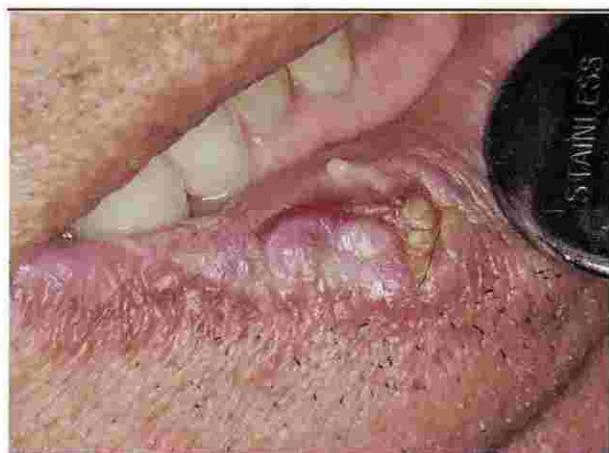


PREVALENCIA DE QUEILITIS ACTÍNICA, EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DEL VALLE DE LA PAZ, PERIODO II/2012

Páginas: 22 a 27
Fecha de recepción: 21.01.15
Fecha de aprobación: 18.03.15

PREVALENCE OF ACTINIC CHEILITIS IN PATIENTS OF DENTAL CLINIC AT DENTISTRY DEPARTMENT OF UNI- VERSIDAD PRIVADA DEL VALLE, LA PAZ, PERIOD II / 2012

María Liliana Ríos Antezana 1
Nathaly Patton Sabat. 2
Tania Lucía Sebastián Pabón. 3



RESUMEN

Los labios ofrecen anatómicamente tres regiones: la mucosa, la semimucosa y la región cutánea. La zona de la semimucosa, zona roja o bermellón de los labios presenta histológicamente una paraqueratinización y carece de la presencia de glándulas salivales. Es en este sector intermedio entre la piel y la mucosa que este estudio tiene sus fuentes.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y experimental en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Privada del Valle en La Paz, en el periodo II/2012, con el objetivo de determinar la prevalencia de queilitis actínica o solar. Dicha patología es una lesión premaligna que afecta al bermellón de los labios, generalmente al inferior.

Como muestra se tomaron 10 biopsias incisionales de labio inferior en pacientes de 20 a 23 años y se analizaron histológicamente para obtener un diagnóstico definitivo. Se llegó a la conclusión de que la queilitis actínica tiene una prevalencia de 70 %, el restante 20% corresponde a otras alteraciones como: discreto edema o queilitis irritativa crónica tabáquica y el 10% no presenta ninguna patología (Grupo control).

La prevalencia de queilitis actínica causada por la radiación solar y la altura en personas que

1. Cirujano Dentista. Magister en Educación Superior. Docente de Semiología General y Bucal Universidad del Valle La Paz. lilianarian@hotmail.com
2. Interna de Odontología Universidad del Valle. nathalyps@hotmail.com
3. Interna de Odontología Universidad del Valle. tanilusepa89@gmail.com

viven en la urbe paceña, es elevada, sobre todo en el sexo masculino, 83%, el restante 17% corresponde a otras alteraciones.

Palabras clave: Quelitis Actínica. Estudio de prevalencia. Radiación ultravioleta. Patología oral.

ABSTRACT

The lips anatomically offer three regions: the mucosa, the semimucosa and the skin region. The semimucosa, red zone or lips vermilion histologically presents a parakeratinization and lacks the presence of salivary glands. It is in this buffer between the skin and mucous this study has its origins.

An experimental, cross-sectional study was performed in patients of the dental clinic at the Universidad Privada del Valle in La Paz, in the period II/2012, with the aim of determining the prevalence of actinic or solar cheilitis. This is a pre-malignant condition, which affects the lips vermilion usually at the bottom.

As incisional biopsy of 10 lower lip samples was taken from 20-23 years old patients and histologically analyzed to obtain a definitive diagnosis. It is concluded that the actinic cheilitis has a prevalence of 70%, the remaining 20% are other changes as discrete edema or chronic irritative cheilitis smoking and 10% did not show any pathology (control group). The prevalence of actinic cheilitis is caused by solar radiation and height in people living in La Paz city, especially in males, 83%, the remaining 17% are other alterations.

