

11212

S S

U N A M

AMALAC

3
2ej

CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

PROFESOR DEL CURSO: DR. FERNANDO LATAPI CONTRERAS.

DIRECTORA DEL CENTRO: DRA. OBDULIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ.



QUEILITIS ACTINICA
TRATAMIENTO COMPARATIVO

TESIS DE POSGRADO EN:

DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA Y MICOLOGIA

DR. JESUS ROBERTO FLORES VIDANA

ASESOR: DRA. JOSEFINA CARBAJOSA MARTINEZ.

FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

1990

[Handwritten signature]
DR. JOSE ALBERTO PENALOSA MTZ.
JEFE DE ENSEÑANZA



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION	1
II.- EMBRIOLOGIA, ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISILOGIA DEL LABIO	3
III.- QUEILITIS ACTINICA CRONICA:	
1) Definición	6
2) Antecedentes históricos	7
3) Epidemiologia	7
4) Etiopatogenia	9
5) Clasificación y cuadro clínico	10
6) QAC como lesión premaligna	12
7) Histopatologia	15
8) Diagnóstico diferencial	17
9) Tratamiento/Generalidades	21
IV.- QUEILITIS ACTINICA ASOCIADA A PRURIGO SOLAR	22
V.- VERMILLECTOMIA	25
VI.- TRATAMIENTO TOPICO CON 5-FU AL 5%	31
VII.-CRIOCIRUGIA	34
VIII.- TRATAMIENTO CON LASER DE CO2	39
IX.- OBJETIVOS	42
X.- MATERIAL Y METODOS	43

XI.- RESULTADOS:

1) Vermillectomia	46
a) Gráficas	47
b) Caso clínico	50
2) Tx con 5-FU tópico	56
a) Gráficas	57
b) Caso clínico	60
3) Criocirugía	63
a) Gráficas	64
b) Caso clínico	67
4) Resultados cosméticos	71
5) Epidemiología de la QAC	72
6) Histopatología	81

XII.- CONCLUSIONES	83
---------------------------	-----------

XIII.- BIBLIOGRAFIA	86
----------------------------	-----------

I N T R O D U C C I O N

La queilitis actínica es la inflamación del vermellón de los -
labios producida por la acción de las radiaciones solares.

Existen dos tipos de queilitis actínicas: la ocasionada por la acción
prolongada e intensa de las radiaciones solares -que puede ser aguda-
o crónica- y la queilitis asociada al prúrigo solar y que se debe a -
hipersensibilidad a las radiaciones actínicas. Esta última se present
ta con patrón hereditario autosómico dominante, en indios americanos
y en los mestizos que habitan en los altiplanos.

La queilitis actínica crónica (QAC) se considera una lesión premaligna
ya que estadísticamente se ha observado que tiene una probabilidad del
14% de transformarse en carcinoma epidermoide de alto grado de maligni-
dad; por tal razón su diagnóstico y tratamiento deben ser lo más rá-
pidos y eficaces posible, con el fin de lograr la remisión de la sintom
atología y prevenir el desarrollo del carcinoma.

La queilitis actínica asociada a prúrigo solar no presenta datos clíniq
cos ni histológicos de premalignidad, sin embargo muchas veces su manej
o resulta difícil cuando se utilizan sólo las medidas habituales en -
su tratamiento. Por este motivo se recurre a menudo a procedimientos
agresivos y molestos para el paciente, como los utilizados en este es-
tudio.

El presente trabajo intenta comparar la eficacia de la vermillectomia,
la criocirugia y la aplicación tópica del 5-Fluorouracilo al 5% en el
tratamiento de las ...

queilitis actínicas. La vermillectomía sólo se utilizó en pacientes - con QAC, no con la asociada a prúriga solar.

Se analizan los resultados terapéuticos, los índices de morbilidad, la remisión de la sintomatología y los resultados cosméticos.

No es intención de este trabajo el llegar a conclusiones definitivas.

Pretende ser un estudio abierto sujeto en las QAC a evaluaciones semetrales durante los próximos cinco años.

