



Revista Cubana de Estomatología

ISSN: 0034-7507

ISSN: 1561-297X

rcestomatologia@infomed.sld.cu

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Cuba

da Silva Barros, Caio César; Leal Cavalcante, Israel; Batista de Souza, Lélia; Teixeira de Oliveira, Patricia; Costa de Medeiros, Ana Miryam; Dantas da Silveira, Éricka Janine

Queilite esfoliativa: diagnóstico diferencial e tratamento

Revista Cubana de Estomatología, vol. 55, núm. 3, 2018, Julio-Septiembre, pp. 50-55

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Ciudad de La Habana, Cuba

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378668288009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Queilite esfoliativa: diagnóstico diferencial e tratamento

Queilitis exfoliativa: diagnóstico diferencial y tratamiento

Exfoliative cheilitis: differential diagnosis and treatment

Caio César da Silva Barros, Israel Leal Cavalcante, Lélia Batista de Souza, Patricia Teixeira de Oliveira, Ana Miryam Costa de Medeiros, Éricka Janine Dantas da Silveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

RESUMO

Introdução: a queilite esfoliativa é uma condição dermatológica incomum que ocorre principalmente em mulheres jovens e que afeta o vermelhão dos lábios. Embora a doença seja de etiologia desconhecida, ela tem sido associada a períodos de estresse e ansiedade, como também a hábitos parafuncionais. O seu diagnóstico e manejo constituem um desafio devido à semelhança clínica entre a queilite esfoliativa e outras lesões labiais, o que muitas vezes resulta em recorrência.

Objetivo: relatar dois casos clínicos de queilite esfoliativa enfatizando o diagnóstico diferencial com outras lesões que podem acometer os lábios.

Relato de Casos: O primeiro caso ocorreu em um paciente do sexo masculino, 21 anos, leucoderma, com queixa de que há dois anos sentia ardência e coceira nos lábios associada a formação de crostas. Ele relatou ter realizado tratamento prévio e possuir problemas de saúde de ordem geral. Exames complementares foram realizados e não mostraram alterações. Assim, a hipótese de queilite esfoliativa foi estabelecida. O paciente foi submetido à biópsia incisional, sob anestesia local, no qual o exame histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de queilite esfoliativa, sendo tratado com laserterapia, porém não houve sucesso no tratamento. No segundo caso, uma paciente do sexo feminino, 43 anos, melanoderma, exibindo manchas, fissuras e crostas nos lábios, além de prurido como sintomatologia. Foram solicitados exames complementares que apresentaram padrões de

normalidade, assim, o diagnóstico clínico foi de prurigo actínico. Após a realização de biópsia incisional, sob anestesia local, o diagnóstico de queilite esfoliativa foi estabelecido. A paciente foi tratada com corticosteroide tópico, havendo regressão da lesão.

Conclusão: o diagnóstico e manejo clínico da queilite esfoliativa é um desafio, deste modo, se faz necessário o estabelecimento de um diagnóstico correto, descartando a hipótese de outras doenças com o auxílio de exames complementares.

Palavras-chave: queilite, lábios; inflamação; diagnóstico diferencial.

RESUMEN

Introducción: la queilitis exfoliativa es una condición dermatológica inusual que ocurre principalmente en mujeres y que afecta la superficie de los labios. Aunque es una enfermedad de causa desconocida, ha sido asociada a estrés y ansiedad, así como a hábitos parafuncionales. Su diagnóstico y manejo es un desafío debido a la similitud clínica entre la queilitis exfoliativa y otras lesiones labiales, ya que a menudo estas lesiones tienen recurrencia.

Objetivo: describir dos casos clínicos de queilitis exfoliativa enfatizando en el diagnóstico diferencial.

Presentación de casos: el primer caso ocurrió en un paciente del sexo masculino de 21 años, raza blanca. Relató que hace dos años sentía ardor en los labios asociado a la formación de costras. Afirma haber realizado tratamiento previo y no presentar ningún problema de salud. Se realizaron exámenes complementarios y no mostraron ninguna alteración. Así, se estableció la hipótesis de queilitis exfoliativa. El paciente fue sometido a biopsia incisional, bajo anestesia local, en el cual el examen histopatológico confirmó el diagnóstico clínico de queilitis exfoliativa, siendo tratado con laserterapia, sin embargo, no hubo éxito en el tratamiento. En el segundo caso, una paciente de sexo femenino, 43 años, raza negra, exhibiendo manchas, fisuras en los labios, además de prurito como sintomatología. Se solicitaron exámenes complementarios que presentaron valores dentro de la normalidad, por lo que el diagnóstico clínico fue de prurito actínico. Después de la realización de la biopsia incisional, bajo anestesia local, fue establecido el diagnóstico de queilitis exfoliativa. La paciente fue tratada con corticoesteroides tópicos, habiendo regresión de la lesión.

