after noticing the appearance of ulcers on the lower lip, however, according to her, she already had some mild symptoms, since the age of 12, which presented as a red spot on the lower lip, but as she did not feel any discomfort, she did not seek medical attention. Through clinical examination and histopathological analysis, she was diagnosed with actinic cheilitis. The treatment chosen, for being less invasive and less expensive, was Kondortech's Diode Laser Unit (AsGaAl) sessions. In addition to the laser therapy sessions, the patient was instructed to use Decadron 4mg and to take preventive measures, such as the use of factor 50 cicaplast lip sunscreen, at night, and triamcinolone acetonide in ulceration case, as well as to avoid condiments consumption, distilled beverages, sun exposure and hot foods. Actinic cheilitis stands out in Brazil, as it is a tropical country and has a high rate of becoming carcinogenic, as it is often difficult to diagnose due to the fact that many patients are asymptomatic and some symptoms end up being associated with old age, due to the age of greatest frequency that it affects.

Keywords: Diagnosis. Actinic cheilitis. Treatment.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Lábio ulcerado do paciente.....	14
FIGURA 2 - Foto após realização da biópsia incisional.....	14
FIGURA 3 - Análise histopatológica.....	15
FIGURA 4 - Paciente apresentando manchas vermelhas.....	15
FIGURA 5 - Paciente após seis meses de tratamento.....	16

## LISTA DE ABREVIATURAS

AsGaAl	Arseneto de Gálio e Alumínio
CEDAPI	Centro Diagnóstico Pires
CO <sub>2</sub>	Dióxido de Carbono
FPS	Fator de proteção solar
LBI	Laser de Baixa Intensidade
J	Joule
QA	Queilite Actínica
UV	Ultravioleta

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	RELATO DE CASO.....	13
3	DISCUSSÃO.....	16
4	CONCLUSÃO.....	20
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
	ANEXOS.....	24

## 1 INTRODUÇÃO

A queilite actínica (QA) se trata de uma alteração clínica-histopatológica que se espalha pelo lábio, mais comumente no inferior, estimulada pela exposição solar crônica. A mesma possui uma prevalência geral entre 0,45 e 2,4%, afetando principalmente homens entre 40 e 60 anos de idade, de pele clara e que se expõem de forma excessiva à radiação ultravioleta (UV) (SANTANA *et al.*, 2014; ARNAUD *et al.*, 2014; CREMONESI, 2017).

A QA afeta de forma mais elevada as populações de pele clara, por possuírem menos melanina e menor proteção contra os raios ultravioleta (UV). As propriedades físicas dos lábios, tais como, sua forma, área de transição da mucosa, menos glândulas sebáceas e melanina, colaboram para uma maior exposição aos raios.

A QA se destaca no Brasil por este se tratar de um país que possui um clima tropical e por possuir uma parte considerável de sua economia baseada no trabalho rural, fazendo com que muitos trabalhadores passem longos períodos expostos ao sol, podendo provocar inúmeros danos, caso não haja a utilização de uma proteção adequada, do mesmo modo a região Nordeste, por haver uma predominância do clima quente e elevado índices de radiação solar, proporcionando um ambiente perfeito para a proliferação da QA (MUSE; CRANE, 2021; TENORIO *et al.*, 2018; ARNAUD, *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2012).

A principal causa para a ocorrência ou o agravamento de lesões como a QA está relacionada à exposição prolongada aos UV sem que haja uso de uma proteção adequada. Deste modo, indivíduos que trabalham ao ar livre, tais como pescadores e agricultores, que são submetidos a um extenso período de exposição solar, se tornam vulneráveis para a ocorrência e prevalência de lesões. Para além dos fatores já citados, é válido ressaltar também o efeito carcinogênico relacionados a comportamentos de estilo de vida, como, por exemplo, o uso de tabaco e do álcool (MELLO *et al.*, 2019; TENORIO *et al.*, 2018).

