

QUEILITE ACTÍNICA (“LÁBIOS DE MARINHEIRO”): UMA REVISÃO PARA O CLÍNICO

ACTINIC CHEILITIS (“SAILOR’S LIPS”): A REVIEW FOR THE CLINIC

Maria Vitória de Matos¹, Julia Honorato², Ana Flávia Schueler de Assumpção Leite³,
Sílvia Paula de Oliveira⁴, Simone de Queiroz Chaves Lourenço³

RESUMO

A Queilite Actínica (QA), também conhecida como “lábios de marinheiro”, é uma patologia com potencial de malignização e, ainda que seja de fácil diagnóstico e prevenção, casos diagnosticados tardiamente podem evoluir para carcinoma de lábios. Seu principal fator etiológico é a exposição aos raios ultravioletas, e por este motivo, indivíduos que se expõem muito ao sol, incluindo militares, podem ser considerados grupo de risco para a doença. O objetivo principal deste trabalho foi descrever os principais fatores de risco e prognósticos da QA e apresentar uma revisão para o cirurgião-dentista, facilitando a identificação e conduta. Para tal, foi realizada busca de artigos pertinentes ao tema nas bases de dados Medline, Lilacs, SciELO e PubMed, de 1987 a 2022. O seguinte perfil do paciente com QA foi identificado: homem, na quinta década de vida, pele clara, com lesões no lábio inferior e com histórico de longo tempo de atividades ocupacionais ao ar livre/intensa exposição solar. O cirurgião-dentista possui papel fundamental na identificação dos grupos de risco, no reconhecimento precoce da doença e, em casos mais avançados, realizar o diagnóstico e o correto encaminhamento para atendimento especializado.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas, Ceratose Actínica, Lesões Pré-Cancerosas, Neoplasias Labiais

ABSTRACT

Actinic Cheilitis (AC), also known as “sailor’s lips”, is a premalignant pathology, and although it is easy to diagnose and prevent, late diagnosed cases may progress to lip carcinoma. Since its main etiological factor is exposure to ultraviolet rays, individuals often exposed to the sun, including military personnel, can be considered a risk group for the disease. The aim of this study was to describe the main risk and prognostic factors of AC and to create a clinical protocol for dental surgeons, making easier to identify and conduct each case. For this purpose, a search for articles relevant to the topic was carried out in Medline, Lilacs, SciELO and PubMed databases, from 1987 to 2022. The following AC patient profile was identified: male, in the fifth decade of life, fair skinned, with lesions on the lower lip and with a long history of outdoor occupational activities/intense sun exposure. The dentist has a fundamental role in identifying risk groups, early recognition of the disease and in more advanced cases, making the correct diagnosis and recommendation to specialized care.

Keywords: Actinic Keratoses, Lip Neoplasms, Precancerous Conditions, Squamous Cell Carcinoma, Solar Cheilitis

¹Residente em Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

²Cirurgiã-dentista da Unidade Médica Expedicionária da Marinha (UMEM), São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.

³Professora da disciplina de Estomatologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Professora da disciplina de Estomatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo: Matos MV, Honorato J, Leite AFSA, Oliveira SP, Lourenço SQC. Queilite actínica (“lábios de marinheiro”): uma revisão para o clínico. Rev Nav Odontol. 2023;50(2): 39-45.

Recebido em: 06/06/2023

Aceito em: 07/09/2023

INTRODUÇÃO

O câncer de cavidade oral (CCO) é um dos cânceres mais incidentes no Brasil. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número estimado de casos novos de CCO no país, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100 casos, correspondendo ao risco estimado de 6,99 por 100 mil habitantes, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres (1). A localização labial é uma das mais incidentes para o CCO (1), e autores relatam que existem lesões que possuem maior risco de malignização e precedem o surgimento do CCO, as chamadas “Desordens orais potencialmente malignas” A queilite actínica está incluída neste grupo (2-5).