Se incluirán y analizarán, además, datos epidemiológicos sobre la incidencia de la QAC, dada su importancia como entidad premaligna.

ORIGEN EMBRIONARIO, ANATOMIA, FISIOLOGIA Y ESTRUCTURA

HISTOLOGICA DEL LABIO

Los labios se originan del ectodermo y mesodermo. Del ectodermo derivan todos los epitelios, incluyendo la membrana mucosa que los recubre por dentro. Del mesodermo se originan los músculos, vasos sanguíneos, linfáticos y el tejido conectivo que los conforma. (1)

Los labios se dividen en labio superior y labio inferior:

El labio superior limita con la nariz y está separado por medio del pliegue nasolabial; hacia los lados limita con las mejillas formando el llamado pliegue labiomarginal.

El labio inferior limita por abajo con el mentón y está separado de éste por medio del pliegue mentolabial. En personas jóvenes no presenta pliegues divisionales con la mejilla, pero en ancianos se desarrolla un surco labiomarginal. (ver figura 1)

Se reconocen tres zonas anatómicas específicas: (2)

a) PIEL DE LOS LABIOS:

La piel propiamente empieza en el surco labiomentoniano y termina a nivel del vermellón; en el superior se inicia en el surco nasolabial y termina también en el vermellón.

La piel es idéntica a la restante y contiene por lo tanto folículos pilosos, glándulas sebáceas, sudoríparas y pigmento melánico.

b) VERMELLON, ZONA VERMELLON O PROLABIO:

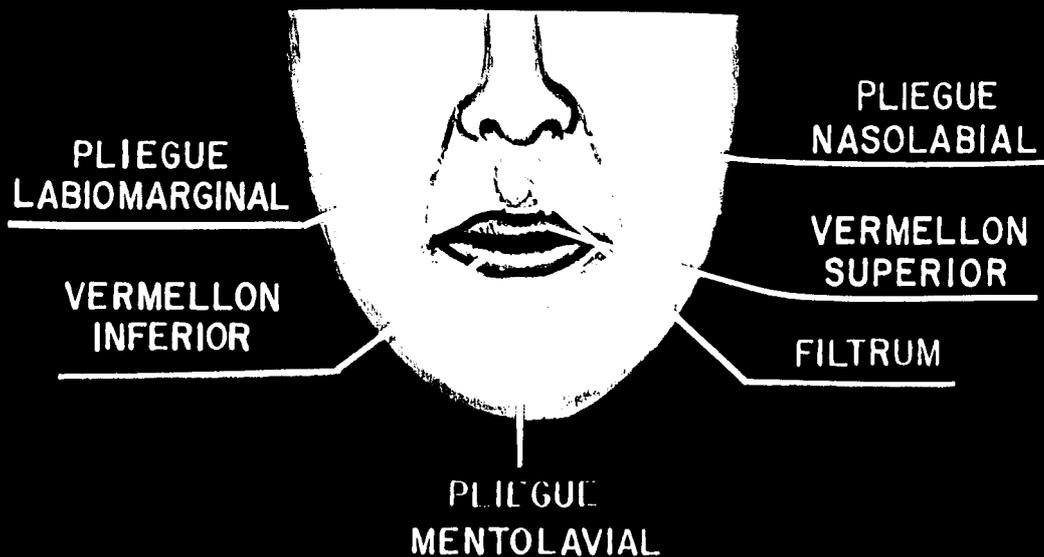
Se considera una estructura exclusiva del ser humano. Está constituida por piel modificada, que es la transición...

entre piel y mucosa. El epitelio es delgado no queratinizado ó con escasa cantidad de ésta. Las papilas son numerosas, delgadas, alineadas y altas llegando hasta el epitelio. Contiene abundantes capilares que se van con facilidad a través de una epidermis casi transparente, lo que da la coloración rojo característica.