Conclusiones: el diagnóstico y manejo clínico de la queilitis exfoliativa es un desafío, por lo que se hace necesario el establecimiento de un diagnóstico correcto, excluyendo otras afecciones con el apoyo de exámenes complementarios.

Palabras clave: Queilitis; labios; inflamación; diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: exfoliative cheilitis is an infrequent skin condition that occurs mostly in women, affecting the skin of the lips. Though its etiology is unknown, it has been associated to stress and anxiety, as well as to parafunctional habits. Diagnosis and management are challenging, due to the clinical similarity between exfoliative cheilitis and other lesions of the lips, since these are often recurrent.

Objective: describe two clinical cases of exfoliative cheilitis, focusing on the differential diagnosis.

Case presentation: the first case was a white male 21-year-old patient who reported having had a burning sensation on his lips associated to crust formation for two years. The patient stated having been under treatment and being in good general health. Complementary tests were indicated which did not reveal any alteration. Thus, the hypothesis of exfoliative cheilitis was put forth. Incisional biopsy was performed under local anesthesia, histopathological examination confirming the clinical diagnosis of exfoliative cheilitis. Laser therapy was indicated, but the treatment was not successful. The second case was a black female 43-year-old patient presenting with spots and fissures on her lips, as well as itching. Complementary tests were indicated which yielded normal values, and thus the clinical diagnosis was actinic prurigo. Incisional biopsy performed under local anesthesia led to the diagnosis of exfoliative cheilitis. The patient was treated with topical corticosteroids, with regression of the lesion.

Conclusions: exfoliative cheilitis diagnosis and clinical management are challenging, hence the need to make an accurate diagnosis, excluding other conditions with the aid of complementary tests.

Keywords: cheilitis; lips; inflammation; differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

A queilite esfoliativa (QE) é uma condição dermatológica inflamatória incomum, que afeta o vermelhão dos lábios e é caracterizada por uma produção crônica excessiva de ceratina com posterior descamação. O início da doença é associado a um período estressante na vida do paciente, que pode apresentar transtornos de personalidade associados com depressão. Esta condição é incapacitante, visto que a estética e as funções normais como comer, falar e sorrir são comprometidas, afetando radicalmente a vida dos pacientes.^{1,2}

A QE ocorre comumente em mulheres jovens, porém esta condição pode ser vista em qualquer grupo de idade e raça. Na maioria dos casos relatados, o lábio inferior é mais severamente afetado do que o superior. Clinicamente, os lábios tornam-se cronicamente inflamados com formação de crostas e fissuras.¹⁻⁴ O ressecamento dos lábios é uma característica importante e vários graus de sensibilidade e queimação podem estar presentes.⁴

Embora a etiologia seja desconhecida, alguns casos são associados ao estresse e a ansiedade, bem como hábitos parafuncionais como morder, sugar ou lambrer os lábios repetidamente, tais fatores podem ser mecanismos traumáticos iniciadores, porém não são responsáveis pela perpetuação da condição. Dentre as lesões que fazem diagnóstico diferencial com a QE, podem ser citadas as queilites do tipo actínica, glandular, de contato, granulomatosa, plasmocitária, factícia e prurigo actínico.⁴⁻⁶

A literatura relata que a terapia da QE é um problema em razão da resposta variada dos pacientes aos protocolos utilizados.¹⁻⁴ Tem sido utilizado, de maneira tópica e sistêmica, corticosteroides, antibióticos, produtos ceratolíticos, produtos fitoterápicos, pomadas de ácido salicílico 2 % a 3 % e crioterapia com nitrogênio líquido.⁴ Dessa forma, o objetivo do presente artigo é relatar dois casos clínicos de

QE com foco no estabelecimento do diagnóstico e tratamento, enfatizando o diagnóstico diferencial com outras lesões que podem acometer os lábios e a dificuldade de tratar essas lesões quando há automutilação.

RELATO DE CASOS

CASO 1

Paciente do sexo masculino, 21 anos, leucoderma, compareceu ao Serviço de Estomatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil, com queixa de formação de crostas nos lábios, ardência e coceira, com tempo de evolução de dois anos. Ao ser questionado sobre tratamentos prévios, o mesmo relatou ter feito o uso dos seguintes medicamentos: corticosteroides tópicos e injetáveis, Prednisona®, Talidomida®, e imunossupressores. Negou ter hábitos parafuncionais. A história médica pregressa não foi contributiva. O exame físico do lábio evidenciou a presença de crostas descamando na região do vermelhão dos lábios superior e inferior (Fig. 1, A). O exame físico intraoral não evidenciou alterações. Foram solicitados exames hematológicos, não sendo constatada nenhuma alteração. Desta forma, a hipótese diagnóstica estabelecida foi de queilite esfoliativa.