O surgimento da queilite actínica (QA), também conhecida como “lábios de marinheiro”, está associada à exposição solar, mas há outros fatores associados que podem contribuir para seu desenvolvimento, como o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas (5,6). A intensidade e o tempo de exposição ao sol, características físicas, como a pele clara associada a atividades ocupacionais desenvolvidas ao ar livre, aumentam as chances de desenvolvimento da doença (6,7).

A população marinheira, neste contexto, necessita de maiores cuidados no que se refere à avaliação estomatológica. Os lábios devem sempre ser verificados, devido à grande exposição dos militares a atividades táticas ao ar livre, por longos períodos e de forma recorrente, além da atividade física obrigatória, de forma a estarem expostos excessivamente aos efeitos danosos do sol (8).

As evidências atuais sobre as reais taxas de transformação maligna da QA são limitadas, principalmente devido aos poucos estudos e às diferentes metodologias aplicadas, evidenciando que a QA é clinicamente importante, mas uma condição relativamente negligenciada (9). A aparência clínica inicialmente inofensiva associada à ausência de sintomas leva muitos pacientes a não se preocuparem em investigá-la e os profissionais, por sua vez, acabam por protelar o diagnóstico definitivo por não suspeitarem da lesão e tratarem-na clinicamente como um processo inflamatório (10).

O objetivo desta revisão de literatura foi descrever os principais fatores de risco e prognósticos da QA, gerando uma revisão que facilite ao cirurgião-dentista a identificação e conduta clínica. Além disto, esta revisão visa a promoção de medidas de prevenção e orientação para os grupos de risco.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para realização deste estudo, foi feita busca bibliográfica nas bases de dados Medline, Lilacs, SciELO e PubMed. Foram selecionados, como critério de inclusão, artigos publicados entre 1987 e 2023,

nos idiomas inglês, português e espanhol, e que tivessem resumo disponível. Os descritores utilizados foram “queilite actínica” e/ou “queratose solar” e/ou “lábios de marinheiro” e seus correspondentes em inglês, “actinic cheilitis” and/or “solar keratosis” and/or “sailor lips”. Após uma primeira seleção, de acordo com os descritores, foi feita leitura dos resumos para definir a relevância dos textos. Foram excluídos os artigos que não abordaram o tema e com versão final indisponível para consulta. Desse modo, um total de 40 artigos foram incluídos nesta revisão bibliográfica.

REVISÃO DE LITERATURA

Epidemiologia

A queilite actínica (QA) é uma condição inflamatória dos lábios, que possui seu aparecimento diretamente associado à exposição solar. O perfil demográfico clássico de pacientes com alto risco de QA é de homens com mais de 50 anos de idade, pele clara, e com elevado tempo de exposição solar, sendo o lábio inferior o sítio mais afetado (11–13).

Fatores de risco e prognósticos para a queilite actínica

Exposição ao sol

Historicamente, a QA é reconhecida como mais prevalente em trabalhadores ao ar livre (fazendeiros, pescadores e profissões que se expunham diretamente ao sol), especialmente em regiões quentes e secas, devido à sua correlação direta com a exposição solar (14,15). Afirma-se que, quanto mais longo o tempo de exposição, maior a severidade das QAs nos indivíduos expostos aos raios UV (16).

A radiação ultravioleta (UV) é, inquestionavelmente, um fator relacionado à QA (11,12), e a probabilidade de malignização pode ser mais elevada quando essa exposição está associada a fatores carcinogênicos, como o álcool e o fumo, acentuando-se nos fumantes de cigarros devido ao calor gerado pela queima do tabaco e à absorção pela mucosa de seus produtos tóxicos (11,17,18). Além disso, há aumento de susceptibilidade entre pacientes com determinados distúrbios genéticos (p.ex., xeroderma pigmentoso, albinismo e porfiria cutânea tardia) e/ou com imunossupressão, devendo ficar atentos para uma possível evolução para um CCE (19).

O uso de fotoproteção de maneira inadequada pode tornar os indivíduos mais suscetíveis ao aparecimento da QA. O uso de boné como forma de proteção, e não chapéu de abas largas, é eficaz apenas para o terço superior e médio da face, favorecendo a incidência direta dos raios ultravioleta nos lábios. Ademais, por acreditarem estar protegidos contra a radiação, os indivíduos muitas vezes desconsideram a importância do uso de protetor solar e protetor labial (11,20).