El vermellón no contiene pelo, glándulas sudoríparas ni sebáceas sin embargo se ha observado que hasta en un 50% de las personas hay glándulas sebáceas pequeñas o grandes y es lo que se conoce como condición de Fordyce. El labio carece de pigmento melánico, excepto en la raza negra, aunque en menor cantidad que en el resto de la piel. Como el epitelio no está queratinizado ni dispone de secreción sebácea se tiene que humedecer frecuentemente con la lengua para así asegurar su integridad. Es por esto que en climas secos son frecuentes los labios fisurados. (3)

c) MEMBRANA MUCOSA:

Está constituida por un epitelio estratificado no queratinizado y grueso. Sin embargo es más transparente ya que el estrato lúcido está dispuesto en forma más compacta que en la piel. Contiene numerosas glándulas labiales ó glándulas salivales menores cuya secreción es de tipo mucoso y se localizan a nivel de la lámina propia. Esta última se encuentra dividiendo a la zona epitelial de la submucosa y está formada por tejido conectivo compacto. La submucosa está compuesta por tejido conectivo reticulado laxo, por lo que tiene gran movilidad; y es por esta razón que en casos de procesos inflamatorios se edematiza fácilmente. (3) (ver figura 2)



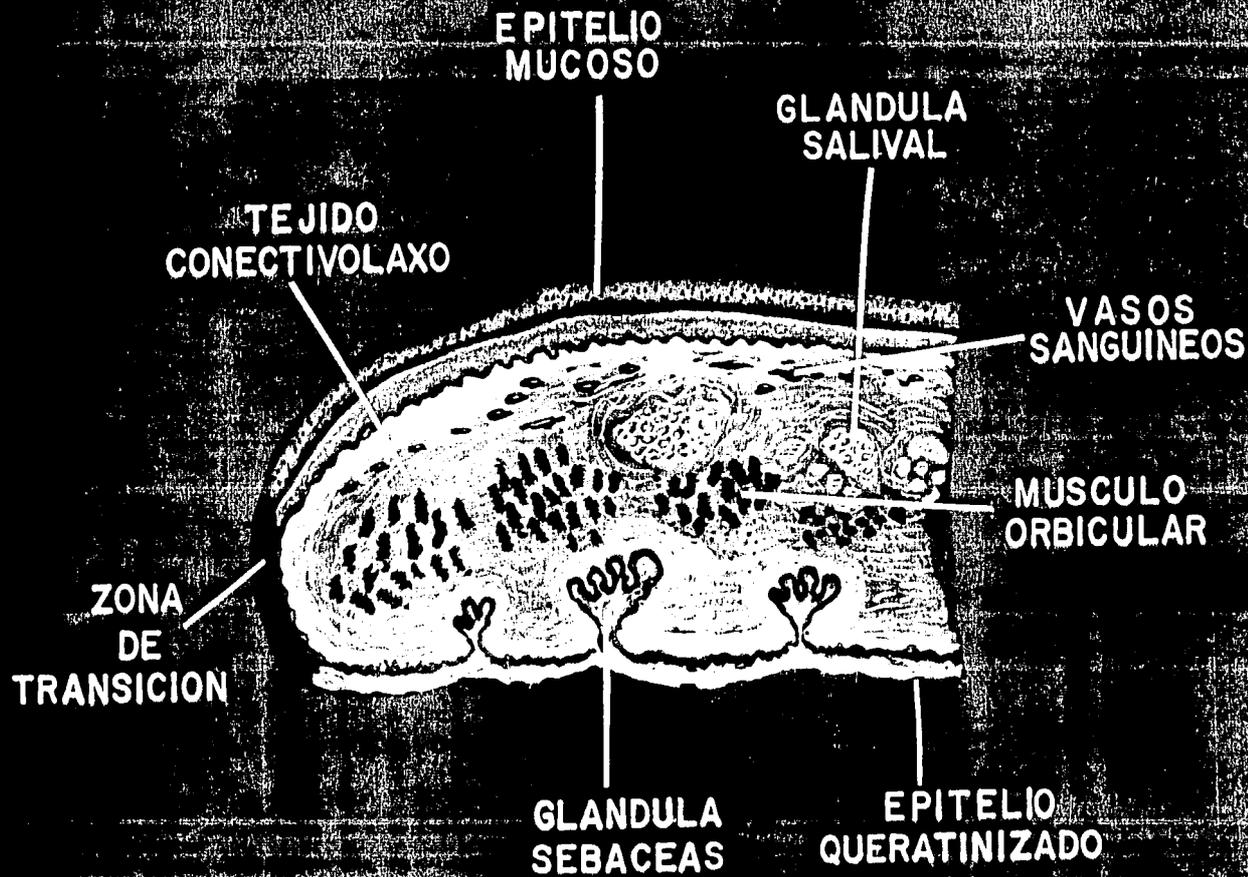


Figura 10.10

Los labios tienen 11 músculos en total que son: El orbicular de los labios, el buccinador, el elevado común del ala de la nariz y del labio superior, el elevador propio del labio superior, el canino, el cigomático menor y mayor, el risorio de Santorini, el triangular de los labios, el cuadrado de la barba y los músculos de la borla de la barba. Sin embargo el más importante desde el punto de vista anatómico y funcional es el músculo orbicular de los labios, que se dispone a manera de anillo alrededor de la cavidad oral. Se encuentra a nivel del vermellón y se divide en dos: el semiorbicular superior y el semiorbicular inferior que corresponden a cada labio. (4)

La sensibilidad del labio superior está dada por la segunda rama del nervio trigémino; el labio inferior por la tercera rama del mismo nervio. La inervación motora la proporciona el nervio facial.

Los linfáticos de ambos labios drenan hacia los ganglios submandibulares y al cervical superior. Los vasos que están situados por debajo de la piel y el del labio superior drenan hacia el ganglio linfático submentoniano.

El sistema linfático de los labios tiene gran proporción del flujo contralateral una vez que ha pasado a través de uno ó dos ganglios linfáticos ipsilaterales. (1)

La irrigación es proporcionada por dos ramas de la arteria facial: la labial superior y la labial inferior. Estas drenan hacia la vena facial anterior.

