

Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia

Actinic cheilitis: aesthetic and functional comparative evaluation of vermilionectomy using the classic and W-plasty techniques

Ed Wilson Tsuneo Rossoe¹

Antonio José Tebcherani²

José Alexandre Sittart³

Mario Cezar Pires⁴

Resumo: FUNDAMENTO: A queilite actínica crônica é a ceratose actínica localizada no vermelhão labial. O tratamento é de crucial importância, devido ao potencial de transformação maligna.

OBJETIVO: Avaliar os resultados estéticos e funcionais das vermelhectomias clássica e em W-plastia na queilite actínica. Na técnica clássica, a cicatriz é linear; na W-plastia, em linha quebrada.

MÉTODOS: Foram tratados 32 pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico de queilite actínica. Quinze deles foram submetidos à técnica em W-plastia e 17, à técnica clássica. Avaliaram-se parâmetros como retração cicatricial e alterações funcionais.

RESULTADOS: Houve associação estatisticamente significativa entre a técnica utilizada e a presença de retração cicatricial, sendo a associação positiva com a clássica ($p=0,01$ com correção de Yates). O risco relativo (odds ratio - OR) calculado foi de 11,25, ou seja, houve maior chance de retração nos pacientes submetidos à técnica clássica. Nenhuma das técnicas apresentou alterações funcionais. Avaliaram-se complicações pós-operatórias como presença de crostas, lábios secos, parestesia e deiscência de sutura. Não houve associação estatisticamente significante entre as complicações e a técnica utilizada ($p=0,69$).

CONCLUSÃO: Concluiu-se que a vermelhectomia em W-plastia oferece melhores resultados estéticos e índices de complicações semelhantes.

Palavras-chave: Lesões pré-cancerosas; Queilite; Transtornos de fotossensibilidade

Abstract: BACKGROUND: Chronic actinic cheilitis is actinic keratosis located on the vermilion border. Treatment is essential because of the potential for malignant transformation.

OBJECTIVE: To evaluate the aesthetic and functional results of vermilionectomy using the classic and W-plasty techniques in actinic cheilitis. In the classic technique, the scar is linear and in the W-plasty one, it is a broken line.

METHODS: 32 patients with clinical and histopathological diagnosis of actinic cheilitis were treated. Out of the 32 patients, 15 underwent the W-plasty technique and 17 underwent the classic one. We evaluated parameters such as scar retraction and functional changes.

RESULTS: A statistically significant association between the technique used and scar retraction was found, which was positive when using the classic technique ($p = 0.01$ with Yates' correction). The odds ratio was calculated at 11.25, i.e., there was a greater chance of retraction in patients undergoing the classic technique. Both techniques revealed no functional changes. We evaluated postoperative complications such as the presence of crusts, dry lips, paresthesia, and suture dehiscence. There was no statistically significant association between complications and the technique used ($p = 0.69$).

CONCLUSION: We concluded that vermilionectomy using the W-plasty technique shows better cosmetic results and similar complication rates.

Keywords: Cheilitis; Photosensitivity disorders; Precancerous conditions

Recebido em 11.11.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 16.12.10.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Especialista em Cirurgia Plástica; cirurgião plástico do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

² Mestre em Anatomia Patológica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); dermatopatologista do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

³ Doutor em Clínica Médica pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo; diretor do Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutor em Clínica Médica pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo; diretor do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A queilite actínica é também conhecida como ceratose actínica do lábio. A similaridade com a ceratose actínica da pele está na etiologia comum das duas doenças, na exposição à radiação solar e no fato de serem ambas precursoras do desenvolvimento do carcinoma espinocelular. Ela se manifesta por ressecamento, erosões e perda do limite do lábio inferior, acometendo, sobretudo, pessoas de pele clara. Os principais fatores de risco são: exposição crônica aos raios solares, tabagismo e má higiene bucal.¹

A relação entre o câncer de lábio e a exposição solar foi descrita em 1923 por Ayres. O tempo estimado para o desenvolvimento do câncer de lábio é de 20-30 anos, porém, em alguns pacientes, é menor. O perfil do paciente de risco para o desenvolvimento de câncer de lábio é: idade superior a 50 anos, pele clara, fumante, com antecedente de exposição solar.^{2,3} Enquanto metástases de carcinoma espinocelular da pele derivadas de ceratoses actínicas são raras, esse tumor, quando no lábio, origina metástases em aproximadamente 11% dos casos.⁴

Em quase todos os pacientes com carcinoma espinocelular do lábio, este se desenvolve em lesões preexistentes de queilite actínica. Ele acomete o lábio inferior em mais de 90% dos casos. São considerados sinais indicativos de malignidade: área endurecida, úlcera, eritema persistente e áreas de hiperqueratose. Qualquer uma dessas alterações é indicação para realização de biópsia.⁴ É a neoplasia maligna mais frequente do lábio e representa cerca de 15% a 40% dos casos de câncer bucal.⁵ Em vista disso, a queilite actínica deve ser tratada devido ao risco de desenvolvimento de carcinoma espinocelular e consequente potencial para causar metástases.⁶ O carcinoma espinocelular do lábio desenvolve metástases em aproximadamente 11% dos casos, ao passo que esse mesmo tumor na pele, quando derivado da ceratose actínica, tem probabilidade de menos de 1% de apresentar metástase.⁷