Localização anatômica

Autores relatam que de 95 a 100% dos casos de QA acontecem no lábio inferior (11,12) devido a uma maior exposição direta destes aos raios solares, quando comparados ao lábio superior (14,21). Os lábios são altamente suscetíveis à ceratose actínica e aos malefícios da exposição à radiação UV porque apresentam os mecanismos de proteção contra a radiação diminuídos em comparação à pele: menor espessura de queratina na região, camada epitelial delgada, pouca quantidade de melanina e secreção diminuída de glândulas sebáceas e sudoríparas (10,16,20).

Sexo, cor da pele e idade

A infância é a fase mais vulnerável aos efeitos do sol, e a exposição excessiva durante os primeiros anos de vida aumenta o risco de câncer (1). Os efeitos da radiação são cumulativos, e a progressão lenta e assintomática da QA faz com que tal lesão seja considerada uma condição normal do envelhecimento (22). A idade média de diagnóstico da QA é 40 anos, mas podem ser encontrados estudos que apontam a quinta década de vida como a mais comum para o diagnóstico, devido ao caráter crônico da doença (17,18,21)

Mulheres podem ter menor probabilidade de sofrer QA devido ao uso de batom, o que pode parcialmente proteger os lábios do sol, e ao uso de protetor solar e labial (17,23). Além disso, o uso de protetor solar não é frequente para o sexo masculino (24). Estudos em populações específicas, como trabalhadores rurais e pescadores, mostram maior prevalência de casos em homens, devido à ocupação (16,21).

A diferente prevalência de casos entre os sexos ainda pode ser explicada pelo fato de que a QA é uma lesão normalmente assintomática e o sexo masculino demora mais para procurar por tratamento odontológico, geralmente apresentando menor autocuidado, assim menos lesões acabam sendo detectadas em seus estágios iniciais (21,25–27).

Indivíduos de cor de pele clara possuem maior prevalência de lesões (24, 28). A ausência de melanina predispõe ao surgimento de lesões, uma vez que possui papel preponderante na proteção diante dos raios UV (28). A incidência da QA pode ser maior do que o esperado em alguns indivíduos de pele mais escura, mas isso quase sempre é relacionado à exposição ocupacional e recreativa de alto risco (24).

Uma análise retrospectiva realizada na clínica de estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha verificou a prevalência de QA em 1.057 indivíduos atendidos na instituição, principalmente em militares com exposição contínua à radiação ultravioleta. O estudo encontrou 29 pacientes diagnosticados com QA, havendo predomínio do sexo masculino,

leucodermas, com idade média acima de 40 anos e com lesões localizadas no lábio superior. Tais achados corroboram o padrão das características clínicas encontradas no paciente portador de QA, assim como nos demais estudos analisados (29).

Escolaridade, renda e ocupação

Na população brasileira, geralmente os homens de baixa renda e baixa escolaridade são mais acometidos pela QA. A maior prevalência em homens se deve à exposição ocupacional: homens com baixa escolaridade e baixa renda buscam seu sustento em trabalhos que exigem maior resistência e vigor físico, incluindo trabalhos que demandam maior exposição ao sol e altas temperaturas (13, 25).

Ademais, existe uma forte relação entre status socioeconômico de baixa renda e o tempo de escolaridade. Indivíduos que possuem menor escolaridade apresentam menor renda, e autores têm relatado que estes dois fatores associados possuem demasiada associação com a presença de QA (30,31). Condições de vida precárias, pouco acesso aos sistemas de saúde, incluindo o tratamento dentário, favorecem o diagnóstico tardio de doenças. Indivíduos com menos escolaridade e níveis econômicos mais baixos fazem menos visitas ao dentista e por este motivo não possuem a oportunidade de reconhecer precocemente as lesões em consultas odontológicas.