Há uma estimativa que em 95% dos casos diagnosticados de câncer de lábio se originaram da QA. Esta pode se manifestar de forma aguda, “sendo menos comum”, e de forma crônica. A forma aguda da QA está ligada a momentos de intensa

exposição solar e é caracterizada através do aparecimento de edema e vermelhidão, podendo estes virem a evoluir para vesículas, bolhas, crostas e ulcerações, porém regredem após a remoção do agente etiológico. Já a crônica surge como uma elevação do lábio inferior até a comissura, sendo decorrente também da exposição solar contínua, possuindo como características mais comuns a atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, as alterações de cor, a perda da plasticidade e a erosão. (TENORIO *et al.*, 2018; MIRANDA, *et al.*, 2011).

É válido ressaltar que a QA ocorre como uma inflamação crônica, o que provoca a diminuição da reação imunológica local. Neste sentido, o sistema imunológico acaba por ser um dos fatores que pode tanto diminuir ou inibir a lesão, como também agravá-la. Essa mudança do sistema imune também está relacionada à exposição à radiação UV, que pode provocar alterações em nível molecular, bem como a sinalização intra e extracelular pode ser modificada (PAIVA *et al.*, 2012; LEITE, 2011).

A realização de estudos voltados para a queilite actínica se faz bastante necessário, visto que é frequente que os indivíduos que se encontram expostos aos fatores de riscos possuem potencial para a malignização. Deste modo, o presente estudo propõe relatar um caso clínico de queilite actínica, elucidando os tratamentos realizados.

## **2 RELATO DE CASO**

Paciente N.F.M., sexo feminino, 28 anos, procurou auxílio médico de uma cirurgiã-dentista, especialista em estomatologia, relatando que desde seus 12 anos de idade possuía uma mancha vermelha em seu lábio inferior, porém não a incomodava, somente em 2020 passou a perceber que estava sentindo muita sensibilidade na região e notou o surgimento de úlceras como pode ser observado na figura 1.



FIGURA 1 - Lábio ulcerado da paciente.  
Fonte: Acervo pessoal (2020).

No exame clínico foi observado que o lábio continha uma lesão de +/- 2,5 cm no vermelhão labial, levantando a hipótese diagnóstica de QA. Por meio de uma biópsia incisional de lesão em lábio no lado direito (FIGURA 2), a sutura foi feita em região lesionada com distância de 1 cm, realizada em 15 de setembro de 2020 e encaminhada para o CEDAPI (Centro Diagnóstico Pires), na cidade de Feira de Santana-BA, sendo prescrito amoxicilina e paracetamol no pós-procedimento.



FIGURA 2 - Foto após realização da biópsia incisional.  
Fonte: Acervo pessoal (2020).

Na análise histopatológica (Figura 3) das duas peças do lábio inferior, observou-se fragmento de mucosa ulcerada e revestida por epitélio escamoso queratinizado atrófico apresentando degeneração vacuolar de células do estrato basal e outras vezes discreta atipia epitelial. A lâmina própria mostrou marcante inflamação crônica de linfócitos predominantes, especialmente em torno dos vasos sanguíneos tortuosos, tecido conjuntivo fibroso com áreas de degeneração basofílica e artefatos

por esmagamento. Tendo como diagnóstico queilite actínica ulcerada e displasia epitelial de baixo grau no dia 05 de outubro de 2020, dando início no mesmo dia da entrega do resultado a realização de sessões de laser Unit da Kondortech de diodo (AsGaAl), com comprimento de onda de 660nm, emitido no vermelho, com potência de saída de 30mW, em aplicações pontuais de 2,4 ou 6J/cm<sup>2</sup>, de 17 sessões no total.

