

QUEILITE GRANULOMATOSA

Cheilitis Granulomatosa

*Cristine Rochele Dapont Mari¹, Clarissa Bochi do Amara², Estefania Inez Wittke³, Daniela Silva da Rocha⁴,
Mônica de Castilhos⁴, Nediana Bialeski⁴.*

Resumo

Queilite granulomatosa, é uma doença rara, de etiologia desconhecida e de evolução crônica, que inicia com edema difuso dos lábios, especialmente o inferior. Descamação, fissuras, vesículas e/ou pústulas .podem estar presentes, assim como eritema da borda interna do lábio. Ocorre em ambos os sexos, em várias faixas etárias. O tratamento, em geral, é não satisfatório . Os autores relatam o caso de uma paciente de 43 anos, atendida no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria, tendo sido feito o diagnóstico através dos quadros clínico, laboratorial e anatomopatológico compatíveis com a patologia.

Palavras-chave: Queilite granulomatosa, diagnóstico, tratamento insatisfatório.

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário, Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil.

¹Professora auxiliar da disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina , UFSM;

²Médica residente do Serviço de Infectologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ;

³Médica residente do Serviço de Medicina Interna da Fundação Universidade de Rio Grande;

⁴Acadêmicas do Curso de Medicina da UFSM .

INTRODUÇÃO

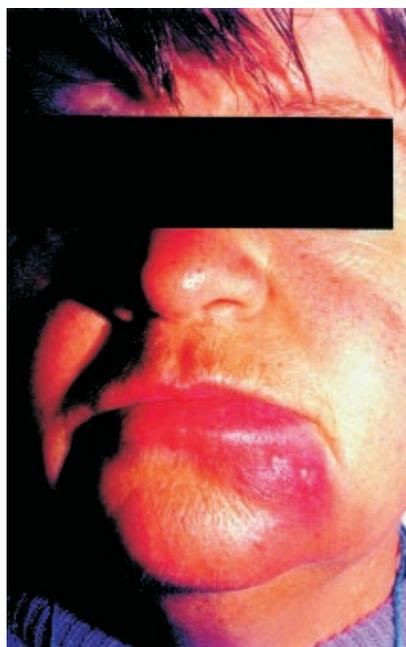
Doenças que são geralmente confinadas a sítios anatômicos específicos, são de especial interesse. Um número de queilites, tem sido bem documentado por muitos anos, mas em muitos casos a etiologia é obscura¹. Queilite granulomatosa, doença crônica, é uma condição incomum no sul da Europa e América, mas comum na Europa Central. De acordo com autores europeus, queilite granulomatosa pode estar associada com a síndrome de Melkersson-Rosenthal (queilite granulomatosa, paralisia de Bell e fissura lingual), e talvez seja uma forma monossintomática desta síndrome². A incidência da síndrome de Melkersson-Rosenthal é de 0,08%. Entretanto alguns autores advogam ser a síndrome completa rara, sendo a apresentação monossintomática mais comum^{7,8}. A queilite granulomatosa foi observada antes mesmo de 1945 e teve denominações como edema sólido, queilite glandular, queilite glandular apostomatosa, etc. A doença, descrita pela primeira vez por Miescher (1945), tem um início súbito, curso progressivo e termina em um aumento crônico dos lábios¹. O tratamento da queilite granulomatosa é difícil, pois embora existam várias formas de tratamento estas geralmente se mostram insatisfatórias^{2,4}. Nós relatamos um caso de queilite granulomatosa, enfatizando uma doença incomum e a dificuldade do tratamento.

Relato do Caso

T.I.B., 43 anos, branca, feminina, casada, natural e procedente de Santa Maria, RS, em dezembro de 1996 iniciou com edema, eritema, e calor em região labial esquerda, evoluindo com períodos de exacerbação do quadro. Após 4 meses de evolução, a paciente foi encaminhada ao serviço de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria, para investigação. Apresentava-se com edema, eritema, calor local e infiltração na região do lábio inferior, à esquerda em placas que se estendiam linearmente até a região mentoniana, com ausência de lesões na mucosa oral (Figura 1). Também apresentava edema bpalpebral, marcadas rugas periorculares e xerodermia, a paciente era obesa e vinha em tratamento clínico para hipotireoidismo e dislipidemia. A biópsia cutânea evidenciou queilite granulomatosa, com granulomas não caseosos e infiltrado linfoplasmocitário perivascular. Os

achados imunohistoquímicos indicaram uma proliferação quase uniforme de células T, tendo sido usados os seguintes marcadores: LCA +, CD20 -, CD79 alfa -, CD3 +, CD45 RO +. Além disso, também apresentou pesquisa anti-DNA com imunofluorescência indireta reagente (1:20). Iniciou-se terapêutica com clofazimina (100mg/dia) durante 3 meses e dietoterapia com restrição de leite, sem melhora da lesão. Outras opções de tratamento neste caso foram: dexclorfeniramina, prednisona, colchicina, corticoterapia tópica e intralesional.

Figura 1: Queilite granulomatosa mostrando lesão edemaciada, eritematosa, com calor local e infiltração na região do lábio inferior, à esquerda com placas que se estendem linearmente até a região mentoniana.



DISCUSSÃO

O principal interesse na queilite granulomatosa é a etiologia indeterminada. Uma característica da histologia em nosso material, foi a presença de “processo inflamatório granulomatoso sarcóide”. Este achado é similar aos descritos na sarcoidose, tuberculose, sífilis e hanseníase. A possibilidade de que uma destas condições estivesse presente foi devidamente

investigada, podendo quase que certamente ser excluída.