O paciente foi submetido à biópsia incisional das lesões, no qual a análise dos cortes histológicos revelou um fragmento de mucosa oral revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado. Na lâmina própria observou-se tecido conjuntivo fibroso denso, com focos de moderado a intenso infiltrado inflamatório mononuclear disposto difusamente no tecido (Fig. 1, B e C). O diagnóstico histopatológico foi compatível com o diagnóstico clínico. O paciente foi submetido a um protocolo de tratamento com 3 sessões semanais de laserterapia (Laser Biowave, infravermelho, 2 Joules, 40 mW, 10 segundos por ponto), tendo relatado melhora do quadro (Fig. 1, D). Após a realização da laserterapia, foi revelado que o paciente apresentava distúrbios psíquicos e constatou-se que a lesão se tratava de uma injúria auto-induzida, sendo o diagnóstico final de queilite factícia. Após três meses o paciente compareceu ao Serviço com a persistência do quadro, no entanto, não retornou para dar continuidade ao tratamento.

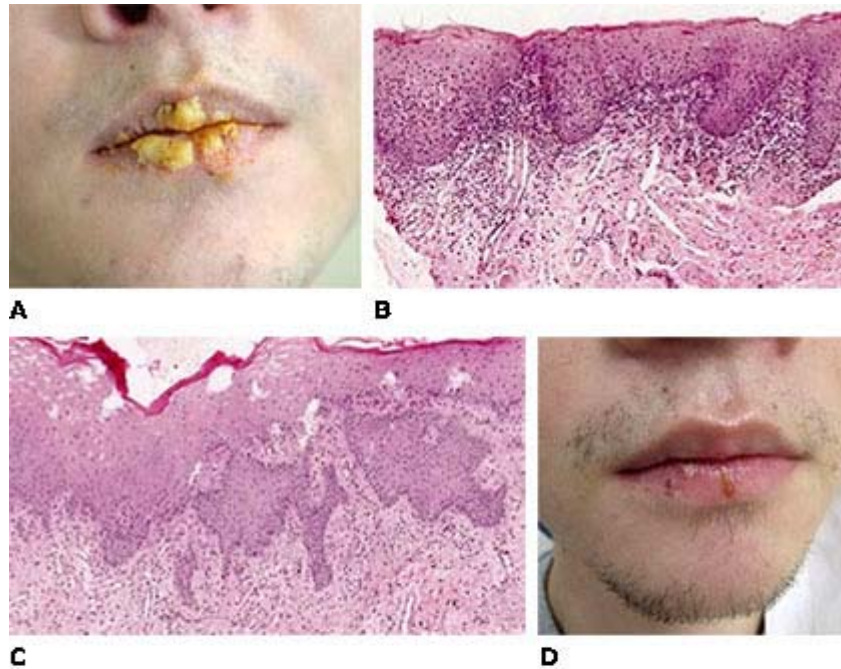


Fig. 1. A: Imagem clínica extraoral dos lábios evidenciando crostras destacáveis de formato irregular, consistência firme e coloração amarelada. B-40x e C-100x H/E: Características histopatológicas onde se verifica epitélio pavimentoso estratificado com espessamento da camada superficial de ceratina, exibindo exocitose, degeneração hidrópica; e a presença de moderado infiltrato inflamatório mononuclear na lâmina própria. D: Imagem clínica extraoral após laserterapia.

CASO 2

Paciente de sexo feminino, 43 anos, melanoderma, apresentou-se ao serviço supracitado, com uma queixa de mancha no lábio que "coça" há dois meses. A paciente não possuía alterações sistêmicas e negou hábitos de fumar e beber. O exame clínico evidenciou lábio superior e inferior fissurados, com crostas e áreas de descamação de cor enegrecida. Foi atribuído diagnóstico clínico de prurigo actínico (Figura 2A). Foram solicitados exames hematológicos, os quais se apresentavam dentro do padrão de normalidade, com isso, a biópsia incisional foi realizada em região de lábio inferior.