A ocupação pode contribuir para o aparecimento e progressão das lesões, assim como pode propiciar os indivíduos a desenvolverem hábitos como tabagismo, consumo de álcool e exposição crônica ao sol (14). Cita-se como ocupação aquelas relacionadas ao ar livre, tais como fazendeiros, pescadores (14,15), marinheiros, agricultores (19) e profissões com exposição direta ao sol, especialmente em regiões quentes e secas (14,15).

Hábitos

Para alguns autores, o papel do álcool e do fumo ainda é controverso na literatura tanto para o surgimento de lesões pré-cancerosas quanto para o CCE. Entretanto, sabe-se que os lábios são expostos diretamente aos carcinógenos do tabaco e que a associação do fumo à exposição ocupacional pode contribuir para a evolução da QA (12,32). O álcool e tabaco predispoem ao surgimento da patologia devido ao calor gerado pela queima do tabaco e à absorção, pela mucosa, de seus produtos tóxicos (12,14,15).

Sabe-se que, para o desenvolvimento da QA, existe um efeito cumulativo de diferentes agressões durante longos períodos (25). Quando analisados isoladamente, os hábitos “uso de álcool” ou “uso de tabaco”, não apresentam correlações significativas com a presença de QA (25,26). Entretanto, quando estes hábitos são avaliados em conjunto, “uso de álcool e tabaco”, pode

ser verificada associação significativa com a presença da lesão (33). É importante relatar que alguns estudos apontam associação positiva de presença de QA e realização de esportes que exigem exposição contínua ao sol, como corredores e ciclistas (34).

Aparência clínica e alterações histopatológicas

A exposição solar intensa por um curto período de tempo desencadeia uma inflamação aguda superficial nos lábios, que é caracterizada pela presença de algumas elevações, ressecamento e inchaço do lábio inferior, entretanto, sem ocorrerem alterações displásicas no epitélio (13,33). Quando ocorre a exposição prolongada e em alta intensidade da radiação ultravioleta, ocorrem alterações que se apresentam como áreas brancas múltiplas, com zonas de atrofia epitelial e eritema, espessamento do lábio, perda da definição do limite entre a pele e a semimucosa, eventualmente acompanhada de fissuras, escamações e úlceras (13,18,33,34). Eventualmente, a ulceração crônica pode se desenvolver, podendo durar meses e, posteriormente, progredir para um CCE (18).

Existe uma lacuna na que se refere à classificação do estágio da QA no momento do diagnóstico e o momento certo de intervenção. O diagnóstico é basicamente realizado baseado nas características clínicas, entretanto, a biópsia deve ser indicada para excluir a possibilidade de transformação maligna (35).

No intuito de apoiar o clínico na decisão sobre o uso ou não de uma abordagem terapêutica invasiva, diversos autores têm se ocupado em criar classificações para a QA (14, 36). Em 2017, foi criada uma classificação, que divide a evolução da doença em 4 categorias, baseada nas descrições de QA feitas em autores clássicos e contemporâneos da patologia (35).

A classificação de Poitevin et al., 2017 (representada clinicamente na Figura 1) é apresentada da seguinte forma:

- **Grau I:** ressecamento e descamação no vermelhão dos lábios;
- **Grau II:** Atrofia na borda do vermelhão, apresentando superfícies moles e áreas pálidas com erupções. Início da perda de definição do vermelhão do lábio com a pele, ou uma linha escura demarcando esse limite pode ser vista;
- **Grau III:** Áreas ásperas e escamosas nas partes mais secas do vermelhão do lábio e áreas hiperkeratóticas, especialmente no limite entre mucosa labial e semimucosa; e
- **Grau IV:** Ulceração presente em um ou mais locais do vermelhão do lábio ou área leucoplásica, principalmente em locais mais suscetíveis à trauma. Lesões podem sugerir evolução para malignização.