São descritas várias formas de tratamento da queilite actínica: aplicação de 5-fluoracil, *peeling* com ácido tricloroacético a 50%, eletrocirurgia, terapia fotodinâmica, *laser* de CO₂, vermelhectomia, criocirurgia e dermoabrasão.⁸

A vermelhectomia constitui excelente alternativa de tratamento da queilite actínica por ser de fácil execução e oferecer resultados estéticos satisfatórios, segundo vários autores.⁹ De acordo com Spira e Hardy, em 1964, a vermelhectomia foi descrita, inicialmente, por Bernard e Huette, em 1869. Kwapis e Gibson a descreveram em 1956 como sendo uma excisão total ou parcial do vermelhão do lábio, com avanço da mucosa e sutura da mesma à pele para fechamento do defeito.¹⁰

A intervenção é sob anestesia local e todo o vermelhão do lábio inferior é ressecado, sem que se toque no músculo orbicular. A mucosa é avançada em direção à pele para ser suturada e, assim, realizado o fechamento do defeito. As possíveis complicações pós-operatórias são: hematoma, deiscência da sutura e hipoestésias.¹⁰

Na vermelhectomia clássica, a cicatriz resultante da ressecção do vermelhão é linear, o que pode levar a retração cicatricial e consequente cicatriz inestética. Para se evitar a formação dessa cicatriz retraída, Fernandez Vozmediano (1989) propôs a realização da vermelhectomia com cicatriz em linha quebrada, chamada em W-plastia, e publicou três casos com essa técnica.¹¹ Propõe-se um estudo comparativo entre as duas técnicas de vermelhectomia: clássica e em W-plastia, avaliando-se seus resultados estéticos.

CASUÍSTICA

Este protocolo foi encaminhado aos Comitês de Ética em Pesquisa, sendo aprovado em 27 de dezembro de 2005 e 20 de dezembro de 2004.

Selecionaram-se 33 pacientes que apresentavam, no mínimo, um dos seguintes critérios clínicos de queilite actínica: descamação, ceratose acentuada, eritema, atrofia, erosão, perda da nitidez do limite entre o vermelhão e a pele e infiltração à palpação.³ Devido à relativa raridade da doença, não se realizou cálculo para determinação da amostra de pacientes para esse estudo.

Os sujeitos da pesquisa foram submetidos à biópsia do lábio para confirmação anatomopatológica de queilite actínica, caracterizada pela presença de atipias nucleares (hipercromasia, cariomegalia) e arquiteturas (desarranjo na disposição dos ceratinócitos) observadas na camada basal do epitélio escamoso. Foram considerados elegíveis para participar do estudo os que preencheram os critérios clínicos e histopatológicos de queilite actínica.

Os pacientes foram alternadamente subdivididos em dois grupos para tratamento cirúrgico, a vermelhectomia nas duas variantes: clássica e em W-plastia. A vermelhectomia clássica deixa como resultante uma cicatriz final linear e a W-plastia, uma cicatriz em linha quebrada. O vermelhão do lábio é removido cirurgicamente até o plano muscular e a mucosa interna é tracionada externamente e suturada à pele.

Realizaram-se exames pré-operatórios padronizados no Serviço, como hemograma, coagulograma, glicemia, ureia, creatinina e eletrocardiograma, para avaliação do estado clínico dos pacientes a serem incluídos no presente estudo.

Os critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa foram: paciente que tenha aceitado participar do

estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, de ambos os gêneros, de qualquer idade ou raça, com diagnóstico clínico e histopatológico de queilite actínica.

Os critérios de exclusão foram: gravidez, evidências clínicas ou laboratoriais de imunossupressão ou uso de drogas imunossupressoras, presença de carcinoma espinocelular no exame anatomopatológico pré-operatório, alergia a qualquer substância a ser utilizada na cirurgia, diabetes melito descompensada, uso de anticoagulante ou ácido acetilsalicílico até 15 dias antes da cirurgia, qualquer droga que, a critério do investigador, pudesse interferir nos resultados, paciente em surto de herpes labial, cardiopatia ou qualquer condição clínica que contraindicasse cirurgia desse porte, não comparecimento à visita pós-operatória.

Após confirmação anatomopatológica de queilite actínica, os pacientes foram orientados sobre a necessidade do tratamento dessa enfermidade. Apresentaram-se as diversas formas de tratamento disponíveis no hospital e ofereceu-se o tratamento cirúrgico como opção, inclusive a possibilidade de participação no presente estudo. Aos que aceitaram participar foram entregues os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e de autorização para fotografia (AF), com explicações sobre o objetivo do estudo, os riscos e desconfortos da cirurgia e a confidencialidade dos resultados. Todos os pacientes que aceitaram participar assinaram os referidos termos.

