

# Queilite esfoliativa labial: a importância do diagnóstico diferencial

## Caso Clínico

Ana Amorim<sup>1</sup>, Hugo Ferraz<sup>2</sup>, Maria Inês Guimarães<sup>3</sup>, Maria Osório<sup>4</sup>, Rita Ferreira<sup>5</sup>, Augusta Silveira<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. UFP-FCS, Grupo de Investigação DELEQOL: saúde, 2022112946@ufp.edu.pt, 918358698

<sup>2</sup> Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. UFP-FCS, Grupo de Investigação DELEQOL: saúde, 42439@ufp.edu.pt, 915347060

<sup>3</sup> Médica Dentista, PhD, MSc, Docente no Mestrado Integrado em Medicina Dentária, UFP-FCS, Grupo de Investigação: DeleQOL: Saúde UFP, FP I3ID, RISE -Health, CEISUC-CIBB (Unidade de centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia- Universidade de Coimbra), inesg@ufp.edu.pt, 933401212

<sup>4</sup> Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. UFP-FCS, Grupo de Investigação DELEQOL: saúde, 2022112202@ufp.edu.pt, 918497359

<sup>5</sup> Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. UFP-FCS, Grupo de Investigação DELEQOL: saúde, 2023105149@ufp.edu.pt, 936179981

<sup>6</sup> Médica Dentista, Cédula Profissional 3010 (OMD), augusta@ufp.edu.pt, PhD, MSc, Docente no Mestrado Integrado em Medicina Dentária, UFP-FCS, CEISUC-CIBB (Unidade do Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia), 962348571



## 1 Introdução

A queilite esfoliativa é uma condição inflamatória crónica do lábio, caracterizada por descamação, formação de crostas, eritema e fissuras. Afeta qualquer idade, sendo mais comum em adolescentes e jovens adultos. A etiologia é multifatorial associando-se a fatores comportamentais, psicológicos e sistémicos. Um dos desafios na prática clínica é o diagnóstico diferencial, sendo necessário diagnosticar entre: queilite actínica, dermatite de contacto, queilite angular, queilite glandular ou dermatose autoimune.

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ETIOLOGIA	OBSERVAÇÕES
<b>QUEILITE ACTÍNICA</b>	Lesão potencialmente maligna; descamação, eritema	Exposição crónica ao sol (radiação UV)	Histologia: elastose solar, displasia epitelial (ausentes na queilite esfoliativa)
<b>DERMATITE DE CONTACTO ALÉRGICA OU IRRITATIVA</b>	Descamação, eritema, prurido intenso	Exposição a alergénios/irritantes: cosméticos, dentífricos, alimentos, instrumentos musicais	Sintomas surgem após o contacto com a substância desencadeante
<b>QUEILITE ANGULAR</b>	Fissuras, eritema, maceração nas comissuras	Infeções fúngicas/bacterianas; défice de ferro ou vitaminas B; perda da dimensão vertical de oclusão	Localização típica nas comissuras labiais
<b>QUEILITE GLANDULAR</b>	Inflamação labial, aumento de volume, edema	Alterações nas glândulas salivares menores	Pontos vermelhos / orifícios dilatados com exsudato
<b>DERMATOSES AUTOIMUNES, PSORÍASE OU LIQUEN PLANO</b>	Lesões descamativas, erosivas ou bolhosas	Doenças autoimunes sistémicas e Doenças dermatológicas crónicas	Presença de manifestações cutâneas e/ou em outras mucosas

## 2 Descrição do caso

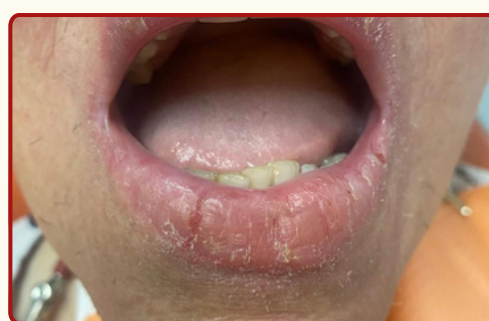
Paciente do sexo feminino, 64 anos. Apresenta lesão no lábio inferior com 3 meses de evolução. Foi encaminhada para o Programa de Intervenção Precoce de Cancro Oral (PIPICO). Realizou-se anamnese, avaliação extra e intra-oral, registo fotográfico e biópsia incisional. Apresentava sensação de queimação, prurido, desconforto na região dos lábios, edema e eritema labial. Não apresentava perda da mobilidade do lábio, odinofagia e disfagia. Apresentava descamação crónica, com escamas secas e esbranquiçadas e formação de crostas.



1 Fig. 1 Aspetto inicial da lesão - Vista Lateral Esquerda



2 Fig. 2 Aspetto inicial da lesão - Vista Frontal- boca fechada



3 Fig. 3 Aspetto inicial da lesão - Vista Frontal- boca aberta



4 Fig. 4 Aspetto inicial da lesão - Vista Lateral Direita



5 Fig. 5 Após a Biópsia Incisional



6 Fig. 6 8 dias após realização de Biópsia Incisional



7 Fig. 7 Controlo após 15 dias

- O resultado histológico revelou mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado com acantose, hiperqueratose de tipo ortoqueratótico, acentuada espongirose e exocitose de numerosos neutrófilos e linfócitos. No córion observou-se abundante infiltrado inflamatório de predomínio linfoplasmocitário. Não se observaram sinais de displasia ou de malignidade.
- No estudo histoquímico pelo método PAS-D não se observaram microorganismos fúngicos.

**O CONTEXTO CLÍNICO E A ANÁLISE HISTO-PATOLÓGICA CONVERGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE QUEILITE ESFOLIATIVA.**

## 3 Discussão e Conclusões

Face à complexidade do diagnóstico diferencial, a avaliação da queilite esfoliativa deve incluir anamnese e exame clínico minuciosos e pode incluir exames complementares como biópsia, testes de Patch e culturas microbiológicas. A queilite esfoliativa é frequentemente um diagnóstico de exclusão, sendo crucial diferenciar de condições mais graves e garantir uma gestão adequada, para evitar complicações graves.



Referências Bibliográficas