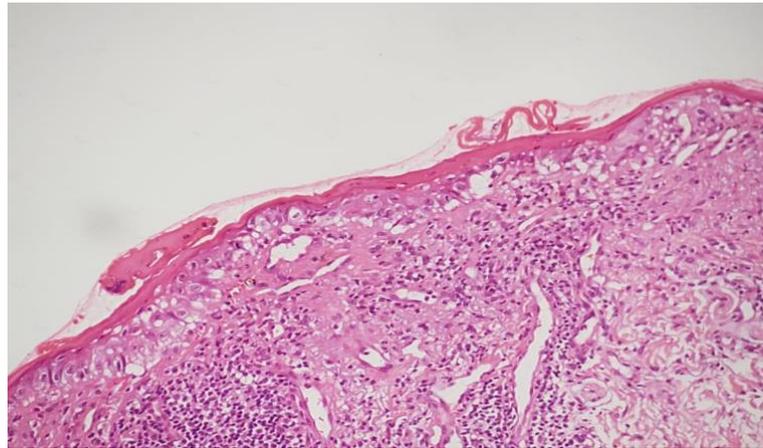


FIGURA 3: Análise histopatológica

Fonte: CEDAPI, 2020

Durante a 3<sup>a</sup> sessão do tratamento de laserterapia, foi prescrito o uso de Decadron 4mg durante quatro dias. Na 5<sup>a</sup> sessão a paciente apresentou manchas vermelhas no lábio provocadas pelo calor, e na 6<sup>a</sup> foi perceptível uma melhora significativa do lábio. Na figura 4, a paciente apresenta manchas vermelhas, porém não foram provocadas pela exposição ao sol, mas pelo consumo de alimentos com bastante condimentos.



FIGURA 4 - Paciente apresentando manchas vermelhas.

Fonte: Acervo pessoal (2020).

Na 15ª sessão foi prescrito o uso de prednisolona 20mg de 12/12 horas por cinco dias. O tratamento proposto, que atualmente a paciente realiza, foi o acompanhamento mensal com a estomatologista, uso de protetor solar labial fator 50, cicaplast durante a noite e triancinolona acetonida em caso de ulceração, bem como evitar o consumo de condimentos, bebidas destiladas, exposição solar e alimentos quentes. Após seis meses de tratamento através das sessões de laserterapia observou-se uma melhora significativa no quadro da paciente, como pode ser observado na figura 5.



FIGURA 5 - Paciente após seis meses de tratamento.  
Fonte: Acervo pessoal (2020).

### 3 DISCUSSÃO

Entre as desordens potencialmente malignas mais frequentes no Brasil se destaca a queilite actínica, tal questão pode estar relacionada ao fato de que esta seja a lesão mais negligenciada, visto que seus sinais clínicos acabam sendo confundidos, muitas vezes, com sinais de envelhecimento, assim como também ao fato de que muitos pacientes são assintomáticos, o que dificulta a busca pela orientação médica (FERNANDES, 2019). Tais questões podem ser associadas ao presente caso, visto que desde a pré-adolescência a paciente já apresentava sintomas, porém estes eram leves, devido à ausência de sintomatologia dolorosa, provocando conseqüentemente o diagnóstico tardio.

A forma crônica da QA se desenvolve por meio de uma elevação do lábio inferior até a comissura, causada pela exposição solar. Pode-se observar nas lesões que são assintomáticas sintomas como atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, apagamento da margem entre a zona do vermelhão e a região cutânea do lábio, alterações de cor, perda da plasticidade e erosão (TENORIO *et al.*, 2018).

Clinicamente o lábio pode manifestar atrofia, ressecamento, perda do limite vermelhão-pele, eversão do sulco sublabial, manchas eritematosas, acastanhadas ou leucoplásicas, fissuras, placas, crostas, erosões e até mesmo úlceras (FERNANDES, 2019; CABRAL *et al.*, 2013). Dentre os sintomas citados, a paciente apresentou vermelhidão no lábio, ressecamento do lábio inferior e úlceras. De modo que, só a partir do surgimento e da prevalência destes sintomas, a mesma buscou ajuda médica.