Os dados de história, exame físico, anatomopatológico e resultados laboratoriais foram anotados em ficha clínica padronizada (idade, gênero, cor, ocupação, tempo de exposição solar, tipo de pele segundo classificação de Fitzpatrick, tabagismo, técnica utilizada, tempo de cirurgia, complicações no pós-operatório imediato e tardio). Todos os sujeitos da pesquisa foram fotografados de forma padrão em detalhe dos lábios no pré-operatório e pós-operatório de no mínimo três meses.

As cirurgias foram realizadas ambulatorialmente sob anestesia local, utilizando-se cloridrato de lidocaína a 2% com adrenalina, antisepsia com solução de iodo povidona e suturas com fios absorvíveis de catégute 4-0. Foram cronometrados os tempos cirúrgicos desde o início da incisão até a realização do último ponto, para comparação entre as duas técnicas.

Na técnica clássica, com cicatriz resultante linear, realiza-se a marcação de uma elipse com bordas lineares de todo o vermelhão com caneta marcadora. Realiza-se a ressecção do vermelhão do lábio até a musculatura e sutura-se primariamente após hemostasia cuidadosa. A sutura final e a cicatriz resultam em linha reta, que percorre toda a extensão do lábio inferior (Figuras 1 e 2). Na W-plastia, o processo anestésico é o mesmo da técnica clássica, porém, a marcação

prévia é diferente. Faz-se um desenho no lábio inferior com caneta marcadora em forma de elipse que compreenda toda a extensão do lábio inferior, porém, com as bordas do desenho serrilhadas. A ressecção da elipse do vermelhão também segue até a musculatura. Assim, a cicatriz resultante final será em linha quebrada, denominada em W-plastia (Figuras 3 e 4).

No período pós-operatório, todos os pacientes receberam antibioticoterapia profilática com cefalexina 500mg a cada seis horas por sete dias, além de analgésico dipirona, conforme rotina estabelecida no Serviço. Todos foram orientados a não ingerir alimentos quentes nas primeiras 24 horas.

As peças operatórias foram submetidas a exame histopatológico.

As complicações pós-operatórias analisadas foram infecção, crostas, necrose, parestesia e deiscência da sutura, além de funcionalidade no sorriso e na sucção.

As fotografias no pós-operatório foram feitas, no mínimo, três meses depois do procedimento cirúrgico, analisando-se parâmetros como funcionalidade e aspectos estéticos como retração cicatricial que evidenciasse cicatriz de pior qualidade. O grau de retração cicatricial foi classificado de acordo com os seguintes critérios:

0 – Ausência de retração (Figura 5);

1 – Retração leve: discreta visualização da cicatriz (Figura 6);

2 – Retração moderada: visualização clara da cicatriz (Figura 7);

3 – Retração grave: cicatriz contraindo tecidos vizinhos (Figura 8).

Analisaram-se os resultados com o auxílio do programa Epi Info versão 3.5.1. Utilizaram-se os métodos qui-quadrado e teste exato de Fisher. Quando uma das variáveis foi menor do que dois, utilizou-se o

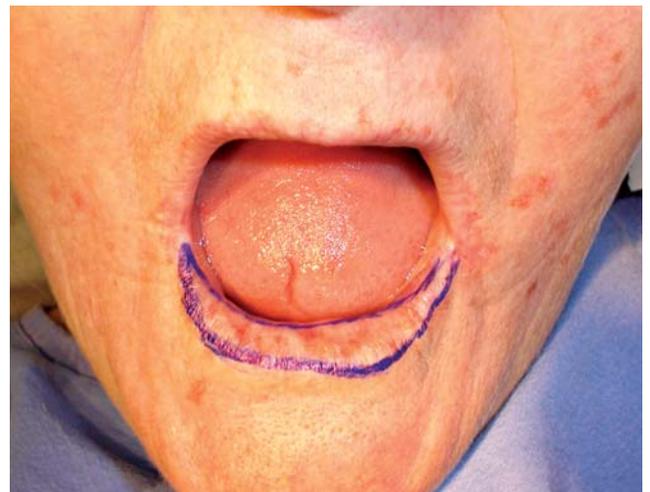


FIGURA 1: Marcação da elipse com bordas lineares



FIGURA 2: Sutura do lábio com cicatriz resultante linear na vermelhectomia clássica

teste exato de Fisher. Consideraram-se significativos os valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos 33 sujeitos da pesquisa selecionados, 32 foram analisados e considerados aptos a participar do estudo. Um paciente foi excluído por falta de seguimento. Dos 32 avaliados, 19 eram do gênero feminino (59,4%) e 13 do masculino.

A distribuição dos pacientes entre os grupos W-plastia e clássica foi homogênea em relação ao gênero ($p=0,66$, corrigido de Yates).

A média da idade dos sujeitos da pesquisa foi de 63 anos, a mediana, 63,5 anos e a moda, 65 anos. A menor idade foi 40 anos e a maior, 79 anos. Houve predomínio da sétima e da oitava décadas. Ao se separarem os pacientes nos grupos submetidos à W-plastia e à cirurgia clássica, não se observou diferença signifi-



FIGURA 4: Sutura do lábio com cicatriz resultante em linha quebrada na vermelhectomia em W-plastia

cativa quanto à idade ($p=0,26$, teste exato de Fisher).

