
QUEILITE ANGULAR: SINAIS, SINTOMAS E TRATAMENTO
ANGULAR QUEILITE: SIGNS, SYMPTOMS AND TREATMENT

Vanessa Galvão Vasconcelos de ALMEIDA¹

Gabriela Maria de Sobral MELO²

Georgina Agnelo de LIMA³

Endereço para correspondência:

Departamento de Prótese e
Cirurgia Buco Facial UFPE
Av. Prof. Moraes Rego 1235
Cidade Universitária
Recife-PE

RESUMO

Este estudo teve como propósito fazer uma revisão de literatura a respeito da Queilite Angular que é um processo inflamatório localizado no ângulo da boca uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, descamação, erosão e fissuras. É uma condição de etiologia multifatorial. Além do exame clínico detalhado para identificar alteração oclusal e outros sinais de alteração nutricional ou imunológica, os exames bacteriológico e micológico da lesão podem auxiliar na elucidação diagnóstica e na escolha do tratamento. No tratamento é fundamental a correção dos fatores desencadeantes, sendo importante também a profilaxia da queilite angular mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias, fontes potenciais de contaminação, com isso evitando-se também as recidivas.

UNITERMOS: Queilite Angular. Comissurite. Boqueira

ABSTRACT

This study had as purpose to do a literature revision regarding Angular Queilite that is an inflammatory process located in the angle of the mouth united or bilateral, characterized by discreet edema, eritema, peeling, erosion and fissures. It is a condition of multifactorial etiology. Besides the clinical exam detailed to identify occluded alteration and other signs of alteration nutritional or immunological, the bacteriological and mycological exams of the lesion can aid in the diagnosis elucidation and in the choice of the treatment. It is fundamental, in the treatment, the correction of the unleash factors, being also important the prophylaxis of the angular queilite maintaining the appropriate hygiene and disinfection of dental prostheses, potential sources of contamination, with that avoiding the recidivas.

UNITERMS: Angular Queilite. Comissurite. Boqueira

1 - Cirurgiã-Dentista

2 – Aluna de graduação em Odontologia UFPE

3 – Professora Adjunto Doutora do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco Facial UFPE

INTRODUÇÃO

A Queilite Angular é uma dermatose comum, caracterizada por inflamação, fissuração e maceração dos ângulos da boca. Ela possui alguns sinônimos como: perlèche, comissurite Labial e boqueira. É uma doença de origem multifatorial, em cujo desenvolvimento vários fatores predisponentes podem desempenhar papel importante, podendo surgir pelo acúmulo de material salivar ou de ação irritante de medicamentos e dentifícios de prótese dentária, surgindo por perda de dimensão vertical.

A base do tratamento da queilite angular é a eliminação dos fatores desencadeantes e; é com a intenção de alertar e informar os cuidados referentes à prevenção e tratamento desta enfermidade, que o presente estudo faz uma revisão bibliográfica, abordando a etiologia, manifestações clínicas, e o tratamento adequado desta condição patológica da comissura labial. É importante ressaltar que o Cirurgião-Dentista tem um papel relevante na prevenção, no que se refere à orientação quanto à higiene oral do paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

A cavidade bucal encontra-se entre diversos órgãos e sistemas que podem ser afetados, apresentando uma ampla variedade de manifestações, como a queilite angular, candidíase, a leucoplasia pilosa, ulcerações da mucosa, eritema gengival linear, periodontite necrosante, sarcoma de Kaposi e linfoma não-Hodgkin, entre outras (ORTEGA; MAGALHÃES, 2000).

A queilite angular, geralmente, está relacionada a um ou mais dos seguintes fatores implicados na sua etiologia: agentes infecciosos (Estreptococos, Estafilococos e Candida albicans); doenças dermatológicas (dermatite atópica, envolvendo a face e dermatite seborréica); deficiência nutricional (riboflavina, folato e ferro), imunodeficiência (HIV, diabetes mellitus, câncer, transplante), hipersalivação e fatores mecânicos provocando a perda da dimensão vertical de oclusão, com queda do lábio superior sobre o inferior, na altura do ângulo da boca, como ocorre no processo normal de envelhecimento, no prognatismo, na ausência de dentes ou com o uso de próteses mal adaptadas (PENNINI; REBELLO; SILVA, 2000; NEVILLE, et al., 2004).