A maior parte dos indivíduos afetados pela QA se trata de homens, tal dado está relacionado ao fato de a maior parte das mulheres fazerem uso de batons e estes proporcionam um pouco de proteção contra a radiação UV, visto que muitos contêm FPS (Filtro de Proteção Solar), mas atualmente o número de mulheres afetadas pela QA vem crescendo e por leucodermas (FERNANDES, 2019). Apesar da paciente anterior ao diagnóstico não fazer uso de protetor labial, ela utilizava batom com fator de proteção baixo.

De acordo com Carvalho *et al.* (2019), para além da exposição solar existe outros fatores de riscos, tais como a cor da pele, em que indivíduos que possuem a cor da pele mais escura apresentam, então, uma maior atividade melanócita, esta, por meio da pigmentação que fornece a cor, protege a pele da radiação, e os hábitos de tabagismo e etilismo. No entanto, o presente paciente não possui hábitos de tabagismo e etilismo, mas possui a pele clara.

Há várias formas para o tratamento da QA, como aplicação de 5-fluoracil, peeling com ácido tricloroacético a 50%, eletrocirurgia, terapia fotodinâmica, laser de CO<sub>2</sub>, vermelhectomia, criocirurgia e dermoabrasão (TENORIO *et al.*, 2018; ARNAUD, *et al.*, 2014).

Segundo Rafael Júnior *et al.* (2020), a melhor forma de tratamento da queilite actínica se trata da prevenção, através do uso de fatores de proteção labial e conscientização da população em relação ao autocuidado e ao autoexame. Porém, quando a lesão já se encontra instalada, há uma variedade de tratamentos, desde os mais conservadores, por meio da ablação de laser de CO<sub>2</sub>, gel diclofenaco a 3%, ao

mais radical, por meio da vermelhectomia, esta objetiva a retirada da porção do vermelhão do lábio. É necessário ser seguidas algumas medidas preventivas também para os pacientes que ainda estão ou após a realização de qualquer procedimento terapêutico voltado ao tratamento da queilite actínica, como o uso de protetores labiais com bloqueadores de raios ultravioletas, uso de bonés e diminuição do tempo de exposição ao sol em horários críticos (das 10h às 16h) (VÉO *et al.*, 2010). A paciente citada faz uso das medidas aqui apresentadas, bem como evita o consumo de alimentos quentes.

Para além das medidas de proteção, pode ser realizado o tratamento com flurouracil creme 5%, o qual causa poucos danos e traz resultados em poucas semanas, caso a área da QA seja pequena pode ser feita uma eletrocirurgia, a remoção do vermelhão do lábio por meio de uma vermelhectomia e o uso do laser de CO<sub>2</sub> (VILELA, 2011).

Dentre as opções terapêuticas para o tratamento da QA estão inclusas a vermelhnectomia, ablação com laser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), electrocauterização, aplicação tópica de 5-fluorouracil, aplicação química de imiquimod e quimioexfoliação com ácido tricloroacético. Porém, na maioria dos casos, essas opções são invasivas, podendo vir a causar irritação e cicatriz no vermelhão do lábio, fazendo com que estudos busquem novas alternativas para o tratamento da lesão (GONZAGA, 2016).

Rodrigues *et al.* (2020) realizaram um estudo acerca da terapia fotodinâmica associada à terapia de laser de baixa potência no tratamento da QA, obtendo resultados promissores após seis meses de tratamento, considerando estas como uma opção a ser considerada para o tratamento da QA. Nesse sentido, o presente caso optou por realizar o tratamento apenas com laserterapia.

A utilização de lasers tem aumentado cada vez mais nos consultórios odontológicos para tratamentos bucais, sendo um dos mais utilizados a laserterapia de baixa potência ou de intensidade (LBI), trazendo resultados satisfatórios. O LBI atua na angiogênese que é responsável pela formação de novos vasos sanguíneos, possibilitando o aumento do fluxo e a diminuição do edema, proporcionando maior resistência, melhor qualidade e aceleração do reparo (TAMIOZZO, 2020). Levando em conta os fatores citados, bem como o fato de se tratar de uma modalidade menos invasiva e de baixo custo, foi escolhido o LBI AsGaAl para o tratamento da paciente apresentada no caso.