Los labios tienen otras funciones más importantes que servir únicamente para sonreír o besar. Ellos son muy importantes ya que cierran la cavidad oral y auxilian en la masticación, deglución y respiración. Asimismo son importantes en el lenguaje ya que ayudan a articular fonemas labiales como por ejemplo los sonidos de las letras M, P, B, F y O.(5)

QUEILITIS ACTINICA CRONICA

D E F I N I C I O N

La queilitis actínica crónica (QAC) es una patología crónica y de condición premaligna que aparece comunmente en el labio inferior. Es causada por la exposición prolongada a las radiaciones ultravioletas de la luz solar. Tal exposición daña el epitelio de la mucosa y causa atrofia, exulceraciones, exudación y lesiones leucoplásicas. (8,61)

Se le conoce también con los nombres de queilitis exfoliativa, queilitis solar y como queratosis actínica del labio.

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S

Ayres (6) describió en 1923 la queilitis actínica crónica (QAC) en 5 - pacientes del estado de California en Estados Unidos, como una inflamación crónica del labio inferior, aparentemente debida a la luz solar. El consideró está lesión como una variedad de queilitis exfoliativa.

Posteriormente otros casos fueron descritos por Katzenellenbogen en 1936 en Jerusalem; Grin en 1938 la denominó queilitis aestivalis. Desde entonces han sido reportados enfermos en diferentes países, como en Yugoslavia en 1939 por Dojmi; en Turquía por Marchionin en 1939.

En 1964, Nicolau y Balus de Rumanía (7), realizaron un estudio en 542 pacientes; en él hacen una descripción muy detallada de las características clínicas de las QAC, y mencionan la leucoplaquia como una manifestación más de esta entidad. Hacen asimismo incapie en la naturaleza premaligna de la QAC, y analizan los datos histopatológicos responsables de tal transformación.

E P I D E M I O L O G I A

La QAC aparece comúnmente en personas que se exponen al sol en forma prolongada, como los pescadores, marineros, campesinos, albañiles o vendedores ambulantes. Es por esta razón que es más frecuente en el hombre que en la mujer en proporción aproximada de 14:1, aunque no se tiene una casuística fidedigna al respecto. También se atribuye al hecho de que muchas mujeres se protegen con lápiz labial el cual funcionaría como filtro solar. (8) A pesar de ello el num. de mujeres afectadas de QAC es creciente, principalmente entre las ama de casa, y se debe a que se exponen frecuentemente al sol cuando realizan sus labores como por ej. : lavar y tender la ropa, ir de compras, por sus hijos, etc.

