

AVALIAÇÃO DO USO DO DICLOFENACO 3% EM GEL DE ÁCIDO HIALURÔNICO 2,5% COMO UMA ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO DA QUEILITE ACTÍNICA

CAMILA GONZATTI¹; DARLAN RADTKE BERGMANN² ; NATÁLIA BASCHIROTTO CUSTÓDIO¹; ANA PAULA NEUTZLING GOMES³

¹ Acadêmica de Odontologia/UFPEL – camilagonzatti@gmail.com

² Bolsista de Extensão PROBEC/UFPEL do Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca – darlanrb@gmail.com

³ Professora Adjunta do Departamento de Semiologia e Clínica, Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca, da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil – apngomes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular representa mais de 90% das lesões malignas que se desenvolvem na boca. Alguns destes carcinomas são precedidos por lesões potencialmente malignas, lesões estas cujo diagnóstico histopatológico pode variar de uma hiperplasia sem atipia a diferentes graus de atipia epitelial ou carcinoma *in situ* (NEVILLE, 2009).

A queilite actínica (QA), também denominada queilose actínica ou queilite solar, é uma lesão potencialmente maligna do vermelhão labial causada pela exposição à radiação ultravioleta. Essa lesão acomete quase exclusivamente o lábio inferior e é mais frequente em indivíduos de cor branca, do sexo masculino e que exercem atividades ao sol, como agricultores e pescadores (AYRES, 1923). Na região sul do Brasil, devido ao clima tropical e a descendência europeia de grande parcela da população, esta lesão assume maior relevância.

Existem duas formas clínicas da QA, a aguda e a crônica. A forma aguda é mais comum em indivíduos jovens e ocorre após exposição excessiva ao sol, enquanto a crônica é uma alteração cumulativa e irreversível (MANGANARO et al., 1997). Na QA crônica o lábio apresenta-se ressecado, atrófico, com áreas discrômicas, placas brancas ou cinzas, que não se destacam à raspagem, e erosões recorrentes (PICASCIA et al., 1987, ROBINSON, 1989; TEREZHALMY; NAYLOR, 1993; MAIN; PAVONE, 1994; WRIGHT; DUFRESNE, 1998). A lesão é usualmente assintomática, mas pode, em alguns casos, ser acompanhada por sensação de queimação, dormência e dor.

O tratamento da QA crônica tem como objetivos, principalmente, a prevenção do desenvolvimento do carcinoma espinocelular de lábio e também minimizar seus efeitos como dor, sangramento e prejuízo na alimentação. Dentre os diversos tipos de intervenção destacam-se a fototerapia (ROSSI *et.al* 2008; NASHAN *et.al* 2013; CASTAÑO *et.al* 2009), o uso tópico de gel de diclofenaco em ácido hialurônico (Lima *et.al* 2004), tretinoína (ODON, 1998) ou 5-fluoracil (ODON, 1998), além de outros métodos mais radicais, como a vermelhectomia (NEVILLE, 2009).

O presente estudo propõe-se a avaliar a eficácia e tolerabilidade do gel de diclofenaco em ácido hialurônico no tratamento da QA crônica.

2. METODOLOGIA

2.1 Seleção de pacientes

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Foram selecionados pacientes atendidos no Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca com diagnóstico clínico de queilite actínica crônica, e que fizeram tratamento com o gel de diclofenaco em ácido hialurônico, independentemente do tempo de uso do medicamento. A partir da localização da população alvo, foram efetuadas ligações telefônicas com a finalidade de agendar uma consulta de retorno para avaliação do quadro clínico atual e entrevista. As informações dos pacientes que não compareceram à consulta de retorno foram obtidas diretamente da ficha clínica.

2.2 Exame clínico

Os indivíduos foram esclarecidos dos objetivos do estudo e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram submetidos a anamnese e exame físico bucal. As alterações labiais foram classificadas em:

Grau I: presença de áreas discrômicas;

Grau II: presença de áreas esfoliativas;

Grau III: presença de placa (s) branca (s);

Grau IV: associação de duas ou mais dessas alterações.