O LBI ou laserterapia se trata de uma modalidade de tratamento que não é invasiva e possui baixo custo, além de proporcionar alívio da dor e regeneração tecidual (ANTUNES, 2017; CATÃO *et al.*, 2013). O laser diodo AsGaAl é conhecido por apresentar uma alta penetração nos tecidos e se trata de um dos LBI mais utilizados, além de possuir efeito analgésico e anti-inflamatório.

Para que ocorra a interação do laser com os tecidos, é necessário levar em conta alguns fatores, como: comprimento de onda, potência, tipo de tecido e sua capacidade de absorção, frequência de pulsos por segundo, duração do pulso, quantidade de energia aplicada, modo de entrega (fibra óptica ou braços articulados com lentes), distância focal, presença ou não de sistema de refrigeração e tempo de exposição. O laser de baixa potência possui propriedades que atuam na produção de efeito biológico em nível celular, possibilitando assim o estímulo das mitocôndrias, resultando em um incremento no metabolismo celular (DANTAS *et al.*, 2011; TRIVELIN *et al.*, 2020).

De acordo com Moreira (2020), em relação aos protocolos clínicos de aplicação em se tratando de lesões ulceradas, pode ser utilizado o laser vermelho: 35 a 71J/cm<sup>2</sup> (1,0 – 2,0J) por ponto, ao redor de toda lesão, um ponto ao lado do outro (diariamente, até a cicatrização completa da lesão) ou o laser infravermelho: 35 a 71J/cm<sup>2</sup> (1,0 – 2,0J) por ponto, um ponto no centro da lesão (para alívio de dor). Já em relação a casos de lesão tecidual superficial (corte) é indicado o uso do laser vermelho: 35 a 71J/cm<sup>2</sup> (1,0 – 2,0J) por ponto, ao longo da linha de sutura, um ponto ao lado do outro, a cada 24h (MOREIRA, 2020).

Desse modo, em relação à paciente citada no caso, foi utilizado o laser Unit da Kondortech de diodo (AsGaAl) com comprimento de onda de 660nm, emitido no vermelho, com potência de saída de 30mW, em aplicações pontuais de 2, 4 ou 6J/cm<sup>2</sup> em complemento com o uso de Decadron 4mg e outras medidas preventivas.

Entre as alternativas para o tratamento de queilite actínica, os métodos não invasivos demonstram ocasionar menos efeitos secundários em comparação com os mais invasivos. As terapias farmacológicas, bem como o uso do protetor labial, mudanças nos hábitos alimentares, laserterapia e terapia fotodinâmica se tratam de opções não invasivas, além de se apresentarem como uma alternativa terapêutica promissora para o tratamento da QA. Sendo necessário, para além, que o paciente possua um acompanhamento de perto clinicamente e posteriormente histopatologicamente (RODRIGUES *et al.*, 2020).

As características histopatológicas da QA são essenciais para obtenção do diagnóstico, prognóstico e tratamento da lesão. Devendo ser levado em conta fatores como o tempo do primeiro diagnóstico da lesão, idade do paciente, frequência de exposição solar, hábitos alimentares, uso de álcool e tabaco. Diante da relevância potencial maligno que esta lesão possui de evoluir para um carcinoma espinocelular (CEC), caso não haja diagnóstico e tratamento adequados (TENORIO *et al.*, 2018), torna-se essencial que as principais características da QA sejam apresentadas e comparadas com as existentes na literatura atual, a fim de contribuir de forma positiva com o prognóstico da mesma (TENORIO *et al.*, 2018).

#### 4 CONCLUSÃO

No presente relato de caso de QA, o uso do laser de baixa potência se mostrou eficaz, bem como o uso de Decadron 4mg e os métodos preventivos. Nota-se a importância da orientação de profissionais para um maior entendimento acerca dos aspectos clínicos e diagnósticos da queilite actínica, com a finalidade de contribuir com a disseminação de medidas educativas e preventivas.