La QAC más frecuentemente aparece después de los 40 años, aunque hay - quienes la reportan desde los 20 años (7). En todo caso la frecuencia máxima se encuentra entre la quinta y la séptima década de la vida. (9)

El labio más afectado es el inferior, -hasta en un 90% de los casos-. Esto se debe a la disposición anatómica que guarda éste con respecto - al superior, ya que se encuentra evertido y por lo tanto recibe más di-
rectamente las radiaciones solares.

La QAC se presenta sobre todo en personas de piel blanca; se observa su máxima incidencia en personas con piel tipo I y II (ver cuadro 1). En la raza negra practicamente no se presenta esta patología y se debe a que ellos si poseen pigmento melánico en el vermellón, siendo pro-
tegido contra las radiaciones actínicas.

TIPO	CLASIFICACION	REACCION AL SOL	EJEMPLO
I	Sensible	Se quema facilmente, nunca se broncea.	Pelirrojos con pecas.
II	Sensible	Se quema facilmente broncea minimamente.	Rubios de ojos azules.
III	Normal	Se quema moderadamen- te broncea gradualmen- te.	Caucasicos morenos.
IV	Normal	Se quema minimamente, broncea siempre.	Mediterraneos
V	Insensible	Raramente se quema, broncea profusamente.	Latinoamericanos hindúes.
VI	Insensible	Nunca se quema, pig- menta profundamente.	Negros.

CUADRO NUM. 1: Tipos de piel. (10,11)

E T I O P A T O G E N I A

Es opinión generalizada que la causa principal de la QAC es la exposición prolongada y repetida al sol. Sin embargo se mencionan otros factores ambientales posibles como el aire, el frío o el clima seco. También podrían ser causas el tabaquismo, alteraciones dentales, infecciones por virus del herpes simple, sífilis, lupus eritematoso cutáneo. - (8)

El daño actínico en la piel es producido principalmente por las radiaciones ultravioletas del tipo B (UVB) que tienen un rango del espectro electromagnético de 290-320 nm. Actúan sobre componentes orgánicos que pueden absorberla, el principal es el ADN, otros incluyen proteínas y derivados lipídicos. (1)

Los fotoproductos detectados en la piel después de la irradiación con UVB incluyen dímeros de pirimidina del DNA, radicales libres y lípidos oxidados. Las timinas dimerizadas distorciónan la estructura helicoidal secundaria del ADN, bloqueando los procesos normales de replicación y transcripción, que en caso de no ser reparada por sistemas enzimáticos especiales conllevan al desarrollo de mutagénesis ó carcinogénesis.(12)

Por otro lado hay un incremento en la actividad enzimática, ruptura de lisosomas y generación de mediadores de la inflamación como las prostaglandinas, prostaciclina y el ácido monohidroxi-eicosatetraenoico. -- (1,10).

MANIFESTACIONES CLINICAS Y CLASIFICACION

QUEILITIS ACTINICA NO ASOCIADA A PRURIGO SOLAR:

Existen dos formas clínicas bien establecidas:

1) FORMA AGUDA:

Aparece después de la exposición prolongada e intensa al sol. En la ma yoría de los casos la sintomatología es mínima y las lesiones poco apa rentes, pueden incluso pasar desapercibidas. Sin embargo en un buen - porcentaje de los casos el cuadro puede ser intenso, con dolor que di ficulta la masticación y el habla. El labio se observa muy inflamado y congestionado, puede tener numerosas fisuras verticales cubiertas por costras sanguíneas o melicéricas si hay infección bacteriana secuenda- ría. Algunas veces puede haber vesículas que al romperse dejan erosio nes ó ulceraciones que al sanar dejarán cicatrices superficiales. (7)

Después de un período de 1-2 semanas el labio se cubre de una escama difusa y finalmente recobra su forma y tamaño normal.