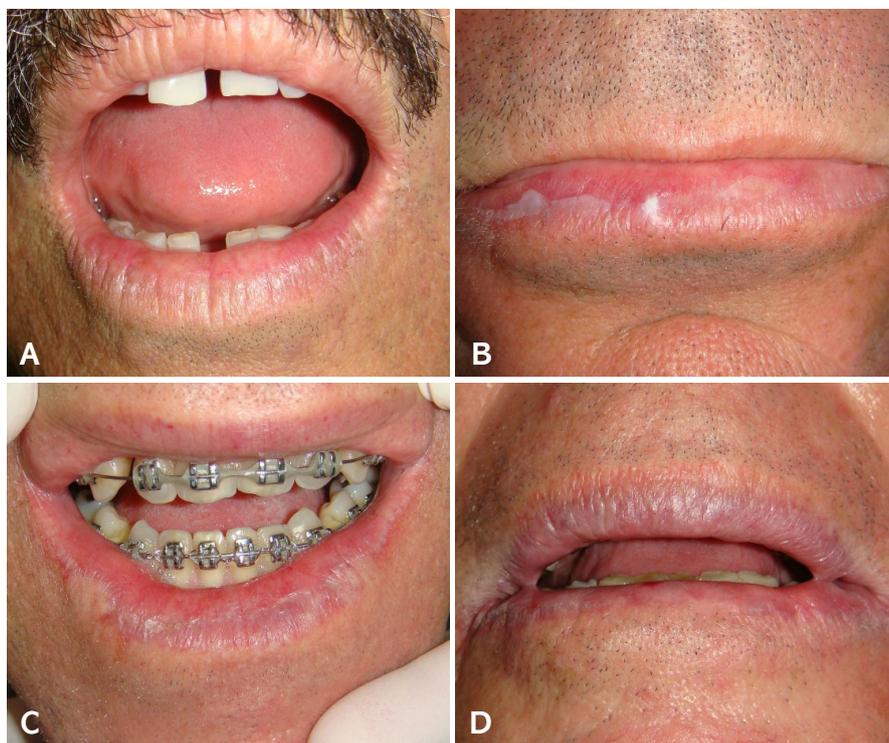


Figura 1: Fotos clínicas de queilite actínica (QA) referência para aplicação da classificação de Poitevin, 2017 – **A:** QA grau I -fissura e descamação; **B:** QA grau II - atrofia do vermelhão do lábio, alterações de coloração leucoeritoplásicas e castanhas, fissuras rasas e início de perda de definição do limite entre lábio e pele; **C:** QA grau III- regiões ásperas, ressecadas e hiperkeratóticas; e **D:** QA grau IV -alteração de coloração por todo vermelhão do lábio, fissuras profundas e aspecto labial edemaciado, com lesão de aspecto heterogêneo leucoeritoplásico salpicado à direita, sugestiva de malignidade (Arquivo Pessoal)

É importante ressaltar que, ainda que existam classificações que facilitem as decisões terapêuticas, há uma variedade de apresentações clínicas para os diferentes graus de QA. Dessa forma, os sinais clínicos iniciais não devem ser desprezados, uma vez que a presença de lesões que pareçam homogêneas clinicamente não apresentam correlação com o grau de alteração histológica (21, 24). Achados clínicos isoladamente também não devem ser considerados como fatores decisivos para a indicação ou não da biópsia (37).

Nos casos em que a QA é clinicamente inócua, o tratamento conservador é o mais indicado, principalmente o uso de protetor solar labial. A biópsia é indicada de acordo com os aspectos clínicos da doença e com o objetivo de acompanhar o paciente para possível transformação maligna da lesão. Após

a biópsia, nos casos em que o achado histopatológico não evidencie displasia epitelial, pode-se aplicar o tratamento conservador, e o paciente deve ser orientado a usar proteção adequada, em forma de protetor solar labial e chapéu de aba. No entanto, os pacientes nos quais a exposição à luz solar é contínua devem ser submetidos a monitoramento regular e cuidados mais cautelosos (35).

Para uma melhor conduta clínica, é necessária a execução de uma avaliação clínica (30), na qual deve ser realizada a anamnese, contendo a história clínica da lesão, o exame clínico propriamente dito e o correto encaminhamento para o especialista, em caso de necessidade, para a realização da biópsia com avaliação histopatológica (35). No fluxograma 1, é possível verificar os pontos relevantes a serem considerados na avaliação clínica.