Keywords: Actinic Cheilitis. Prevalence Study. Ultraviolet Radiation. Oral Pathology.

INTRODUCCIÓN

Los labios ofrecen anatómicamente tres regiones: la mucosa, la semimucosa y la región cutánea. La zona de la semimucosa, zona roja o bermellón de los labios presenta histológicamente una paraqueratinización y carece de la presencia de glándulas salivales. Es en este sector intermedio entre la piel y la mucosa en el que nos concentraremos para este estudio.

Las patologías en este sector se asemejan más a las de la piel que a las de la semimucosa y es pre-

cisamente aquí donde se producen la mayoría de las quelopatías.

El curso de la Quelitis actínica (QA) puede iniciar desde un eritema, seguida por edema, formación de vesículas y en ocasiones hemorragias. Cuando las vesículas se rompen escapa el contenido, formando falsas membranas que pueden ir desde un color amarillento hasta rojizo, según el contenido de los elementos sanguíneos (1).

Paulatinamente, la población ha ido tomando conciencia de que la exposición de la piel al sol sin protección involucra riesgos para su salud. Sin embargo, esta preocupación por los efectos de los rayos ultravioleta en algunas zonas del cuerpo es reducido. Éste es el caso de los labios que, por la exposición prolongada a los rayos solares, pueden sufrir daños como la quelitis actínica, una lesión considerada como precancerosa (2).

Debido a la frecuencia en la que se presentan lesiones causadas por la luz solar en nuestro medio, se da por hecho la relación que existe entre la incidencia de éstas y la altura a la que se encuentra la ciudad de La Paz, en la cual las personas se ven obligadas a desarrollar sus vidas cotidianas, muchas veces a la intemperie y sin ninguna protección contra la luz solar.

En cuanto al tratamiento, éste incluye la vitamino-terapia, las cremas antiinflamatorias, fundamentalmente de tipo esteroideo, protectores solares, quimioterapias de uso tópico, criocirugía, medicina natural tradicional, láser, cirugía convencional, entre otros (1).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo transversal, experimental y analítico en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada del Valle, del que se tomó una muestra de 10 pacientes de ambos sexos, comprendidos entre los 20 a 23 años, de los cuales un caso es Grupo Control y nueve corresponden al Grupo Experimental.

En todos los casos se realizó, en primer lugar, el diagnóstico clínico buscando lesiones evidenciables de quelitis; posteriormente, con previo consentimiento del paciente, se procede con la biopsia incisional de la región representativa de la

lesión en labio. La pieza quirúrgica de aproximadamente 2mm fue colocada en un frasco de vidrio estéril con una solución de formol al 10% debidamente identificada. Se ejecuta la hemostasia por compresión para evitar hemorragia, realizando un punto de sutura en uno de los casos. Se lleva el espécimen al estudio histopatológico para verificar o no la presencia de queilitis y obtener el diagnóstico definitivo.

Fotografía N° 1. Muestra 0 Control



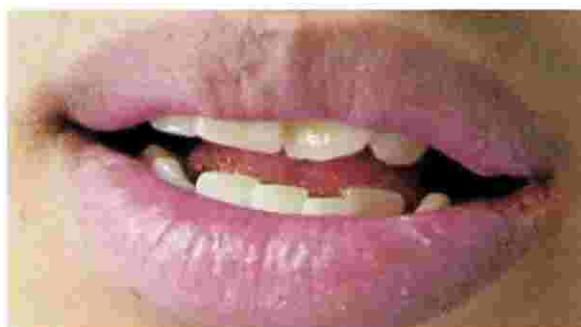
Paciente de 20 años de sexo femenino que clínicamente no presenta lesiones.

Diagnóstico presuntivo: Sin patología.

Diagnóstico definitivo: Sin patología.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 2. Muestra 1 experimental



Paciente de 21 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas en todo el labio inferior con fisuras.

Diagnóstico presuntivo: Queilitis.

Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 3. Muestra 2 experimental



Paciente de 21 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas en el labio inferior.

Diagnóstico presuntivo: Queratosis.

Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA CRÓNICA EROSIVA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 4. Muestra 3 experimental



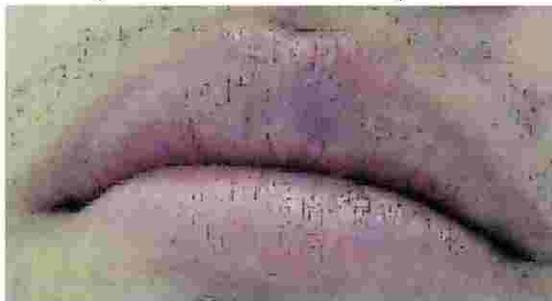
Paciente de 22 años de sexo femenino que clínicamente presenta lesiones descamativas en todo el labio inferior con zonas ulcerosas y manchas melánicas.

Diagnóstico presuntivo: Queilitis.

Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA ULCERADA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 5. Muestra 4 experimental



Paciente de 21 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas.
 Diagnóstico presuntivo: Queratosis.
 Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA CRÓNICA EROSIVA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 8. Muestra 7 experimental



Paciente de 23 años de sexo femenino que clínicamente presenta lesiones poco perceptibles
 Diagnóstico presuntivo: Sin Patología.
 Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA CRÓNICA MODERADA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 6. Muestra 5 experimental



Paciente de 21 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas y manchas melánicas.
 Diagnóstico presuntivo: Queratosis.
 Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA CRÓNICA EROSIVA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 9. Muestra 8 experimental



Paciente de 23 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas en todo el labio inferior con fisuras con zonas de ulceración.
 Diagnóstico presuntivo: Queilitis
 Diagnóstico definitivo: QUEILITIS ACTÍNICA EROSIVA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 7. Muestra 6 experimental



Paciente de 22 años de sexo masculino que clínicamente presenta lesiones descamativas
 Diagnóstico presuntivo: Queratosis.
 Diagnóstico definitivo: QUEILITIS IRRITATIVA CRÓNICA TABAQUICA.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

Fotografía N° 10. Muestra 9 experimental



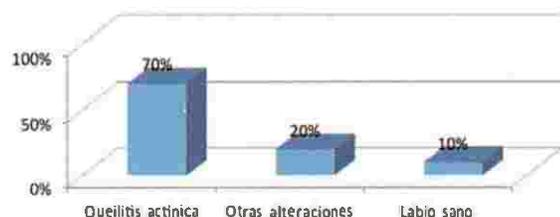
Paciente de 22 años de sexo femenino que clínicamente que aparentemente no presenta lesiones.
 Diagnóstico presuntivo: Sin patología.
 Diagnóstico definitivo: DISCRETO EDEMA, NO PATOLÓGICO.

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2012.

RESULTADOS

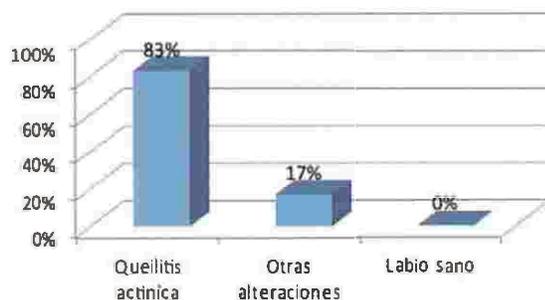
De los resultados obtenidos tenemos los siguientes porcentajes

Figura N° 1. La prevalencia de queilitis actínica en las muestras analizadas es de 70%. El 20% restante corresponde a otras alteraciones y el 10% corresponde al grupo control (labio sano)



Fuente. Elaboración propia. Marzo 2012.

Figura N° 2 La prevalencia de queilitis actínica en el sexo masculino es de 83%. El restante 17% corresponde a otras alteraciones. No se evidenciaron labios sanos dentro de este género



Fuente. Elaboración propia. Marzo 2012.

Figura N° 3. La prevalencia de queilitis actínica en el sexo femenino es de 50%. El restante 25% corresponde a otras alteraciones y el otro 25% corresponde al grupo control (labio sano)



Fuente. Elaboración propia. Marzo 2012.

DISCUSIÓN

La queilitis actínica (QA) o solar es una lesión precancerosa que afecta el bermellón de los labios, casi siempre al labio inferior o característica de pacientes mayores. La palabra actínica indica una propiedad de energía radiante, especialmente en la visible y en los rayos UV, capaces de inducir cambios químicos y tisulares. El término solar se refiere a la exposición a la luz solar, factor indudablemente relacionado con la aparición de esta lesión (2).