#### 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Fernanda Ginani. **Efeito do laser de baixa intensidade na atividade biológica de células-tronco da polpa de dentes decíduos humanos**. Tese (Doutorado em Patologia Oral) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2017.

ARAÚJO, C. P.; VIDAL, M. T. A.; GURGEL, C. A. S.; RAMOS, E. A. G.; BARBOSA JUNIOR, A. A.; RAMALHO, L. M. P.; DOS SANTOS, J. N. Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. **RPG, Revista pós-graduação**. vol.19 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2012.

ARNAUD, R. R.; SOARES, M. S. M.; DE PAIVA, M. A. F.; DE FIGUEIREDO, C. R. L. V.; DOS SANOS, M. G. C.; LIRA, Cl. C. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2014 Nov.-Dec.; 43(6): 384-389.

CABRAL, Rita; TEIXEIRA, Vera; VIEIRA, Ricardo; FIGUEIREDO, Américo. Queilite actínica: ablação com laser CO2 versus vermelhectomia – análise de 11 anos. **Revista SPDV**. 71 (2), 2013.

CARVALHO, C. H. P.; DANTAS, L. R. O.; OLIVEIRA, B. R. S.; NASCIMENTO, G. J. F. Prevalência e fatores associados da queilite actínica em trabalhadores ao ar livre em uma população brasileira. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 8, n. 1, 2019.

CATÃO, M. H. C. V.; OLIBEIRA, P. S.; COSTA, R. O.; CARNEIRO, V. S. M. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibular: estudo clínico randomizado. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1601-1608, 2013.

CREMONESI, A. L.; QUISPE, R. A.; GARCIA, A. S.; SANTOS, P. S. S. Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo. 2017;62(1):7-11.

DANTAS, E. M.; CARVALHO, C. M. de; BATISTA, S. H. B.; DE MENEZES, M. R. A.; DANTAS, W. R. M. Efeito Antiálgico do Laser AsGaAl na Punção Anestésica. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 11, n. 2, p. 75-82, 2011.

FERNANDES, Lígia Gonzaga. **Análise de expressão gênica das proteínas de choque térmico 60 e 70 e dos receptores Toll-like 2 e 4 em diferentes graus de displasia em portadores de queilite actínica e carcinoma epidermóide de lábio**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

GONZAGA, Amanda Katarinny Goes. **Queilite actínica: expressão imuno-histoquímica da cox-2 e avaliação do diclofenaco sódico gel como uma terapia alternativa**. Dissertação (Pós-graduação em Patologia Oral) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2016.

LEITE, Sabrina Pinotti Ferreira. **Estudo imunoistoquímico da queilite actínica, carcinoma epidermóide de lábio e carcinoma epidermóide intrabucal**. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de São Jose dos Campos, Universidade Estadual Paulista, 2011.

MELLO, F. W.; MELLO, G.; MODOLO, F.; RIVERO, E. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**. 2019 Jan; 11(1): e 62– e 69.

MIRANDA, Ana Maria de Oliveira; FERRARI, Thiago de Miranda; CALANDRO, Terezinha Lisieux Lopes. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 67-72, jan./abr. 2011 - ISSN 1983-1870.

MOREIRA, Francine de Couto Lima. **Manual prático para o uso de lasers na odontologia**. Goiânia: Cegraf UFG, 2020.

MUSE, Mikel E; CRANE, Jonathan S. **Actinic Cheilitis**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 31855380.

PAIVA, M. A. F. de; SOARES, M. S. M.; DE FIGUEIREDO, C. R. L. V.; LUNA, A. H.; DE OLIVEIRA, V. E. N.; JÚNIOR, O. B. Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, 48 (6), 455- 458, dez de 2012.