Outro ponto em questão foi a extensão da área afetada por máculas, erosões ou placas, onde era verificado se abrangia todo o lábio inferior, dois terços do lábio inferior ou um terço do lábio inferior. Além de discriminar o tamanho e representação esquemática das placas, quando havia a presença delas.

2.3 Entrevista

No questionário aplicado foram verificados os dados pessoais do paciente, dentre os quais, a profissão exercida e o tempo em que permaneceu exposto a radiação solar, bem como a presença ou não de características de risco na pele. Não obstante, quanto à presença da lesão de QA, o tempo em que estava presente e os possíveis transtornos implicados pela sua presença, como prejuízo na alimentação, sangramento, aparência estética, dor ou preocupação. Com relação ao tratamento, foram aplicadas questões sobre o uso do gel de diclofenaco a 3% em ácido hialurônico a 2,5%, como tempo de duração, os motivos de possíveis incômodos e/ou abandono do tratamento, a percepção de melhora com o seu uso e a necessidade de realização de biópsia em algum momento.

Questões específicas sobre medidas preventivas e de controle da QA também foram incluídas: a frequência com que os indivíduos se expõem atualmente a radiação solar, o uso de protetor solar habitualmente e o uso de manteiga de cacau, batom, protetor labial ou outro produto nos momentos de agudização da lesão.

2.5 Análise dos resultados

Após as consultas, os dados foram processados para verificar a eficácia do tratamento, suas possíveis falhas, o grau de resolução e aceitação pelos pacientes. Na análise dos resultados foi utilizado o método de estatística descritiva, através da análise de frequências. As informações obtidas foram tabuladas no programa EXCEL para Windows, e as variáveis qualitativas analisadas de forma descritiva e pela distribuição de frequências (%).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho, entre os 62 pacientes com QA tratados com o gel de diclofenaco em ácido hialurônico em um período de 10 anos, os homens aparecem como a maioria, representando 87% do total e dessa forma, condizendo com os resultados apresentados pela literatura. A idade média dos pacientes também é congruente com o esperado, visto que os estudos científicos afirmam que essas lesões atingem em maior número indivíduos mais velhos. Em nosso estudo a idade média foi de 63 anos, apesar de ter variado entre 27 e 87 anos.

Em nossa amostra, somente em 37% dos pacientes obteve-se a informação de profissão relacionada à exposição solar, percentual considerado abaixo do esperado. Tal fato pode ser explicado por uma falha no preenchimento das fichas clínicas, já que muitos pacientes referem sua profissão como aposentado, sem, no entanto informar sobre a ocupação que exerciam. Entre aqueles em que se conseguiu estabelecer o histórico de exposição, 73% exerceram a profissão por mais de 20 anos.

Dos indivíduos selecionados, 86% apresentaram como característica ter cor da pele branca, olhos claros e cabelos claros, reafirmando assim o citado pela literatura, de que indivíduos com menor proteção melânica estão mais predispostos ao desenvolvimento de lesões actínicas.

Entre os pacientes entrevistados, o uso da manteiga de cacau e o protetor labial com fator de proteção solar (FPS) foram as medidas de alívio mais utilizadas em casos de reagudização, por suas propriedades umectantes, por hidratar o lábio e sensação de melhora. Aqui cabe destacar a importância de campanhas educativo-preventivas que venham a esclarecer a população sobre a necessidade do uso de barreiras físicas e produtos com FPS para minimizar os danos da radiação actínica sobre a pele e os lábios. Nesses períodos, 48% dos pacientes afirmaram que não sentiam nenhum tipo de preocupação nem desconforto, enquanto 14% deles referiram dor e 18% preocupação. Uma menor parte da amostra relatou episódios de prejuízo na alimentação, sangramento, desconforto estético e queimação.