En países septentrionales, con estaciones muy marcadas, esta variedad de QA suele desaparecer al finalizar el verano o cuando se evita la exposición solar; sin embargo puede persistir y pasar a la forma cróni ca. (13)

2) FORMA CRONICA:

Inicialmente se manifiesta como descamación leve persistente con perío dos de exacerbación durante las épocas de mayor exposición. Durante - estos períodos se aprecia descamación marcada irregular, más acentuada en el centro del vermellón.

Hay erosiones o incluso francas ulceraciones que pueden llegar a ser - tan intensas que provocan la desaparición del contorno normal del vermellón. El labio pierde su textura normal, volviéndose más fibroso, lo que provoca el desarrollo de pliegues verticales muy marcados paralelos unos a otros. Las ulceraciones dejarán cicatrices atróficas discrómicas aunque pueden presentarse zonas de hiperpigmentación debidas a un efecto reactivo de fotoprotección. (9)

La QAC también puede manifestarse como una lesión leucoplásica (7). En estados iniciales la mucosa pierde el color rojizo característico y se vuelve translúcida de un color marfil brillante. En estados más avanzados toma una apariencia lechosa con una superficie queratósica rugosa que forma pequeñas placas aisladas de forma y tamaño variable. Es por - esto que algunos autores como Nicolau y Balus (7) la denominan leucoplaquia actínica ó QA tipo leucoplaquia.

La leucoplaquia puede ser desde el punto de vista histopatológico tanto una lesión totalmente benigna, presenta diversos grados de displasia, como ser ya un carcinoma epidermoide in situ. (1,7,9)

Es por esta razón que toda lesión leucoplásica de evolución crónica deberá ser siempre biopsiada antes de iniciar cualquier procedimiento - terapéutico.

Algunos autores mencionan una variante más seria y crónica de la QAC, llamada queilitis abrasiva precancerosa de Manganotti. Se caracteriza por la presencia en la parte central del vermellón de erosiones - crónicas de repetición y ulceraciones, que alternan con cicatrices - atróficas y escama. No se detecta infiltración. Los cambios histopa- tológicos son de franca premalignidad. (9)



Paciente con QAC de 36 años de evolución, presenta escama persistente y erosiones.

Es la forma clínica más común de esta enfermedad.



Leucoplasia actínica o QAC tipo leucoplásica.

Presenta además zonas extensas de atrofia e hipopigmentación.



QAC con queratosis y áreas de infiltración.

Además presenta queratosis actínicas en el labio superior
y en las mejillas.

LA QAC COMO LESION PRECANCEROSA

En la literatura hay consenso general al considerar la QAC como lesión premaligna, ya que en forma estadísticamente significativa, si se deja a su libre evolución, se transforma en un carcinoma espinocelular de alto grado de malignidad. (1,7,8,9,13,14,15)

En el seguimiento que hizo Katzenellenbogen (9) en un lapso de 10 años de 83 pacientes con QAC, 16 desarrollaron carcinoma, lo que corresponde al 19% del total. Asimismo Shakhova (9) en 1961 realizó un seguimiento durante 5 años de 183 pacientes con QAC encontrando 18 con formas incipientes de carcinoma, es decir el 9.7%. Nicolau y Balus en 1964 en un estudio de 542 pacientes con QAC descubrieron en forma concomitante un carcinoma espinocelular en 76 de ellos, representando el 14%.

En la mayoría de los pacientes, la QAC precede por muchos años a la aparición de un carcinoma espinocelular; en promedio se requieren de 20-30 años. Sin embargo hay algunos reportes que mencionan menos tiempo, incluso 3 años después de hacerse el diagnóstico inicial. Se presenta más frecuentemente por lo tanto en personas que sobrepasan la quinta década de la vida.

El dato clínico de malignización es una intensa queratosis focal con leve infiltración. Esta evoluciona hacia una neoformación dura de pocos milímetros de diámetro .