RAFAEL JÚNIOR, J. C.; OLIVEIRA, M. R. B.; CORALETTE, C. D. S.; ARAÚJO, C. S. A.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Actinic cheilitis in rural workers: a literature review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11. 2020.

ROCHA, Audrey Foster Lefort. **Caracterização da queilite actínica como desordem potencialmente maligna oral**. Dissertação (Mestre em Ciências Odontológicas) - Universidade Estadual Paulista. Araraquara, 2019.

RODRIGUES, B. T. G.; ESPAÑA, M. B. O.; CHAGAS, W. P.; FREIRE, N. A.; BUZZÁ, H. H.; ISRAEL, M. S. Avaliação clínica e histopatológica da eficácia do tratamento utilizando terapia fotodinâmica associada ao laser de baixa potência em pacientes portadores de queilite actínica-Um acompanhamento de 6 meses. **Revista brasileira odontologia**, p. 1-6, 2020.

SARMAMENTO, D. J. S.; COSTA MIGUEL, M. C. da; QUEIROZ, L. M. G.; GODOY, G. P.; DA SILVEIRA, É. J. D. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. **International Journal of Dermatology**. 2014;53(4):466-72.

TAMIOZZO, Maria Eduarda. **Uso de laserterapia de baixa potência para tratamento de lesões bucais**: Revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário de Maringá. Maringá, 2020.

TENORIO, E. P.; DOS SANTOS, J. A. P.; FERREIRA, S. M. S.; PEIXOTO, F. B.; RIBEIRO, C. M. B. Queilite actínica: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2018. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2394>>. Acesso em abril de 2021.

TRIVELIN, M. L. O. A. A.; ALCHORNE, A. O. A.; ALCHORNE, M. M. A.; DA SILVA, M. F.; FREIXADAS, E. M. R.; TRIVELIN, S. A. A.; CHAVANTES, M. C. Avaliação do efeito clínico da terapia de fotobiomodulação com uso do laser de baixa intensidade em rosácea eritêmato-telangiectásica: Estudo piloto. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 50152-50175, 2020.

VÉO, P. C. R.; FARIAS, R. E.; STEHLING, R. S. S.; URBANO, E. S. Tratamento cirúrgico da queilose actínica. **Rev. Gaúcha Odontol.**, 58(3), 393-97. 2010.

VILELA, Guilherme Rocha. **Queilite Actínica**: revisão de literatura. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Atenção Básica da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais.

**ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA**



**TERMO DE I**

**RESERVADO AO REV**

**Anexar documento comprobatório de habilita**

*Marta do Carmo*

## ANEXO B - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TRADUTOR



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO TRADUTOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA: INGLÊS, ESPANHOL OU  
FRANCES.

Anexar documento comprobatório da habilidade do tradutor, oriundo de IES ou instituto de línguas.

Eu, AURÉLIA EMÍLIA DE PAULA FERNANDES

declaro inteira responsabilidade pela tradução do Resumo (Abstract/Resumen/Résumé)  
referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulada:

QUEILITE ACTÍNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

a ser entregue por NAYARA FERREIRA MATOS  
acadêmicas do curso de ODONTOLOGIA

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade  
pelo zelo do trabalho no que se refere à tradução para a língua estrangeira.

Paripiranga, 19 de junho de 2021.

*Aurelia Emilia de Paula Fernandes*

Assinatura do tradutor.



Avenida Universitária, 23  
Parque das Palmeiras Cidade Universitária  
Prof. Dr. Jayme Ferreira Bueno Paripiranga - BA

Rodovia Antônio Martins de Menezes,  
270 Várzea dos Cajados  
Caixa postal nº 125 Lagarto - SE

BR 154 - KM 277  
Tucano - BA

Rodovia Lomanto Júnior, BR 407 - Centro  
Caixa postal nº 365 Senhor do Bonfim - BA

Avenida Universitária,  
705, Bairro Pedra Branca, BR 324  
Jacobina (BA)

Rua Dr. Angelo Courado,  
nº 27 - Itacó - BA, 44900-000.