A queilite granulomatosa inicia com um edema difuso dos lábios, especialmente o lábio inferior. A boca, quando vista de perfil, muitas vezes lembra um “focinho”. A consistência dos lábios é geralmente macia, elástica, e não permanece deprimida à pressão, mas em alguns casos é firme. Como regra, a cor da pele ao redor da boca é normal, embora a membrana mucosa da parte interna dos lábios pode ser anormalmente eritematosa. Outros sintomas incluem descamação, fissuras, vesículas e/ou pústulas na borda vermelho-brilhante do lábio. Sintomas subjetivos são usualmente ausentes no início, embora um sentimento de tensão ou fragilidade, especialmente sob pressão, tem sido descrito¹. Ao contrário do descrito na literatura, em que os pacientes são afebris e saudáveis, no presente caso, a paciente apresentava-se febril nos períodos de piora do quadro. A queilite granulomatosa ocorre em ambos os sexos de várias idades. Os casos têm sido descritos em pessoas de 15 a 65 anos de idade. A doença é crônica. Em dois dos casos descritos por Miescher a duração foi 4 e 8 anos, e até este período não tinham evoluído para cura. Em outro caso, 20 anos passaram-se antes da regressão iniciar¹. Neste caso, a paciente apresenta queilite granulomatosa há 8 anos, corroborando assim, os dados encontrados na literatura.

A literatura cita fatores externos como traumatismo do lábio, intervenções dentárias, infecções próximas aos lábios, exposição ao frio, que podem exacerbar ou precipitar a doença⁵. Não há relatos

de associação com tireoidopatias. No presente caso, a paciente relatou o surgimento da lesão espontaneamente. A característica essencial da doença é edema granulomatoso do lábio ou face. A persistência do edema entre as crises poderia sugerir o diagnóstico, o qual pode às vezes ser confirmado por biópsia. Em alguns casos as alterações histológicas são inconspícuas e não específicas³.

O tratamento da queilite granulomatosa é difícil de ser realizado e muitas formas foram empregadas, sem haver, no momento, um tratamento aconselhável e que pudesse ser empregado para todos os pacientes com a doença. Os autores escandinavos aconselham o uso de injeções repetidas de água quente, fervendo, no parênquima. Os corticóides têm sido amplamente utilizados e, atualmente, têm sido relatado, uma boa resposta ao uso de injeção intralesional de triancinolona^{5,3}. Estudos recentes demonstraram que a clofazimina, a hidroxicloroquina, a sulfasalazina e a colchicina podem ser usadas, como formas alternativas de tratamento para casos refratários aos corticosteróides ou para evitar os efeitos colaterais do uso prolongado destes. Por último, tem sido recomendado a correção da deformidade labial com cirurgia plástica para casos mais graves^{5,6}.

Concluindo, esta descrição enfatiza que o edema persistente do lábio e face, com o qual não devemos ser complacentes, pode estar relacionado a entidades etiológicas não relatadas, e deve estimular maior investigação para elucidação da etiologia e do tratamento que, em geral, é frustrante.

SUMMARY

Cheilitis granulomatosa is a rare disease of unknown etiology and chronic development, which begins as a diffuse swelling of the lips, specially the lower one. Scaling, fissures, vesicles and/or pustules may be present, as well inner lip erythema. It occurs in both sexes at varying ages. The treatment is generally unsatisfactory. The authors reported an uncommon case of a 43 years old woman, from the University Hospital in Santa Maria. The diagnosis was established based on clinical analysis, laboratorial analysis and anatomopathological findings.

Key words: Cheilitis granulomatosa, diagnosis, unsatisfactory treatment

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laymon CW. Cheilitis Granulomatosa and Melkersson – Rosenthal Syndrome. Archives of dermatology, 1961; 83: 112-118.
2. Cerimele D & Serri F. Intralesional Injection of Triamcinolone in the Treatment of Cheilitis Granulomatosa. Archives of Dermatology. 1965; 92: 695-696.
3. Lopez JG. Melkersson- Rosenthal Syndrome . Medicina Cutánea. 1972; 6: 21-23,
4. Rhodes EL & Stirling GA. Granulomatous Cheilitis. Archives of Dermatology. 1965; 92 : 40-44.
5. Rodriguez O, Novales J & Ortiz Y. Síndrome de Melkersson- Rosenthal. Dermatología- Revista Mexicana. 1973; 17: 5-31.
6. Fradis M, Jürgen GR & Löhle E. Cheilitis Granulomatosa Miescher: Treatment with clofazimine and review of the literature. Otol Rhinol Laryngol. 2001; 964-967.
7. Cockerham KP, Hidayat AA, Cockerham GC, Depper MH; Sorencen S, Cytryn AS, Gavaris, PT. Melkersson-Rosenthal syndrome. Archives of Ophthalmology. 2000; 118:227-232.
8. Glickman LT, Gruss JS, Birt BD, Kohli-Dang, N. The surgical management of Melkersson-Rosenthal syndrome. Plastic Reconstructive Surgery. 1992; 89:815-821

Endereço para correspondência:

Cristine Rochele Dapont Mari

e-mail: cristine.mari@bol.com.br

Centro de Ciências da saúde (CCS), Campus da Universidade Federal de Santa Maria.

Departamento de Clínica Médica.

Prédio 26, sala 1337, 3º andar , CEP: 97119-900

Fone: 0xx(55) 220-8508