Nos cortes histológicos examinados, evidenciou-se fragmento de mucosa oral apresentando tecido epitelial de revestimento do tipo pavimentoso estratificado ortoceratinizado. O tecido conjuntivo subjacente era do tipo fibroso de densidade variada com focos de moderado infiltrado inflamatório mononuclear concentrados, principalmente, em região subepitelial. Os achados histopatológicos sugeriram processo inflamatório crônico inespecífico (Fig. 2, B e C). Diante da evolução clínica e resultado histopatológico, foi emitido o diagnóstico de queilite esfoliativa. A paciente foi orientada a usar Drenison® creme (fludrocortida 0,125 mg/g) e, com uma semana, retornou com discreta melhora, mas relatando forte prurido no local. Frente a isso, foi prescrito o Propionato de Clobetasol (0,05 %), três vezes ao dia durante trinta dias, visto que essa medicação, tanto na forma gel quanto elixir, exibe resultados mais satisfatórios em lesões labiais e intraorais. Após três meses, constatou-se regressão parcial da lesão, mas com persistência da sintomatologia (Fig. 2, D), sendo então orientada a diminuir a dosagem do Propionato de

Clobetasol (0,05 %). Atualmente, a paciente está em acompanhamento apresentando controle do quadro clínico.

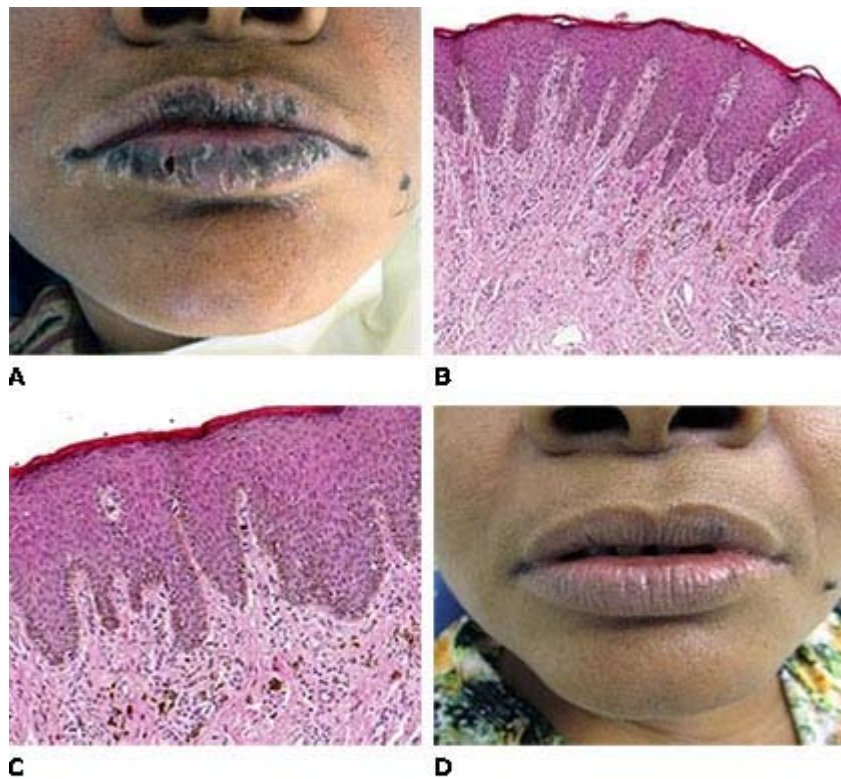


Fig. 2. Presença de áreas hiperqueratóticas descamativas de cor escurecida em lábio superior e inferior. B-40x e C-100x H/E: Características histopatológicas onde se verifica um espessamento da camada superficial de ceratina e focos de moderado infiltrado inflamatório mononuclear com incontinência pigmentar no tecido conjuntivo. D: Melhora considerável do quadro, com redução da extensão de mácula em lábio inferior a pesar da persistência de uma discreta pigmentação enegrecida em lábio superior.

DISCUSSÃO

As lesões que acometem os lábios podem envolver a região perioral, vermelhão do lábio e/ou mucosa labial, sendo o vermelhão a área mais acometida.⁶⁻⁸ Devido à diversidade de aspectos clínicos, o diagnóstico dessas condições pode ser difícil. Para que o mesmo seja correto, é necessário que durante a anamnese sejam coletadas informações a respeito da duração da lesão, se ela é intermitente ou permanente, hábitos como tabagismo, onicofagia e histórico de exposição à radiação solar, fatores irritantes de contato, doenças sistêmicas e administração de medicamentos; além disso, fazer uma análise precisa dos lábios, avaliando suas características clínicas e se está associada a lesões em pele e outras mucosas.¹⁰

O presente manuscrito relatou dois casos de QE e em um deles sugeriu-se que se tratava de uma queilite factícia. Dentre outras lesões que podem acometer os lábios citam-se: as queilites do tipo actínica, glandular, de contato, granulomatosa, plasmocitária e o prurigo actínico.