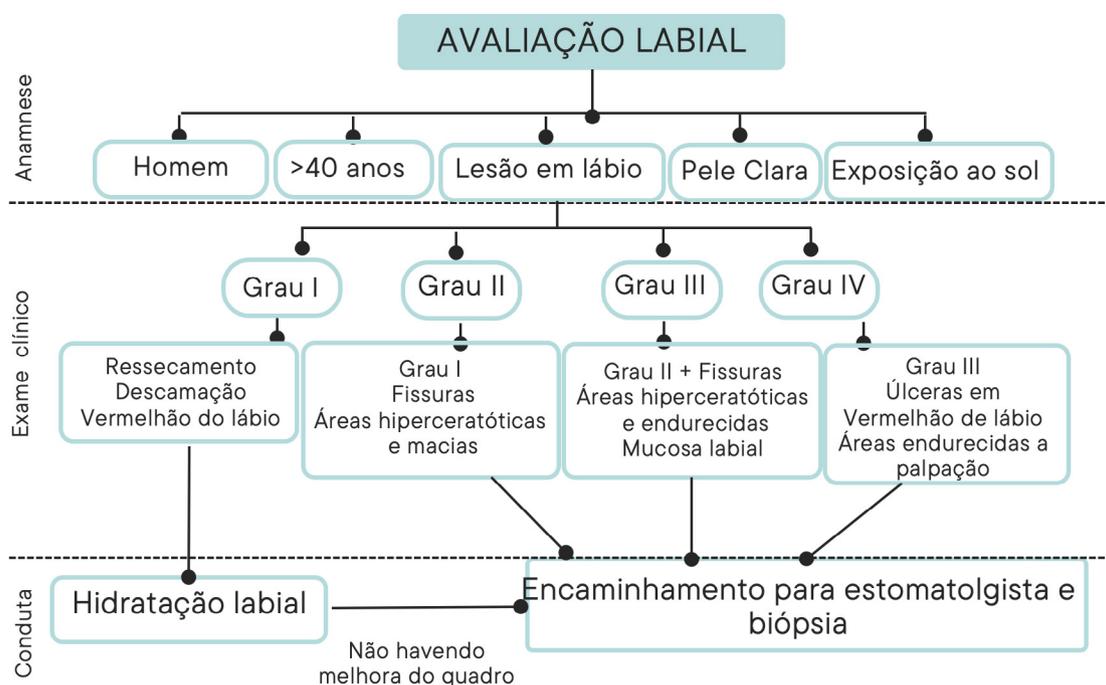


Figura 2: Fluxograma contendo as características relevantes da anamnese que sugerem a presença de queilite actínica, assim como os sinais presentes no exame clínico e conduta diante de cada um desses quadros. (Adaptação Poitevon et al., 2017)

O prognóstico da QA depende não só das características histológicas, mas também da mudança de hábitos do paciente, assim como do seu comprometimento com o tratamento (21). Não se conhece a taxa exata de transição da QA para carcinoma, entretanto, sabe-se que a QA mais do que duplica o risco de o paciente desenvolver um carcinoma de células escamosas de lábio (19, 30).

Orientações ao paciente

Mesmo que muitas das alterações associadas à QA sejam irreversíveis, os pacientes devem ser

encorajados a reduzir a exposição ao sol, especialmente entre às 10 horas da manhã e às 14 horas, e às 15 horas no horário de verão, usar chapéu de abas largas e protetor solar labial para evitar mais danos (19, 30). Ainda em relação à utilização de filtro solar, estudos mostram que aqueles que reaplicam o protetor solar durante sua exposição ao sol apresentam menor risco de desenvolver a patologia (38).

Os casos de grau leve devem ser avaliados regularmente para prevenirmos a transformação maligna da lesão (35). Em estágios iniciais, sem mudanças

ou displasia leves, o tratamento é o uso de protetores solares labiais. Assim, para prevenção do câncer de pele e lábio, os pacientes devem usar fator 15 de proteção solar ou maior, sendo necessária a reaplicação durante o decorrer do dia (39, 40), além de permanecer na sombra, usar roupas para proteção e não utilizar dispositivos de bronzeamento industriais (39).