En otras ocasiones puede tomar la apariencia de una fisura lineal limitada que puede ser tomada como una lesión banal; sin embargo, después de algún tiempo, se extiende y se vuelve infiltrante y progresivamente asume las ...

características de una úlcera. (9)

La Riviere y Pickett (8) en un estudio realizado a 22 pacientes a quienes se les había hecho el diagnóstico de QAC o de alguna otra lesión - aparentemente benigna del labio, diagnosticaron ocho casos de carcinoma espinocelular al hacer biopsia de dichas lesiones. Ellos encontraron las siguientes características clínicas en las neoplasias:

a) lesiones rojizas de forma irregular, b) atrofia generalizada del vermellón con áreas focales de engrosamiento, c) grietas persistentes con escama y costras, d) pérdida del contorno normal del vermellón.

Otra forma no sospechada de carcinoma (Ca) epidermoide toma la forma de leucoplaquia, la cual es una placa blanquecina que suele aparecer en la parte central del vermellón inferior en la unión con la mucosa, y que como ya se mencionó, histopatologicamente puede variar desde una lesión benigna hasta un Ca in situ.

El Ca epidermoide del labio bien definido puede tomar dos formas clínicas: (16)

1) EXOFITICO, HIPERQUERATOSICO.

Es la forma más común. Es una lesión verrugosa de crecimiento lento, - cubierto por una costra grisácea muy adherente. Puede incluso tomar - aspecto de un cuerno cutáneo de base ancha. Si la neoformación sigue creciendo puede ulcerarse y cubrirse con extensas costras sanguíneas.

Esta forma clínica tiene bajo grado de malignidad.

2) ULCERATIVO.

Presenta este aspecto desde su inicio, tiende a infiltrar los bordes y los tejidos subyacentes más rápidamente que ...

el tipo exofítico. Los márgenes de la úlcera son firmes, algunas veces elevados y de forma irregular, en cambio la base está cubierta por un exudado amarillento mezclado con detritus y necrosis. Los límites de la neoformación van más allá de los bordes de la úlcera. Este Ca tiene un alto grado de malignidad.

La razón por la que el Ca espinocelular del labio es por lo general - de alto grado de malignidad, es que metastiza con rapidez debido a factores anatómicos y funcionales, ya que la zona vermellón tiene un epitelio más delgado y está ricamente vascularizado; asimismo posee una compleja red de vasos linfáticos, lo que facilita la rápida diseminación del Ca. (5)

En un estudio hecho por Moller (17) en 1979, encontró que los Ca espinocelulares del labio presentaron metástasis hasta en un 11%; en cambio los Ca espinocelulares que se asentaban en piel lo hicieron solamente en un 3.3%.

Paciente masculino de 78 años con piel tipo I-II, presenta el desarrollo de un Ca espinocelular en el labio inferior que asienta sobre una QAC de varios años de evolución. La variedad de Ca es el tipo hiperqueratósico o exofítico.

HISTOPATOLOGÍA

La QAC puede presentar una gran variación morfológica en su histopatología. Esta depende desde luego del tipo de lesión clínica.

Existen dos patrones histológicos que se presentan constantemente. El primero es el atrófico, el se desarrolla a expensas de los procesos interpapilares. El segundo es el acantósico y que se acompaña además de hiperqueratosis con paraqueratosis. Frecuentemente ambos tipos se ven en el mismo paciente, aunque puede haber predominio de uno sobre el otro. (8,9)

En la dermis se observa una marcada degeneración basófila de la colágena en forma casi constante. Esta degeneración actínica toma la forma de una banda continua e ininterrumpida a nivel de la dermis superficial. Existe un infiltrado inflamatorio principalmente de linfocitos, histiocitos, algunas células plasmáticas y mastocitos. Asimismo se observa - vasodilatación capilar en el plexo superficial, e incluso en vasos más grandes y de localización más profunda. (18)

Clinicamente cuando existe ulceración, se produce pérdida del epitelio cubierta por fibrina y leucocitos. Alrededor de la ulceración existe acantosis, hiperqueratosis y un infiltrado de polimorfonucleares y fibrina.

La forma exfoliativa (escamosa), en fases iniciales, presenta hiperqueratosis moderada con paraqueratosis, alternando con áreas de ortoqueratosis. Puede existir una importante acantosis a expensas de los procesos interpapilares que al entrecruzarse dan una imagen reticulada.