Em relação ao fotótipo, 31 pacientes (96%), do total de 32, apresentavam fotótipo II, o que impossibilitou a comparação entre os grupos. Apenas um paciente era do fotótipo IV e este foi do grupo W-plastia.

No que respeita à ocupação, 18 doentes eram lavradores (56,25%), seguidos por três pedreiros (9,37%), três donas de casa (9,37%), um vendedor de rua (3,12%), uma cozinheira (3,12%), um ferramenteiro (3,12%), um motorista (3,12%), um encarregado de departamento de pessoal (3,12%), um policial militar (3,12%), uma lavadeira (3,12%) e um vigia (3,12%).

Dos 32 pacientes avaliados, 17 (53,1%) se declararam fumantes e sua distribuição foi semelhante entre os dois grupos.

A média do tempo de exposição solar foi de 30,78 anos, mediana de 30 anos e moda de 30 anos.

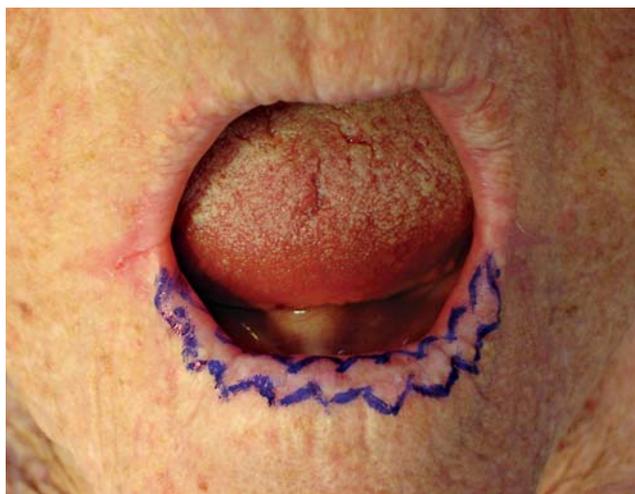


FIGURA 3: Marcação da elipse com bordas serrilhadas



FIGURA 5: Ausência de retração cicatricial (grau 0)

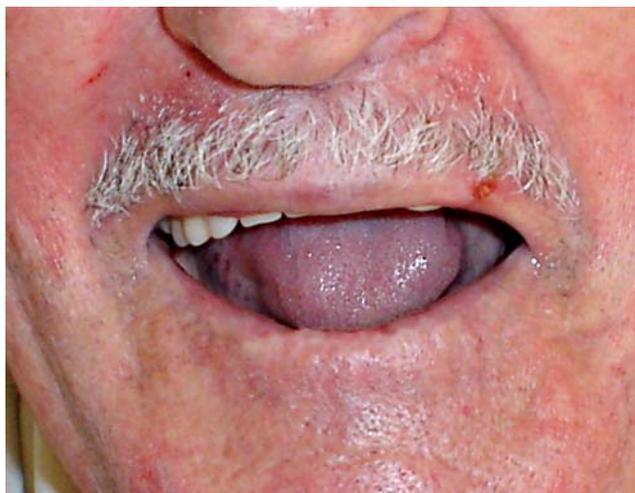


FIGURA 6: Retração leve (grau 1)

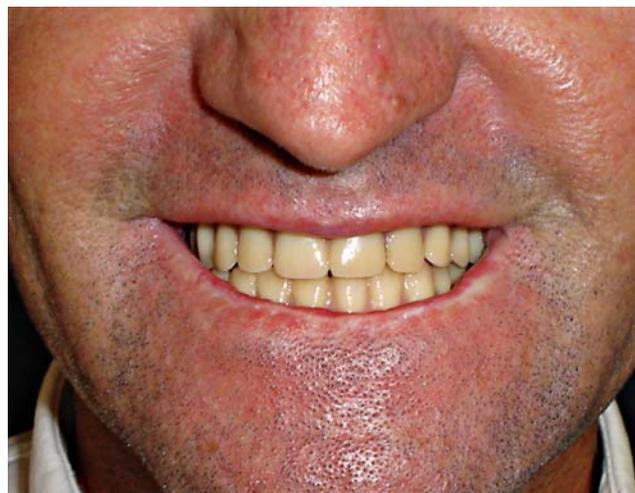


FIGURA 8: Retração grave (grau 3)

Em relação ao resultado dos tratamentos propostos, optou-se pela análise da presença de retração cicatricial no pós-operatório tardio (mais de três meses). Realizou-se, também, a avaliação funcional do sorriso e da sucção, mas em nenhum dos grupos houve qualquer alteração. Dessa maneira, as maiores diferenças encontradas foram relativas ao grau de retração encontrado no pós-operatório tardio. Conforme apresentado em métodos, graduou-se a retração em quatro graus (Figuras 5 a 8), visando a facilitar a análise estatística. Quanto a esse aspecto, observou-se predomínio de retração moderada a grave nos pacientes submetidos à técnica clássica e ausência de retração a leve na W-plastia (Tabela 1).