A queilite actínica (QA) trata-se de uma reação inflamatória crônica, potencialmente maligna, causada pela exposição contínua aos raios solares, fato esse que a diferencia dos demais tipos de queilite.¹⁰⁻¹² É frequentemente diagnosticada em homens, leucodermas, acima da quarta década de vida, que exercem atividades relacionadas à exposição solar crônica e excessiva, sendo o vermelhão do lábio inferior a região mais acometida.¹²⁻¹⁵

A QA pode ser classificada em aguda e crônica. No qual, a aguda é caracterizada pelo discreto aumento de volume e eritema associado ou não a áreas de úlceras e fissuras, e ocorre quando há exposição excessiva ao sol em curto período de tempo, a qual, em alguns casos, pode ser associada à resolução espontânea do quadro. Por sua vez, a QA crônica ocorre quando há exposição prolongada e cumulativa à raios UV.^{15,16} O diagnóstico clínico é comprovado pelo exame histopatológico que revela a presença de elastose solar e graus variados de displasia epitelial.^{17,18}

A queilite glandular (QG) é rara e associada à sensibilidade aos raios solares. Acomete comumente o lábio inferior de indivíduos de sexo masculino e leucodermas.¹⁹⁻²¹ A etiologia da lesão é incerta, todavia, acredita-se que seu desenvolvimento esteja relacionado a fatores exógenos, como exposição excessiva aos raios UV e irritantes crônicos, como o vento.¹⁹⁻²²

Clinicamente, a QG é caracterizada por variados graus de macroqueilia associada à secreção de material mucinoso, espesso e/ou supurativo proveniente das glândulas salivares menores.^{19,20,22} *Lourenço et al.*²⁰ propõem que a macroqueilia seja decorrente da retenção salivar associada à inflamação da glândula.

Alguns autores citam como principal achado histopatológico os variados graus de inflamação crônica das glândulas salivares menores.^{21,24} *Reiter et al.*²² descreveram outras alterações histológicas importantes como a dilatação ductal e metaplasia mucosa ou oncocítica.

Deste modo, os casos apresentados não apresentavam um histórico de exposição aos raios solares, como exibiam características clínicas distintas aos quadros clínicos descritos na literatura de QA e QG, e respectivamente, a falta de características microscópicas como a presença da elastose solar e glândulas salivares exibindo quadro de inflamação crônica. Assim, esses diagnósticos foram descartados nos casos relatados.

Outra lesão que apresenta um importante diagnóstico diferencial com a QE é a queilite de contato (QC), sendo ela uma reação alérgica causada por substância exógena, caracterizada, clinicamente, pela presença de fissuras nos lábios. Esta queilite frequentemente acomete o sexo feminino e exibe diversidade de aspectos clínicos, que inclui edema, áreas eritematosas e leucoplasicas, crostas, descamação, vesículas e exsudação.³¹⁻³⁴

A história médica é essencial para o diagnóstico de QC, o qual é confirmado com o teste de contato.^{33,34} *Minciullo et al.*³³ sugerem fazer o exame histopatológico no intuito de descartar outras lesões. Uma vez identificado o alérgeno causador, para o sucesso do tratamento, é essencial evitar o contato com o mesmo.³³

Embora o paciente do caso 2 seja do sexo feminino, faça uso de cosméticos nos lábios e tenha apresentado áreas de descamação, quadro esse semelhante aos aspectos clínicos que a QC pode exibir, observou-se histologicamente a ausência de eosinófilos na composição do infiltrado inflamatório. Fatos esses que conduziu à exclusão de queilite de contato.

A queilite granulomatosa (QGr) não possui etiopatogenia definida, embora alguns autores relatem a possibilidade de ser uma reação de hipersensibilidade a alimentos e materiais odontológicos associados a fatores genéticos e infecciosos.^{35,36} É caracterizada clinicamente pelo edema crônico, difuso e progressivo dos lábios, sem fissura, descamação ou ulceração. Acomete os sexos igualmente e exibe predileção pela segunda e terceira décadas de vida.³⁶⁻³⁹ *Martínez Martínez et al.*³⁵ destacam predileção dessa condição pelo lábio superior. No entanto, o inchaço pode envolver o lábio inferior, mucosa jugal ou mesmo a região periorbital.^{35,36}

A QGr pode estar associada a manifestações sistêmicas, como febre, cefaleia e mal-estar, provocar disgeusia e redução da secreção salivar e os linfonodos regionais podem apresentar-se aumentados.³⁶ *Martínez Martínez et al.*,³⁵ *Ferguson et al.*³⁸ e *Franz e Andres*³⁹ propõem que o inchaço do lábio é inicialmente suave e reversível, mas, após várias recidivas, torna-se endurecido e persistente; inclusive, a fibrose pode causar prejuízos estéticos, problemas na fala e alimentação.