Existe uma tendência a relacionar a queilite angular com a carência de vitaminas, principalmente do complexo B. esta causa é exceção e só deve ser cogitada quando existem manifestações de pelagra ou de carência protética (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

A queilite angular também pode ocorrer se, após extrações, o paciente não é provido de uma prótese adequada ou se são feitas restaurações sem levar em conta a necessidade de preservar o acolamento anômico da fenda labial. (DANI; CASTRO, 1988)

A queilite angular ocorre em crianças pequenas e em adultos, e caracteriza-se sintomaticamente pela

secura e sensação de ardência nos cantos da boca. Clinicamente, o epitélio na comissura bucal apresenta-se pregueado e um tanto macerado. Com o tempo, o pregueamento torna-se mais acentuado formando uma ou mais fissuras, ou rachaduras que aparecem ulceradas, mas sem tendência para sangrar, embora possa formar-se uma crosta exsudativa superficial. Estas fissuras não envolvem a superfície mucosa da comissura, no interior da boca, terminando na junção mucocutânea (SHAFER, 1987).

Na lesão primária, pápulas e pústulas circundam uma fissura. Nas lesões secundárias, eritema, fissura, erosões e ulceração ocorrem com inflamação persistente. Geralmente os pacientes queixam-se de ardência, dor secura e desconforto nos cantos da boca, principalmente com alimentos e bebidas ácidas. Observam-se uma área avermelhada de fundo, com escamas, às vezes pus e rachaduras nos cantos da boca (LAUDANNA, 2001).

A queilite angular ocorre mais comumente no idoso. A incidência maior ocorre em pacientes tratados com isotretinoína (Accutane). Pode ser prolongada; a recidiva é comum (HABIF et al., 2002).

Em paciente idosos, as lesões da queilite angular podem ser devidas à anemia, perda da dimensão vertical ou diversas infecções. Porém, quando aparecem em uma pessoa jovem, de aspecto sadio, devemos levar em consideração um esclarecimento diagnóstico visando um exame global do sistema imunológico (FUTTERLEIB; CHERUBINI, 2005; BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

A Queilite angular também é comum em crianças com dermatite atópica, com o lambimento dos lábios e/ou uso de aparelhos dentários como um fator causal (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

A princípio, a doença cura rapidamente com medicações nos locais das lesões, devendo ser recomendado ao paciente que evite alimentos e bebidas ácidas que irritam o local. Raramente são necessários tratamentos em longo prazo, por via oral ou até cirúrgico (SAMPAIO, RIVITTI, 2001).

No tratamento da queilite angular é fundamental a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de próteses dentária e correção de deficiência nutricional, terapia da doença de base, assim como aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado. É de extrema importância também a profilaxia da queilite angular mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias, fontes potenciais de contaminação, com isso evitando-se as recidivas. Há casos nos quais é necessária a realização de cirurgia plástica para levantar os ângulos da boca, evitando-se assim o acúmulo de saliva nas comissuras (ARAUJO; ARAUJO, 1990).

Na queilite angular a candidíase esta sempre presente, mas não é a causa primária. Deve ser naturalmente erradicada, o que favorece a recuperação do tecido. (LAUDANNA, 2001).

DISCUSSÃO

No que diz respeito à etiologia da queilite angular, Penini; Rebello; Silva (2000) e Neville et AL (2004) afirma estar relacionada a um ou mais fatores, abordando a existência de agentes infecciosos como *Streptococos*, *Estafilococos* e *Candida albicans*. Habif et al (2002) completa explicando que forma-se uma prega nos cantos da boca, na qual a saliva tende a se acumular e a pele fica macerada, fissurada e infectada secundariamente por microorganismos.

Outra etiologia da queilite angular seria segundo Pennini; Rebello; Silva (2000) a deficiência nutricional (riboflavina, folato e ferro)

Quando Pennini; Rebello; Silva (2000) se refere à imunodeficiência (HIV, diabetes mellitus, câncer e transplante) como envolvida na etiologia da queilite angular, Ortega; Magalhães (2000) afirmam que as lesões bucais e peribucais são comuns nos pacientes infectados pelo HIV são a diminuição progressiva da imunidade celular e o conseqüente aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas. A cavidade bucal encontra-se entre os diversos órgãos e sistemas que podem ser afetados, apresentando uma ampla variedade de manifestações, como a queilite angular.