Houve associação estatisticamente significativa entre ausência de retração e W-plastia ($p=0,002$). Para melhor análise estatística, dividiram-se os resultados em presença e ausência de retração, independentemente do grau. Dessa maneira, também se encontrou

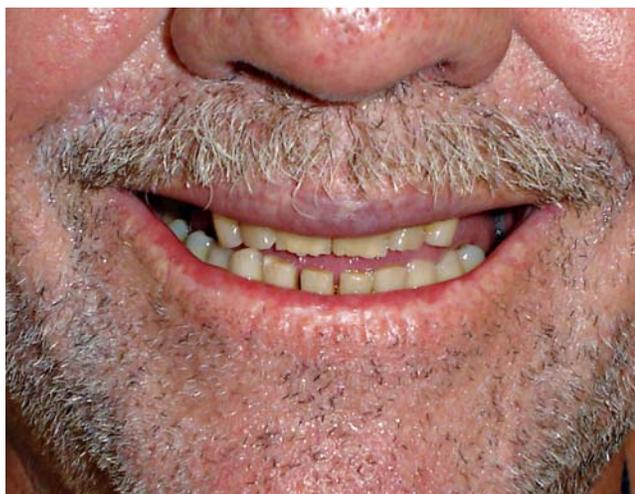


FIGURA 7: Retração moderada (grau 2)

associação estatisticamente significativa entre o grau de retração cicatricial e a técnica utilizada, sendo a associação positiva com a clássica ($p=0,01$, com correção de Yates). O risco relativo calculado foi de 11,25, ou seja, houve maior probabilidade de retração nos pacientes submetidos à técnica clássica (Tabela 2).

Visando a avaliar as variáveis de confusão, analisou-se a presença de retração em relação ao gênero, à idade, ao hábito de fumar e à exposição solar:

Gênero – A presença de retração cicatricial no pós-operatório não foi estatisticamente associada ($p=0,45$, teste exato de Fisher);

Idade – Para fins de análise estatística, separaram-se os pacientes em dois grupos, ou seja, até 60 anos e acima de 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que considera esse o limite para designação de idosos no País. A presença de retração cicatricial no pós-operatório não foi estatisticamente associada à idade ($p=0,42$, teste exato de Fisher);

Tabagismo – Não houve associação entre tabagismo e presença de retração ($p=0,79$, corrigido de Yates);

Exposição solar – Devido à grande variabilidade

TABELA 1: Distribuição dos graus de retração cicatricial no pós-operatório tardio nas técnicas W-plastia e clássica

Retração	W-plastia	%	Clássica	%	Total
Ausente - 0	9	60	2	12	11
Leve - 1	5	33	3	18	8
Moderada - 2	1	7	7	41	8
Grave - 3	0	0	5	29	5
Total	15	100	17	100	32

Período de janeiro de 2005 a julho de 2006 ($p=0,002$)

TABELA 2: Distribuição quanto à técnica utilizada e a presença de retração cicatricial

Retração	W-plastia	%	Técnica Clássica	%	Total
Ausente	9	60	2	11,8	11
Presente	6	40	15	88,2	21
Total	15	100	17	100	32

Período de janeiro de 2005 a julho de 2006 (p=0,01)

de de exposição encontrada nos dois grupos, não foi possível analisar a relação entre esta e retração cicatricial.

O tempo médio para a realização da cirurgia na técnica clássica foi de 19,6 minutos e na técnica em W-plastia foi de 21,6 minutos, o que demonstra que a utilização da W-plastia não apresenta grau de dificuldade técnica estatisticamente maior em relação à técnica clássica.

Os resultados anatomopatológicos das peças operatórias confirmaram a presença focal de carcinoma espinocelular superficialmente invasivo em dois casos (6,25%) e carcinoma basocelular em um caso (3,12%), demonstrando a necessidade de análise da peça operatória completa para maior precisão do diagnóstico.

As complicações analisadas foram: lábios secos, parestesia, crostas e deiscência de sutura. Dos sujeitos submetidos à W-plastia, a sensação de lábio seco estava presente em dois casos (13,4%) e a parestesia, em cinco casos (33,3%). Na técnica clássica, a presença de lábio seco ocorreu em dois casos (11,8%), a parestesia, em quatro (23,5%) e a deiscência, em dois (11,8%).

Também se analisou a presença ou ausência de complicações, independentemente do tipo, bem como a presença ou ausência de retração. Notou-se, pelo método qui-quadrado (p=0,69), que não houve associação entre a técnica utilizada e a presença de complicações.

Com exceção feita à parestesia, que tendeu a persistir por longos períodos com ambas as técnicas, todas as outras complicações resolveram-se por completo. Houve parestesia em ambos os grupos (cinco casos na W-plastia e quatro na clássica), não sendo essa diferença estatisticamente significativa pelo método qui-quadrado (p=0,69).

O tempo de seguimento pós-operatório variou de 3-42 meses em ambos os grupos, com média de 19 meses.