Frente a isso, o exame histopatológico é considerado indispensável para confirmar o diagnóstico da QGr.^{35,39} *Sarkar et al.*³⁶ e *Rangdhol et al.*,⁴⁰ este é caracterizado pela reação inflamatória crônica constituída de linfócitos, plasmócitos e histiócitos perivasculares, além da formação de granulomas tipo inespecífico.

Nos casos apresentados, observou-se a ausência de edema ou fibrose labial, assim como presença de outras manifestações clínicas em outros sítios orais e faciais. Ao exame microscópico, observou-se a inexistência da reação granulomatosa.

Por sua vez, a queilite plasmocitária (QP) trata-se de uma rara condição inflamatória, de etiologia desconhecida, caracterizada clinicamente por placas orais eritematosas, que podem estar associadas a úlceras, erosões e/ou nódulos. De evolução lenta, é mais comum em homens, idosos e em lábio inferior.^{7,36,41-45}

Histopatologicamente, é caracterizada pela presença de um denso infiltrado predominantemente plasmocitário disposto em faixa,^{36,42,43,46} e pode apresentar linfócitos, neutrófilos e, ainda, corpúsculos de Russel.⁴⁴ O diagnóstico de QP foi descartado, visto que os dois casos não exibiam lesões em forma de placas eritematosas, assim como a presença de plasmócitos não era predominante no infiltrado inflamatório, o qual não se apresentava disposto em faixa.

Por fim, o prurigo actínico (PA) é uma fotodermatose de causa pouco esclarecida, cujas primeiras manifestações ocorrem durante a infância e afeta predominantemente mulheres. O PA é descrito como uma doença inflamatória familiar rara, no qual tem sido relatada uma susceptibilidade genética ligada ao antígeno leucocitário humano, particularmente com o alelo HLA-DR4.⁴⁷⁻⁴⁹

Clinicamente, as lesões apresentam-se como pápulas eritematosas, crostas, escoriações, placas liquenoides extremamente pruriginosas e hipo ou hiperpigmentação em áreas da pele expostas ao sol, particularmente do lábio inferior e conjuntiva. Além disso, o envolvimento bilateral e simétrico não é incomum.⁴⁷⁻⁵⁰

Ao exame microscópico, o PA se caracteriza por um epitélio de revestimento que exhibe hiperqueratose, acantose, espongiose e vacuolização das células da camada basal, podendo apresentar áreas de ulceração. Um achado observado no tecido conjuntivo é a presença de vasos dilatados e congestos. Apesar de conter uma quantidade abundante de eosinófilos, o infiltrado inflamatório possui uma predominância de linfócitos e plasmócitos arranjados em faixa, onde 80 % dos casos formam folículos ou centros germinativos, sendo essa característica considerada como um achado patognomônico.^{47,51}

Diante, do que é descrito na literatura, existem aspectos clínicos e histopatológicos importantes a serem considerados na exclusão dos tipos de queilites descritos e no estabelecimento do diagnóstico de queilite esfoliativa.

Embora no caso 2 houvesse a presença de crostas pruriginosas, como também hiperpigmentação em ambos os lábios. Na análise histopatológica não foi verificada formação de folículos ou centros germinativos, característica que é importante para o estabelecimento do diagnóstico de prurigo actínico. Neste caso, a paciente apresentou melhora progressiva do quadro clínico a partir do estabelecimento da terapia. Além da corticoterapia, outros meios de tratamento relatados na literatura, incluem, agentes tópicos de calcineurina e agentes hidratantes.⁵² Em situações onde há associação entre as lesões em lábio e distúrbios psíquicos, como no caso 1, a terapia clínica não é resolutive, sendo necessário o acompanhamento psicológico concomitante ao tratamento da queilite factícia e no caso relatado, a paciente foi resistente ao acompanhamento psicológico e a continuidade do tratamento da lesão do lábio.

CONCLUSÕES

A QE corresponde a um estado de inflamação dos lábios e, a partir das suas características clínicas pode se assemelhar a outras lesões nesse sítio. Dessa forma, para o correto diagnóstico da QE, assim como de outras condições, é importante a realização de um exame clínico completo. Além disso, é necessária a realização de exames complementares, como a biópsia, visto que a avaliação histopatológica fornecerá dados que auxiliam no estabelecimento do diagnóstico definitivo entre os variados tipos de queilite, e conseqüentemente do tratamento adequado. Em algumas situações é de suma importância o tratamento multidisciplinar, principalmente no caso de queilites factícias.