Shafer et al (1987) também afirma que a queilite angular ocorre em crianças pequenas e em adultos, e caracteriza-se sintomaticamente pela secura e sensação de ardência nos cantos da boca. Clinicamente, o epitélio da comissura bucal apresenta-se pregueado e um tanto macerado. Com o tempo, o pregueamento torna-se mais acentuado formando uma ou mais fissuras, ou rachaduras que aparecem ulceradas, mas sem tendência para sangrar, embora possa formar uma crosta exsudativa superficial.

Brunetti; Montenegro (2002) acrescentam que em pacientes mais idosos, a ação capilar remove líquido da boca para dentro das dobras, criando maceração, rachaduras, fissuras, eritema, exsudação e infecção secundária por cândidas, estafilococos ou ambas as espécies.

Dani; Castro (1988) afirma que a queilite angular também pode ocorrer após extrações, o paciente não é provido de uma prótese adequada ou se são feitas restaurações sem levar em conta a necessidade e preservar o acolamento anatômico da fenda bucal.

Laudanna (2001) relata que na lesão primária, pápulas e pústulas circundam uma fissura. Nas lesões secundárias, eritema, fissuras, erosões e ulceração ocorre com a inflamação persistente. Geralmente os pacientes queixam-se de ardência, dor, secura e desconforto nos cantos da boca, principalmente, com alimentos e bebidas ácidas.

Araujo; Araujo (1990) destacam que para o tratamento da queilite angular é fundamental a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de prótese dentária e correção de deficiência nutritiva, terapia da doença de base assim como aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado. Sampaio; Rivitti (2001) também acrescentam que a princípio, a doença cura

rapidamente com medicações nos locais das lesões. Deve ser recomendado evitar alimentos e bebidas ácidas que irritam o local. Raramente são necessários tratamentos em longo prazo, por via oral ou até cirúrgico (para corrigir a má oclusão da boca).

CONCLUSÃO

Com base na revisão bibliográfica, podemos concluir que o cirurgião-dentista tem relevante papel na prevenção da queilite angular, principalmente no paciente idoso. A educação no que se refere à higiene bucal e protética é fator determinante para evitar o aparecimento da queilite angular.

Como a queilite angular apresenta-se em grande frequência na população mundial, em especial nos pacientes idosos, torna-se necessário um estudo preventivista sobre o desenvolvimento e tratamento dessa enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, N. S.; ARAUJO, V. C. **Patologia bucal**. 2ed. São Paulo: Artes Médicas. 1990.
- BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- DANI, R.; CASTRO, L. P. **Gastroenterologia clínica**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- FUTTERLEIB, A.; CHERUBINI, K. Importância da vitamina B12 na avaliação clínica do paciente idoso. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n.1, jan./ mar. 2005. Disponível em: <http://revistaeletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/incluye/getdoc.php>. Acesso em: 7 jun 2007.
- HABIF, T. P.; CAMPBELL, J. L.; QUITADAMO, J. M. J.; ZUG, K. A. **Doenças de pele: diagnóstico e tratamento**. 2ed. São Paulo: Artmed. 2002.
- LAUDANNA, A. A. Sintomas e sinais da boca de interesse gastroenterológico. **Revista de Gastroenterologia da Fugesp** – Mar/Abr-2001. Disponível em: http://www.fugesp.org/nutricao_e_saude conteudo.asp. Acesso em: 5 jun 2007.
- NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia oral e maxilofacial**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- ORTEGA, K. L.; MAGALHAES, M. H. C. G. **HIV/AIDS**. Tese de Doutorado em Patologia Bucal. São Paulo. 2000. Disponível em: <http://www.capes.fo.usp.br/GRUPODEESTUDOCAP Earquivo / AIDS.pdf>. Acesso em: 26 jun 2007.
- PENNINI, S. N.; REBELLO, P. F. B.; SILVA, M. R. Queilites. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 78, n. 6, pg. 104-110, 2000.
- SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
- SHAFFER, W. G.; HINE, M. K; LEVY, B. M.; TOMICH, C. E. **Tratado de patologia bucal**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.