Com relação à duração do tratamento com o gel de diclofenaco a 3% em ácido hialurônico a 2,5%, o tempo de uso variou de menos de 1 mês até 1 ano. A maioria usou de 1 a 2 meses (42%), seguido por menos de 1 mês com 31%. Dos pacientes analisados, 90% afirmaram não ter sentido nenhum incômodo com o uso do ácido e o restante afirmou ter interrompido o uso por irritação.

Dos pacientes que utilizaram o fármaco, 16% apresentaram resolução do quadro clínico e 43% melhora moderada, resultados considerados promissores. Em somatória, aqueles pacientes que tiveram alguma melhora, independentemente do grau, representaram no total 88% dos pacientes. Entre os

que relataram não apresentar melhora, em alguns observou-se a não utilização do ácido conforme as recomendações e tempo de tratamento insuficiente.

O perfil dos indivíduos atendidos pelo serviço e que fizeram uso do gel de diclofenaco em ácido hialurônico revelou cerca de 63% com lesões grau III (presença de placa branca) abrangendo extensões variáveis do lábio inferior.

4. CONCLUSÕES

Concluimos que o gel de diclofenaco a 3% em ácido hialurônico a 2,5% é uma boa alternativa terapêutica no tratamento da queilite actínica, pois a maioria dos pacientes da amostra teve algum tipo de melhora, de moderada até a resolução do caso. Além disso, a maioria da amostra relatou que não ocorreram efeitos colaterais. Constatamos também que o gel de diclofenaco a 3% em ácido hialurônico a 2,5% deve ser usado por no mínimo 30 dias para apresentar o efeito desejado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, S. Chronic actinic cheilitis. **The Journal of the American Medical Association**. v. 14, p. 1183-6, 1923.

CASTAÑO, E; COMUNIÓN, A.; ARIAS, D.; MIÑANO, R.; ROMERO, A.; BORBUJO, J. Photodynamic therapy for actinic cheilitis. **Actas Dermato-Sifiliográficas**. v. 100, n.10, p. 895-8, 2009.

LIMA, G. S.; SILVA, G.F.; GOMES, A. P. N.; ARAÚJO, L. M. A.; SALUM, F. G. Diclofenac in hyaluronic acid gel: an alternative treatment for actinic cheilitis. **Journal of Applied Oral Science**. v.18, n.5, p. 533-537, 2010.

MAIN, J.H.; PAVONE, M. Actinic Cheilits and carcinoma of the Lip. **Journal of the Canadian Dental Association**.; v. 60, p. 113-6, 1994.

MANGANARO, A.M.; WILL, MJ; POULOS, E. Actinic cheilitis: a premalignant condition. **General dentistry**. v.45, p.492-4, 1997.

NASHAN, D.; MEISS, F.; MÜLLER, M. Therapeutic strategies for actinic keratoses – a systematic review. **European Journal of Dermatology**. V. 23, n. 1, 2013.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro:Elsevier, 2009.

ODOM, R. Managing actinic keratoses with retinoids. **Journal of the American Academy of Dermatology**. V. 39, n.2, p.74–78, 1998.

PICASCIA, D.D.; ROBINSON, J.K. Actinic cheilitis: a review of etiology, differential diagnosis, and treatment. **Journal of the American Academy of Dermatology**. v. 17, p.255-64, 1987.

ROSSI, R.; ASSAD, G.B.; BUGGIANI, G., LOTTI, T. Photodynamic therapy: treatment of choice for actinic cheilitis? **Dermatology and Therapy**. v. 21, n.5, p. 412-5, 2008.

ROBINSON, J.K. Actinic cheilitis. A prospective study comparing four treatment methods. **Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery**. v. 115, p. 848-52, 1989.

TEREZHALMY, G.T.; NAYLOR, G.D. Actinic cheilitis. **Journal of the Indiana Dental Association**. v. 72, p. 12-15, 1993.

WRIGHT, K.; DUFRESNE, R. Actinic cheilitis. **Dermatologic Surgery**. p. 490-1, 1998.