REFERÊNCIAS

1. Connolly M, Kennedy C. Exfoliative cheilitis successfully treated with topical tacrolimus. *Br J Dermatol.* 2004;151:241-2.
2. Bhatia BK, Bahr BA, Murase JE. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1:95-8.
3. Chalkoo AH, Makroo NN, Peerzada GY. Exfoliative cheilitis. *Indian J Dent Adv.* 2016;8:3-9.
4. Almazrooa AS, Woo SB, Mawardi H, Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116:485-9.
5. Flores IL, Gamba O, Carvalho RV, Lund RG, Etges A. Experimental and Clinical Evaluation of *Plantago australis* Extract as an Anti-inflammatory Agent to Treat Oral Pathologies. *Jentashapir J Health Res.* 2016;7:e39105.
6. Ito T, Natsuga H, Tanimura S, Aoyagi S, Shimizu H. Dermoscopic Features of Plasma Cell Cheilitis and Actinic Cheilitis. *Acta Derm Venereol.* 2014;94:593-4.
7. Barakian Y, Vahedi M, Sadr P. Exfoliative Cheilitis: A Case Report. *Avicenna J Dent Res.* 2015;7:e24942.
8. Nayaf MS. Exfoliative Cheilitis a male patient - a case report. *Our Dermatol Online.* 2015;6:39-42.
9. Samimi M. Chéilitis: orientation diagnostique et traitement. *Presse Med.* 2015;45:240-50.
10. Dutra DM, Nascimento MAG, Soares MSM. Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. *Rev Odonto Cien.* 2016;31:45-7.
11. Piñera-Marques K, Lorenzo S V, Silva LFF, Sotto MN, Carneiro PC. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. *Clinics.* 2010;65:363-7.
12. Lucena EES, Costa DCB, Da Silveira EJD, Lima KC. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Dis.* 2012;18:575-9.
13. Dufresne RG, Cruz AP, Zeikus P, Perlis C, Jellinel NJ. Dermabrasion for Actinic Cheilitis. *Dermatol. Surg.* 2008;34:848-50.
14. Garcia NG, Oliveira DT, Lauris JRP, Domingues MAC, Minicucci EM, Soares CT. Loss of cytokeratin 10 indicates malignant transformation in actinic cheilitis. *Clin Oral Invest.* 2016;20:745-52.
15. Osorio CH, Palma BF, Cartes-Velásquez R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev Cubana Estomatol.* 2016;53:45-55.

16. Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF, Figueiredo CRLV, Santos MGC, Lira CC. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. Rev Odontol UNESP. 2014;43:384-9.
17. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. Conscientiae Saúde. 2007;6:105-10.
18. Sarmiento DJS, Miguel MCC, Queiroz LM, Godoy GP, Da Silveira EJD. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. Int J Dermatol. 2014;53:466-72.
19. Nico MMS, Melo JN, Lourenço SV. Cheilitis glandularis: immunohistochemical expression of protein water channels (aquaporins) in minor labial salivary glands. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2014;28:382-7.
20. Lourenço SV, Gori LM, Boggio P, Nico MM. Cheilitis glandularis in albinos: a report of two cases and review of histopathological findings after therapeutic vermilionectomy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007;21:1265-7.
21. Friedrich RE, Löning T. Cheilitis glandularis: Case report with respect to immunohistochemical findings. GMS Interdisciplinary Plastic and Reconstructive Surgery. 2016;5:1-7.
22. Reiter S, Vered M, Yarom N, Goldsmith C, Gorsky M. Cheilitis glandularis: clinico-histopathological diagnostic criteria. Oral Dis. 2010;17:335-9.
23. Andrade ES, Sobral AP, Laureano Filho JR, Santos ME, Camargo IB. Cheilitis glandularis and actinic cheilitis: differential diagnoses - report of three unusual cases. Dermatol Online J. 2009;15:5.
24. Cross DL, Short LJ. Angular cheilitis occurring during orthodontic treatment. A case series. J Orthod. 2008;35:229-33.
25. Coronado-Castellote L, Jiménez-Soriano Y. Clinical and microbiological diagnosis of oral candidiasis. J Clin Exp Dent. 2013;5:e279-86.
26. Jafari AA, Lotfi-Kamran MH, Falah-Tafti A, Shirzadi S. Distribution Profile of Candida Species Involved in Angular Cheilitis Lesions Before and After Denture Replacement. Jundishapur J Microbiol. 2013;6:e10884.
27. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. Clin Dermatol. 2016;34:487-94.
28. Sharon V, Fazel N. Oral candidiasis and angular cheilitis. Dermatol Ther. 2010;23:230-42.
29. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common Oral Conditions in Older Persons. Amer Fam Physician. 2008;78:845-53.
30. Strauss RM, Orton DI. Allergic contact cheilitis in the United Kingdom: a retrospective study. Am J Contact Dermatitis. 2003;2:75-7.