La QA es más frecuente en sujetos de piel clara que en los de oscura. Un estudio realizado por la Universidad de Virginia sobre 152 casos, mostró 99,3% de pacientes de raza caucásiana, frente a un único individuo de raza negra.

Con respecto al sexo, los hombres son afectados más frecuentemente que las mujeres. En los diferentes estudios publicados se encuentran distintas proporciones hombre/mujer 12/1 o 10,7/1 (2).

La QA presenta su pico de incidencia entre la quinta y la sexta década de la vida. La queilitis actínica es una lesión precancerosa con potencial para degenerar en un carcinoma de células escamosas (Carcinoma epidermoide). De hecho, la mayoría de los carcinomas de labio se asocian a queilitis crónicas preexistentes (2).

Los signos clínicos labiales asociados con el desarrollo de carcinoma escamoso o displasia severa incluyen la existencia de una marcada apariencia roja y blanca del borde bermellón, la atrofia generalizada con leucoplasia labial, la aparición de grietas periorales con escamas u costras labiales localizadas, y un borde bermellón indistinguible. Las características clínicas de esta transformación pueden no estar presentes en el momento del diagnóstico. Dado su potencial de malignización está justificado su control periódico y la biopsia ante la sospecha (2).

Aproximadamente, sólo entre el 1% y el 3% de los pacientes con queilitis actínica desarrollan un carcinoma. El periodo de latencia para el desarrollo de un carcinoma escamoso sobre una queilitis actínica oscila entre 20 y 30 años (2).

En el presente estudio se pudo observar que, con-

trariamente a lo que detalla la literatura, la queilitis actínica ya se manifiesta en pacientes jóvenes (10 pacientes de muestra) que no pasan de la tercera década de la vida, pero como una patología silenciosa, subclínica; es decir, que sólo se puede diagnosticar a través de un examen histopatológico, ya que el diagnóstico clínico no muestra los rasgos característicos de esta patología.

De esta manera es que debemos difundir información a nuestra población sobre esta enfermedad,

que se puede volver un riesgo para la salud, primero como lesión precancerígena y posteriormente cáncer de labio. Nuestro deber al informar es prevenir la patología dando indicaciones a todo paciente sobre la protección de los labios.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas (colegas, estudiantes, pacientes) que de alguna manera contribuyeron directa e indirectamente para que se pueda realizar esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MARIMÓN TORRES María E, GONZÁLEZ GONZÁLEZ Xiomara, FERRO RODRÍGUEZ Alfredo, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ Elsa Lidia, POZO PORTIERRA Marcos A. Comportamiento de la queilitis actínica en 30 pacientes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río RPNS:1877 [Internet] Año 2001 [citado abril] Volumen 5, No 2 Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/111/218> (Julio de 2012)
- (2) PUGA GUIL Patricia María. Parámetros de riesgo de la queilitis actínica crónica, Tesis doctoral, Granada 2009. (Internet) <http://hera.ugr.es/tesisugr/18093735.pdf> (Julio de 2012)

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- o ALCALÁ PÉREZ Daniel, SÁNCHEZ FERRA D, PERALTA PEDRERO María Luisa, VEGA GONZÁLEZ M, MEDINA BOJORQUEZ A, Guía de práctica para diagnóstico y tratamiento de la queratosis actínica. Dermatol Rev Mex 2012;56(1):14-25 [Internet], Año 2012. [citado enero-febrero] Volumen 56: páginas 1-5 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2012/rmd121c.pdf>
- o BASCONES Antonio, Tratado de odontología, Tomo I y Tomo III, Avances médicos dentales. Madrid – España 1998
- o GRINSPAN David, Enfermedades de la boca, semiológica, patología, clínica y terapéutica de la mucosa oral, Tomo I y Tomo III 2º Edición. Editorial MUNDI S.A.C.I.F. Buenos Aires Argentina
- o LYNCH ,BRIGHTMAN ,GREENBERG Medicina bucal de Burket, 9º Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México D.F. Año 1996.
- o REGUEZI Joseph, Patología bucal, 2ª edición, Editorial Me Graw Hill Interamericana. México D.F Año 1995
- o SHAFER W.G,Levy B.M, Tratado de patología Bucal, 4º Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México D.F Año 1988

Copyright (c) 2015 María Uliana Ríos Antezana; Nathaly Patton Sabat y Tania Lucía Sebastián Pabón.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)