CONCLUSÃO

Indivíduos do sexo masculino, idade média de 40 anos, de pele clara e que se expõem constantemente ao sol, se consolidam como grupo de risco para presença de QA. As características clínicas e histopatológicas da QA devem ser levadas em consideração pelo dentista para a intervir o mais precocemente possível e excluir a possibilidade de um diagnóstico de carcinoma de células escamosas de lábio. A utilização de barreiras de fotoproteção individual e protetor solar labial são a forma mais eficiente de se prevenir o aparecimento da QA.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Autora de Correspondência:

Maria Vitória de Mattos
Av. Epitacio Pessoa 2800/1003
22471003
mariavitoriamattos19@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. De Oliveira Santos M. Estimativa/2020 – Incidência de Câncer no Brasil. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 2020;66(1):e-00927.
2. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van Der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. Journal of Oral Pathology and Medicine. 2007; J Oral Pathol Med. 2007 Nov;36(10):575-80.
3. Moy RL. Clinical presentation of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2000 Jan;42(1 Pt 2):8-10.
4. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology; 2018 Jun;125(6):612-627.
5. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. J Oral Pathol Med. 2001 Jan;30(1):22-8.
6. Rodríguez-Blanco I, Flórez Á, Paredes-Suárez C, Rodríguez-Lojo R, González-Vilas D, Ramírez-Santos A, Padela S, Suárez Conde I, Pereiro-Ferreirós M. Actinic Cheilitis Prevalence and Risk Factors: A Cross-sectional, Multicentre Study in a Population Aged 45 Years and Over in North-west Spain. Acta Derm Venereol. 2018 Nov 5;98(10):970-974
7. De Visscher JGAM, Van Der Waal I. Etiology of cancer of the lip: A review. Int J Oral Maxillofac Surg. 1998 Jun;27(3):199-203.
8. Wolf ST, Kenney LE, Kenney WL. Ultraviolet Radiation Exposure, Risk, and Protection in Military and Outdoor Athletes. Curr Sports Med Rep. 2020 Apr;19(4):137-141
9. Dancyger A, Heard V, Huang B, Suley C, Tang D, Ariyawardana A et al. Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. J Investig Clin Dent. J Investig Clin Dent. 2018 Nov;9(4):e12343.
10. Piñera-Marques K, Lorenço SV, da Silva LFF, Sotto MN, Carneiro PC. Actinic lesions in fishermen's lower lip: Clinical, cytopathological and histopathologic analysis. Clinics (Sao Paulo). 2010 Apr;65(4):363-7.
11. Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF de, Figueiredo CRLV de, Santos MGC dos, Lira CC. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. Rev Odontol UNESP. 2014 Nov.-Dec.; 43(6): 384-389.
12. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. Oral Dis. 2004 Jul;10(4):212-6
13. Miranda AMO, Soares LG, Ferrari TM, Silva DG, Falabella MEV, Tinoco EMB. Prevalence of actinic cheilitis in a population of agricultural sugarcane workers. Acta Odontol Latinoam. 2012;25(2):201-6
14. Picascia DD, Robinson JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. J Am Acad Dermatol. 1987 Aug;17(2 Pt 1):255-64.
15. Brito LNS, Bonfim ACE da A, Gomes DQ de C, Alves PM, Nonaka CFW, Godoy GP. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. Rev odontol UNESP [Internet]. 2019;48:e20190005.
16. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Prevalência Encontrados em Uma População Rural do Interior do Brasil. Saúde e Pesquisa.; v. 4 n. 1 (2011): jan./abr.
17. Silva LV de O, de Arruda JAA, Abreu LG, Ferreira RC, da Silva LP, Pelissari C, et al. Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: a Brazilian Multicentre Study. Head Neck Pathol. 2020 Dec;14(4):899-908.
18. Mello FW, Melo G, Modolo F, Rivero ERC. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. J Clin Exp Dent. 2019 Jan 1;11(1):e62-e69.
19. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Patologia Oral e Maxilofacial. 2016.
20. Abreu MAMM de, Silva OMP da, Neto Pimentel DR, Hirata CHW, Weckx LLM, Alchorne MM de A, et al.. Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2006 Nov;72(6):767-71.
21. de Santana Sarmiento DJ, da Costa Miguel MC, Queiroz LMG, Godoy GP, Da Silveira ÉJD. Actinic cheilitis: Clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. Int J Dermatol. 2014 Apr;53(4):466-72.
22. Kaugars GE, Pillion T, Svirsky JA, Page DG, Burns JC, Abbey LM. Actinic cheilitis a review of 152 cases. Oral

- Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999 Aug;88(2):181-6.
23. Cavalcante ASR, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic Cheilitis: Clinical and Histological Features. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Mar;66(3):498-503.
 24. Jadotte YT, Schwartz RA. Solar cheilosis: An ominous precursor: Part I. Diagnostic insights. *Diagnostic insights. J Am Acad Dermatol*. 2012 Feb;66(2):173-84.
 25. De Souza Lucena EE, Costa DCB, Da Silveira EJD, Lima KC. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Dis*. 2012 Sep;18(6):575-9.
 26. Camargo MB, Dumith SC, Barros AJ. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2009 Sep;25(9):1894-906.
 27. Martins-Filho PRS, Da Silva LCF, Piva MR. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. *Int J Dermatol*. 2011 Sep;50(9):1109-14.
 28. Main JH, Pavone M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. *J Can Dent Assoc*. 1994 Feb;60(2):113-6
 29. Baldes IP, Azevedo AB, Macedo JC, Silami MANC, Penoni DC, Andrade MAC. Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha. *Rev Nav Odontol*. v. 43 n. 1 (2016).
 30. Lugović-Mihčić L, Pilipović K, Crnarić I, Šitum M, Duvančić T. Differential diagnosis of cheilitis – How to classify cheilitis? *Acta Clinica Croatica*. 2018 Jun;57(2):342-351.
 31. Martins MD, Marques LDO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*. 2007; 6 (1): 105-110.
 32. Lopes MLD de S, da Silva Júnior FL, Lima KC, de Oliveira PT, da Silveira ÉJD. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis *An Bras Dermatol*. 2015 Jul-Aug;90(4):505-12.
 33. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2001 Jan;30(1):22-8.
 34. Purim KS, Leite N. Sports-related dermatoses among road runners in Southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2014 Jul-Aug;89(4):587-92.
 35. Savage NW, McKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010 Jun;55 Suppl 1:78-84.
 36. Poitevin NA, Rodrigues MS, Weigert KL, Macedo CLR, dos Santos RB. Actinic cheilitis: proposition and reproducibility of a clinical criterion. *BDJ Open*. 2017 Aug 4;3:17016.
 37. Seoane J, Warnakulasuriya S, Bagán JV, Aguirre-Urizar JM, López-Jornet P, Hernández-Vallejo G, González-Moles MÁ, Pereiro-Ferreiros M, Seoane-Romero J, Varela-Centelles P. Assembling a consensus on actinic cheilitis: A Delphi study. *J Oral Pathol Med*. 2021 Nov;50(10):962-970.
 38. Rodríguez-Blanco, I., Florez, Á., Paredes-Suárez, C., Rodríguez-Lojo, R., González-Vilas, D., Ramírez-Santos, A., Pereiro-Ferreiros, M. Use of lip photoprotection in patients suffering from actinic cheilitis. *Eur J Dermatol*. 2019 Aug 1;29(4):383-386.
 39. Rodrigues F, Mármora B, Carrion SJ, Segalla DB, Pospich FS RA. Uso de protetores solares na prevenção do carcinoma de células escamosas em lábio (2016). Uso de protetores solares na prevenção do carcinoma de células escamosas de lábio. *Journal Health NPEPS*, 1(1).
 40. Bruzzzone R, Vanzulli S.L MR. Queilite actínica crônica: caso clínico. *Rev. Círc. Argent. Odontol* ; 25(178): 25-7, jun. 1996.