DISCUSSÃO

Neste estudo, compararam-se os resultados estéticos e funcionais das vermelhectomias clássica e em W-plastia. Avaliou-se o grau de retração cicatricial

que evidenciasse cicatriz de pior qualidade, além de complicações como parestesias, deiscências de sutura, presença de crostas e lábios secos.

Embora várias técnicas terapêuticas tenham sido descritas, como aplicação de 5 fluouracil, *peeling* de ácido tricloroacético, criocirurgia, eletrodissecção e curetagem, dermoabrasão, terapia fotodinâmica e *laser* de CO₂,^{12,13} elas não oferecem substrato anatomopatológico para análise da peça operatória por inteiro.

A remoção completa do vermelhão do lábio, além da alta eficácia, possibilita o diagnóstico de carcinoma espinocelular incipiente. Encontrou-se incidência maior deste do gênero feminino (59,4%), o que diferiu da maioria dos trabalhos anteriores, nos quais o predomínio foi do gênero masculino.¹² Entretanto, Aguiar (1995) e Oliveira Filho (1998) relatam incidência equitativa entre os gêneros, da mesma maneira que o presente estudo. Isso pode ser explicado pelo alto contingente de mulheres que trabalham na lavoura, em nosso meio.³

As faixas etárias predominantes foram a sétima e a oitava décadas. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Oliveira Filho (1998).

Segundo Zelickson e Roenigk (1990), o tempo para a queilite actínica evoluir para carcinoma espinocelular é de 20-30 anos, o que justifica a média de idade na presente casuística. Considera-se o tempo de exposição solar importante para o desenvolvimento da queilite actínica.

Quanto ao fotótipo, 96% dos pacientes eram do tipo II de Fitzpatrick e apenas um do fotótipo IV, o que está de acordo com a literatura pesquisada.¹⁴

A ocupação predominante foi de lavrador (56,25% dos casos), o que corroborou os dados da literatura, em que a queilite actínica acometeu pessoas que se expuseram à radiação solar.^{3,12,13,15,16,17}

O tabagismo estava presente em 53,1% dos pacientes do estudo. Na literatura, os dados são variáveis quanto à associação de tabagismo e queilite actínica. Oliveira Filho (1998), no estudo de 20 pacientes, encontrou incidência semelhante (55%); esse achado difere de Aguiar (1995), que encontrou apenas 15,9%. Outros autores apenas relataram a associação com o tabagismo, sem citar os percentuais.^{12,18,19} Por ser carcinógeno, acredita-se que o tabaco também contribua para o desenvolvimento da queilite actínica.

Elegeu-se a vermelhectomia como forma de tratamento da queilite actínica por se tratar de método rápido, com recuperação pós-operatória de curto prazo, com baixos índices de complicações e eficaz na profilaxia do carcinoma espinocelular do lábio, que, em 11% dos casos, causa metástases cervicais.^{1,20} Esse procedimento pode ser realizado sob anestesia local, de forma ambulatorial e com resultados estéticos bas-

tante satisfatórios. A área operada é fechada por meio de avanço da mucosa em direção à pele.²¹ No presente estudo, realizaram-se todas as vermelhectomias sob anestesia local, com fechamento por avanço da mucosa à pele, ambulatorialmente, com bons resultados.

Para as vermelhectomias, utilizaram-se duas técnicas, a clássica, com cicatriz resultante linear e mais descrita na literatura, e a técnica em W-plastia, descrita em apenas um estudo em número pequeno de indivíduos, cuja cicatriz resultante em linha quebrada oferece resultados estéticos superiores à técnica anteriormente descrita.^{6,9,10,11,21,22,23,24,25,26} Segundo Vozmediano e também a opinião dos autores deste estudo, essa cicatriz em linha quebrada é mais distensível, portanto, não afeta o movimento da boca.¹¹

O principal resultado analisado foi a presença de retração cicatricial no pós-operatório tardio (mais de três meses). As cicatrizes inestéticas e as parestesias são as principais críticas para a realização das vermelhectomias.^{16,27} Outros autores descreveram como complicações da vermelhectomia a irritação do lábio superior, pelo crescimento invertido da barba do lábio inferior, hematomas, edema e eritema prolongados.^{15,16} Na presente casuística, não se encontraram tais complicações. Apesar das retrações cicatriciais em diversos graus observadas em alguns dos pacientes, acredita-se que se trata de excelente método para o tratamento da queilite actínica, pois oferece remoção completa do vermelhão e análise anatomopatológica da peça operatória, possibilitando a verificação da presença de neoplasia maligna.

No que concerne às técnicas empregadas, as retrações cicatriciais moderadas e graves, responsáveis por resultados esteticamente inferiores, estavam presentes, principalmente, na clássica (12 pacientes, 70,6%, Tabela 1). Na W-plastia, as retrações cicatriciais tendiam a ser leves ou ausentes, sendo as moderadas e graves menos observadas (um paciente, 6,6%, Tabela 1). Assim, na W-plastia, ocorreu melhor acomodação tecidual, com aspecto final superior.