31. Rosińska-Więckowic A, Misterska M, Bartoszek L, Zaba R. Cheilitis - case study and literature review. *Post Dermatol Alergol*. 2011;28:231-9.
32. Lindenmüller IH, Itin PH, Fistarol SK. Dermatology of the lips: Inflammatory diseases. *Quintessence International*. 2014;45:875-83.
33. Minciullo PL, Paolino G, Vacca M, Gangemi S, Nettis E. Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies. *Clin Mol Allergy*. 2016;14:10.
34. O'gorman SM, Torgerson RR. Contact allergy in cheilitis. *Int J Dermatol*. 2016;55:e386-91.
35. Martínez Martínez ML, Azaña-Defez JM, Pérez-García LJ, López-Villaescusa MT, Vázquez MR, Berruga CF. Granulomatous Cheilitis: A Report of 6 Cases and a Review of the Literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:718-24.
36. Sarkar S, Gosh S, Sengupta D. Clinically granulomatous cheilitis with plasma cells. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7:96-8.
37. Sasaki R, Suzuki K, Hayashi T, Inasaka H, Matsunaga K. Improvement of Cheilitis granulomatosa after Dental Treatment. *Case Rep Dermatol*. 2011;3:151-4.
38. Ferguson A, Golden S, Morrison L. New-onset oral lichen planus and granulomatous cheilitis in a 66-year-old woman. *JAAD Case Reports*. 2016;2:177-80.
39. Franz R, Andres C. Cheilitis granulomatosa and Melkersson-Rosenthal syndrome. Intralymphatic histiocytosis as valuable diagnostic indication. *Pathologie*. 2014;35:177-81.
40. Rangdhol RV, Madhulika N, Dany A, Jeelani S, Asokan GS. Idiopathic Orofacial Granulomatosis - A Diagnostic and Treatment Challenge. *J Clin Diagn Res*. 2014;8:7-10.
41. Farrier JN, Perkins CS. Plasma cell cheilitis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:679-80.
42. Ito T, Natsuga K, Tanimura S, Aoyagi S, Shimizu H. Dermoscopic features of plasma cell cheilitis and actinic cheilitis. *Acta Derm Venereol*. 2014;94:593-4.
43. Yoshimura K, Nakano S, Tsuruta D, Ohata C, Hashimoto T. Successful treatment with 308-nm monochromatic excimer light and subsequent tacrolimus 0.03 % ointment in refractory plasma cell cheilitis. *J Dermatol*. 2013;40:471-4.
44. Da Cunha Filho RR, Tochetto LB, Tochetto BB, Almeida JRHL, Lorencette NA, Netto JF. "Angular" plasma cell cheilitis. *Dermatol Online J*. 2014;20.
45. Fujimura Y, Natsuga K, Abe R, Morita Y, Nomura T, Shimizu H. Plasma cell cheilitis extending beyond vermillion border. Letter to the Editor. *J Dermatol*. 2015;42:935-6.
46. Tseng JT, Cheng CJ, Lee WR, Wang KH. Plasma-cell cheilitis: successful treatment with intralesional injections of corticosteroids. *Clin Exp Dermatol*. 2008;34:174-7.

47. Martínez-Luna E, Bologna-Molina R, Mosqueda-Taylor A, Cuevas-González JC, Rodríguez-Lobato E, Martínez-Velasco M A, et al. Immunohistochemical detection of mastocytes in tissue from patients with actinic prurigo. *J Clin Exp Dent*. 2015;7:e656-9.
48. Cuevas-González JC, Veja-Memíje ME, García-Vázquez FJ, Rodriguez-Lobato E, Farfán-Morales JE. Apoptosis and apoptotic pathway in actinic prurigo by immunohistochemistry. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21:e53-8.
49. Cuevas-González JC, Lievanos-Estrada, Veja-Memije ME, Hojyo-Tomoka MT, Dominguez-Soto L. Correlation of serum IgE levels and clinical manifestations in patients with actinic prurigo. *An Bras Dermatol*. 2016;91:23-6.
50. Miranda AMO, Ferrari TM, Werneck JT, Silva Junior A, Cunha KS, Dias EP. Actinic prurigo of the lip: Two case reports. *World J Clin Cases*. 2014;2:385-90.
51. Valbuena MC, Muvdi S, Lim HW. Actinic prurigo. *Dermatol Clin*. 2014;32:335-44.
52. Almazrooa SA, Woo S-B, Mawardi H, Tresiter N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. *Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013;116:e485-9.

Recibido: 26 de junio de 2017.

Aprobado: 22 de abril de 2018.

Éricka Janine Dantas da Silveira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Departamento de Odontologia. Avenida Senador Salgado Filho, 1757, Lagoa Nova.
CEP: 59056-000 Natal-RN. Brasil.
Correo electrónico: ericka_janine@yahoo.com.br