



FOTO
CLÍNICA

QUEILITIS ACTÍNICA

Urberuaga Erce, M.; Martín Sanjuán, C.; De los Ríos de la Peña, J. M.
Queilitis actínica. *Cient. Dent.* 2012; 9; 1.



Urberuaga Erce, Maitena
Médico Odontólogo. Odontóloga
en CS Eibar (Guipúzcoa).
Osakidetza - Servicio Vasco de
Salud.

Martín Sanjuán, Carmen
Médico Odontólogo en el Servicio
Madrileño de Salud (Sermas).

**De los Ríos de la Peña,
José Manuel**
Enfermero del Sermas.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:
urberuagaerce@osakidetza.net

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2011.
Fecha de aceptación para su publicación:
14 de octubre de 2011.

RESUMEN

La queilitis actínica es una lesión que predispone al carcinoma labial que afecta predominantemente al labio inferior. Se da con mayor frecuencia en varones de raza blanca, de más de 50 años, fumadores y con una historia de exposición crónica al sol, siendo éstos los factores etiopatogénicos más importantes. Es una variante clínica de las denominadas queratosis actínicas, pero localizada en semimucosa labial. Inicialmente los cambios son lentos, de forma que el paciente no se percata de las lesiones y no consulta por ello. Los cambios precoces son: el vermellón sufre una atrofia, pueden aparecer áreas pálidas y en ocasiones un borramiento de la interlínea mucosa. Progresivamente aparecen áreas ásperas y descamadas, placas leucoplásicas y si se realiza arrancamiento de las zonas descamadas se produce recidiva. Finalmente se llegan a observar ulceraciones crónicas focales, que se exacerban con traumas externos (cigarrillo o pipa). Si la evolución continúa puede progresar a carcinoma (6 – 10%). Dentro del diagnóstico diferencial incluimos cualquier inflamación de los labios originada por lesiones, agentes externos o enfermedades que afecten a los mismos: fármacos, psoriasis, leucoqueratosis... Es preciso biopsiar las lesiones sospechosas y realizar un estudio histopatológico para realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide microinfiltrante. En cuanto a las opciones terapéuticas, se considera importante la actitud preventiva: limpieza rigurosa del labio, evitar mordisqueos, y otros traumatismos, evitar comidas y bebidas muy calientes, pantalla absorbente de rayos UV, evitar alcohol y tabaco. Todas las posibilidades terapéuticas que se emplean hoy en día consisten en la eliminación del epitelio enfermo. Se puede emplear crioterapia, electrocoagulación, cirugía ablativa (vermellectomía) quimioterapia tópica con 5-fluoruracilo, terapia fotodinámica con ácido 5- aminolevulínico, láser CO2 o imiquimod.

CASO CLINICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 48 años que presenta lesión en labio inferior de un año de evolución y que no se resuelve con diferentes tratamientos tópicos. Se queja de resequedad constante en los labios. El paciente es operario de construcción y no utiliza protectores solares. Se realiza biopsia escisional de la lesión con el diagnóstico de queilitis actínica. Se le realizan controles anuales. La revisión de labios y demás tejidos orales debe formar parte de la exploración buco dental rutinaria.



Fig. 1: Lesión localizada en labio inferior constituida por escama y eritema que forma una placa blanquecina de superficie anfractuosa y áspera a la palpación.

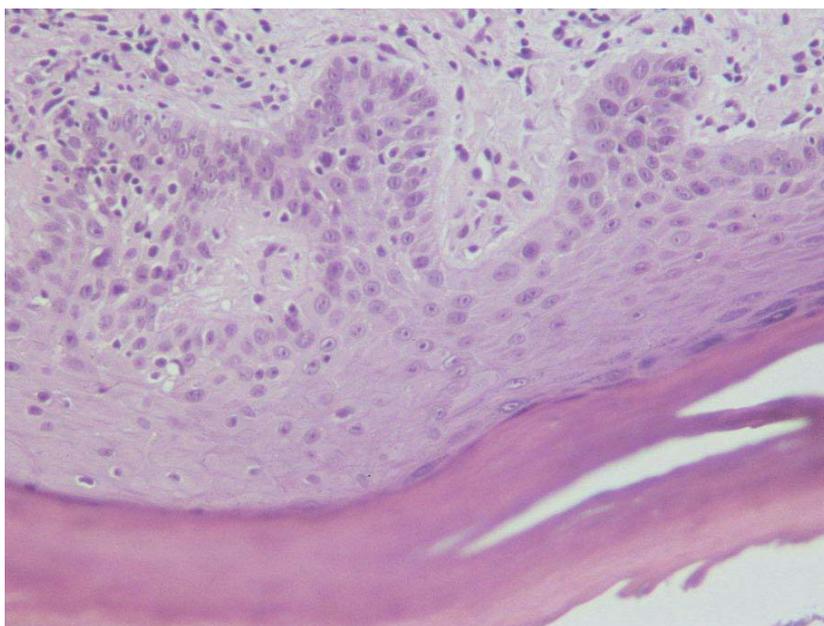


Fig. 2: Estrato basal epidérmico con hiperqueratosis, hiperplasia reactiva de la basal con discreta anisocariosis. El corion subyacente presenta leve inflamación crónica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigues Cavalcante A S, Lia Anbinder A, Rodarte Carvalho Y. Actinic cheilitis : clinical and histological features. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66:498-503.
2. Larios G, Alevizos A, Rigopoulos D. Recognition and treatment of actinic cheilitis . Am Fam Physician 2007; 76:667-71.