Ao se subdividirem os pacientes em grupos com retração ou sem retração cicatricial, independentemente do grau, houve associação estatisticamente significativa entre a técnica utilizada e a presença de retração, sendo a associação positiva com a técnica clássica ($p=0,01$, com correção de Yates, Tabela 2). O risco relativo foi de 11,25, ou seja, a probabilidade do desenvolvimento da retração cicatricial na técnica clássica foi 11,25 vezes maior do que na W-plastia. Dos pacientes submetidos a esta última técnica, 60% tinham cicatriz invisível (ausência de retração), ao passo que, na técnica clássica, apenas 11,8% apresentavam cicatriz dessa natureza.

Na literatura, não se encontrou nenhum estudo comparativo entre as duas técnicas; apenas um autor,

Fernandez Vozmediano (1989), descreveu a vermelhectomia em W-plastia como opção para se obterem melhores resultados estéticos e funcionais. Nessa técnica, a cicatriz resultante em linha quebrada permite que a cicatriz se torne mais distensível, evitando-se as retrações cicatriciais. Na técnica clássica, a cicatriz transversal em linha reta pode causar retrações e dificuldades para o sorriso e a sucção.¹¹ Esse autor estudou apenas três pacientes e não realizou estudo comparativo entre as técnicas. Na casuística deste estudo, não se encontrou, nos dois grupos, nenhum paciente com dificuldade para sorrir ou sugar, mas a presença de retração cicatricial foi maior com a técnica clássica.

Sanchez-Conejo-Mir (1986) estudou 52 pacientes com diagnóstico de queilite actínica que foram submetidos à vermelhectomia clássica. Em 13,4% dos casos, houve confirmação anatomopatológica de carcinoma espinocelular, analogamente aos resultados encontrados pelos autores deste estudo, de 6,25% de carcinoma espinocelular e 3,12% de carcinoma basocelular. Procurou-se correlacionar a presença de retração cicatricial com outras variáveis, como gênero, idade, tabagismo e tempo de exposição, independentemente da técnica.

Não houve associação entre retração cicatricial e gênero ($p=0,45$, teste exato de Fisher).

Quanto à idade, para fins de análise estatística, separaram-se os pacientes em dois grupos, até 60 anos e acima de 60 anos. Não houve relação entre a presença de retração cicatricial e os pacientes considerados idosos ou não, $p=0,42$.

O hábito de fumar também não apresentou associação estatisticamente significativa com a retração cicatricial ($p=0,79$). Na literatura, o hábito de fumar foi relacionado à própria queilite actínica e não se encontraram relatos sobre a influência no resultado cirúrgico.

No que se refere à exposição solar, houve distribuição aleatória entre o tempo desta e retração cicatricial, não sendo possível a análise estatística.

O tempo médio gasto para a realização das cirurgias foi de 19,6 minutos na técnica clássica e 21,6 minutos na W-plastia. Não houve diferença significativa no tempo cirúrgico entre as duas técnicas, o que justifica a utilização da técnica em W-plastia por oferecer melhores resultados estéticos e os mesmos índices de complicações.

A distribuição das complicações entre as duas técnicas ocorreu de forma aleatória. As principais foram: presença de crostas, lábios secos, parestesias e deiscência de sutura. Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de complicações e a técnica utilizada ($p=0,69$). Com exceção feita à parestesia, que tendeu a persistir por longos períodos, todas as outras complicações resolveram-se por com-

pleto. A parestesia também não estava associada à técnica utilizada ($p=0,69$).

A queilite actínica é uma dermatose pré-maligna que pode evoluir para carcinoma espinocelular invasivo com poder de originar metástases para linfonodos cervicais e, portanto, deve ser tratada de forma incisiva. Diante das várias alternativas terapêuticas encontradas na literatura, como aplicação de 5 fluouracil, *peeling* químico com ácido tricloroacético a 50%, imiquimode a 5%, criocirurgia, terapia fotodinâmica, *laser* de CO₂, acredita-se ser a vermelhectomia o tratamento de eleição por permitir remoção completa do vermelhão do lábio e análise anatomopatológica da peça operatória.²⁸ O presente estudo comparativo entre as duas técnicas de vermelhectomia, clássica (com cicatriz linear) e em W-plastia (com cicatriz em linha quebrada), mostrou que a última apresenta resultados estéticos muito superiores em relação à primeira. Essa técnica pode ser realizada sob anestesia local, ambulatorialmente, com tempo cirúrgico muito próximo ao da técnica clássica e com índices de complicações muito semelhantes.

CONCLUSÕES

A análise do tratamento dos 32 pacientes portadores de queilite actínica submetidos às vermelhectomias clássica e em W-plastia mostrou que:

Houve associação estatisticamente significativa entre a técnica utilizada e a presença de retração cicatricial, sendo a associação positiva com a clássica ($p=0,01$, com correção de Yates). O risco relativo calculado foi de 11,25, ou seja, houve maior chance de retração nos pacientes submetidos à técnica clássica.

O risco relativo pode gerar distorções devido ao desenho amostral incompleto, implícito nos estudos de caso-controle. Assim, considerou-se uma limitação do estudo a estimativa apresentada por ele;

Não houve associação estatisticamente significativa entre as complicações pós-operatórias (presença de crostas, lábios secos, parestesia e deiscência de sutura) e a técnica utilizada ($p=0,69$);

A W-plastia ofereceu resultados estéticos superiores aos da técnica clássica, com índice de complicações e dificuldade técnica semelhantes;

Não houve alteração funcional em nenhuma das técnicas utilizadas. □

REFERÊNCIAS

1. Picascia DD, Robinson JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 1987;17:255-63.
2. Cataldo E, Doku HC. Solar cheilitis. *J Dermatol Surg Oncol*. 1981;7:989-95.
3. Aguiar SM. Contribuição ao estudo da queilite actínica: correlação anátomo-clínica [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.
4. Main JHP, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. *J Can Dent Assoc*. 1994;60:113-6.
5. Pires RF, Bueno RH, Alves FA, Almeida OP. Queilite actínica: Aspectos clínicos e preventivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2001;55:200-3.
6. Sanchez-Conejo-Mir J, Peres Bernal AM, Moreno-Gimenez JC, Camacho-Martinez F. Follow up of vermilionectomies: Evaluation of the technique. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986;12:180-4.
7. Robinson JK. Actinic cheilitis. A prospective study comparing four treatment methods. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115:848-52.
8. Ishida CE, Ramos-e-Silva M. Cryosurgery in oral lesions. *Int J Dermatol*. 1998;37:283-5.
9. Kurth ME. "Lip Shave" or vermilionectomy: Indications and technique. *Br J Plast Surg*. 1957;10:156-62.
10. Spira M, Hardy B. Vermilionectomy. Review of cases with variations in technique. *Plast Reconstr Surg*. 1964;33:39-46.
11. Fernandez Vozmediano JM, Romero Cabrera MA, Carrascosa Cerquero A. Vermilionectomy using the Wplasty technique. *J Dermatol Oncol*. 1989;15:627-9.
12. Stanley RJ, Roenigk RK. Actinic cheilitis: Treatment with the carbon dioxide LASER. *Mayo Clin Proc*. 1988;63:230-5.
13. Whitaker DC. Microscopically proven cure of actinic cheilitis by CO2 LASER. *Lasers Surg Med*. 1987;7:520-3.
14. Oliveira Filho J. Queilite actínica: avaliação clínica, histopatológica e histoquímica do tratamento com LASER de CO2 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo; 1998.
15. Zelickson BD, Roenigk RK. Actinic cheilitis. Treatment with the carbon dioxide LASER. *Cancer*. 1990;65:1307-11.
16. Dufresne RG, Cruz AP, Zeikus P, Pertis C, Jellinek J. Dermabrasion for actinic cheilitis. *Dermatol Surg*. 2008;34:848-50.
17. Cavalcante ASR, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac*. 2008;3:498-503.
18. Lindqvist C, Tempo L. Epidemiological evaluation of sunlight as a risk factor of lip cancer. *Br J Cancer*. 1978;37:983-9.
19. Sheinberg RS. Carbon dioxide LASER treatment. Actinic cheilitis. *West J Med*. 1992;156:192-3.
20. Johnson TM, Sebastien TS, Lowe L, Nelson BR. Carbon dioxide LASER treatment of actinic cheilitis. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:737-40.
21. Kurul S, Uzunismail A, Kizir A. Total vermilionectomy; indications and technique. *Euro J Surg Oncol*. 1995;21:201-3.
22. Burket J. Vermilionectomy for lower lip leucoplakia. *Arch Derm*. 1967;95:397-9.
23. Marchac D, Dufourmentel C. Les états précancéreux du vermillon de la lèvre inférieure intérêt de la vermilionectomie préventive. *J FR Otorhinolaryngol audiophonol chir maxill*. 1971;20:1029-32.
24. Rayner CR, Arscott GD. A new method of resurfacing the lip. *Br J Plast Surg*. 1987;40:454-8.
25. Field LM. An improved design for vermilionectomy with a mucous-membrane advancement flap. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17:833-4.
26. Lustig J, Librus H, Neder A. Bipedicled myomucosal flap for reconstruction of the lip after vermilionectomy. *Oral Surg Med Oral Pathol*. 1994;77:594-7.
27. Neder A, Nahlieli O, Kaplan I. CO2 Laser used in surgical treatment of actinic cheilitis. *J Clin Laser Med Surg*. 1992;10:373-5.
28. Felício LBA, Ferreira J, Bently MVB, Bagnato VS, Tedesco CA, Souza CS. A terapia fotodinâmica com ácido 5 - aminolevulinico como modalidade de tratamento para neoplasias cutâneas não melanoma. *An. Bras. Dermatol*. 2008;83:309-16.

MAILING ADDRESS / ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ed Wilson Tsuneo Rossoe
Rua Visconde de Itaboraí, 471
03308-050 São Paulo - SP, Brasil
Tel./Fax: 11 2092 5656 / 11 2295 7750
E-mail: esonr@uol.com.br

How to cite this article/Como citar este artigo: Rossoe EWT, Tebcherani AJ, Sittart JA, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):65-73.