Hay varios estudios que apoyan la naturaleza premaligna de la QAC y que se basan en el hallazgo de diversos grados de displasia y atipia celular.

Uno de los estudios de mayor relevancia es el realizado por Nicolau y Balus (7). Encontraron en las lesiones de mayor tiempo de evolución: hiperplasia epidérmica a expensas del estrato de Malpighio e hiperqueratosis marcada. Estaban presentes también cierta atipia celular, consistente en el aumento de mitosis anormales, inversión del radio nucleocitoplasma. El núcleo se encontró aumentado de tamaño y de forma irregular. Estas características se encontraron tanto en las lesiones típicas de QAC como en las formas leucoplásicas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una amplia variedad de padecimientos dermatológicos afectan los labios o la cavidad oral y pueden simular una queilitis actínica. Entre estas el lupus eritematoso, el líquen plano, las infecciones por herpes simple, la radiodermatitis, la queilitis secundaria al uso de retinoides orales, la fotosensibilización ó el pénfigo vulgar cuando afecta inicialmente la cavidad oral. (2.8)

Estos padecimientos pueden ser fácilmente diferenciados de la QAC por medio de una buena historia clínica, sin embargo existe un cierto grupo de enfermedades propias de los labios que clínicamente son prácticamente indiferenciables de la QAC y que sólo la biopsia puede identificar.

A continuación mencionamos estas enfermedades:

1) QUEILITIS POR CONTACTO:

Puede ser de tipo alérgico ó debida a un irritante primario. La produce una amplia variedad de productos: los dentríficos que contienen aceites, conservantes, colores y sabores artificiales; cosméticos como el lápiz labial; alimentos como la zanahoria, naranja, café y mentol, sólo por mencionar algunos. (2,19)

Frecuentemente se afectan ambos labios y se observa escama y eritema - limitados a la zona vermellón ó fuera de éste.

En caso de sospechar esta entidad deberán efectuarse pruebas al parche. El manejo consiste en suspender el agente causal y administrar tópicamente emolientes e hidrocortisona al 1%. (8)

2) QUEILITIS ANGULAR O PERLECHE:

Aparece en las comisuras y se manifiesta por eritema, escama, edema, - fisuras y maceración.

Su etiología exacta se desconoce, se habla más bien de factores predisponentes como: exceso de salivación por mala dentadura, disminución del tono facial en ancianos o la masticación excesiva de chicle o tabaco, - infección por *Candida albicans*, deficiencia de riboflavina, dermatitis seborreica o atópica; y en infecciones por estafilococos o estreptococos en pacientes enfermos o desnutridos. El tratamiento se ajustará - a cada caso. (20)

3) QUEILITIS EXFOLIATIVA:

Esta entidad fué descrita por Rook (21), como una inflamación superficial crónica del prolabio, caracterizada por descamación persistente.

Actualmente se le considera como un síndrome clínico, aunque algunos autores como Brooke (22) piensan que se trata realmente de una queilitis facticia, ya que se observa con mayor frecuencia en mujeres con alteraciones psicológicas o antecedentes de atopía, ya que la queilitis empeora durante periodos de estres. El tratamiento consiste en el uso de sedantes y esteroides de baja potencia.

4) QUEILITIS FACTICIA:

Afecta predominantemente el labio inferior, el cual presenta extensas zonas destruidas con constras sanguíneas y erosiones de forma irregular. Las lesiones se producen como consecuencia del mordisqueo o del lamido continuo....

del labio, condicionado por alteraciones psíquicas.

De ahí que la presencia de costras hemorrágicas y queratóticas de forma bizarra deberán alertar al clínico sobre un origen facticio. El manejo de estos pacientes se hará en conjunto con el psiquiatra. (23)

5) QUEILITIS GLANDULAR:

La queilitis glandular (QG) se manifiesta por hipertrofia y protrusión del labio inferior. Es característica la salida de saliva al hacer -- presión sobre el labio por numerosos orificios puntiformes. Esto se -- debe a que estos orificios corresponden a los conductos excretores de las glándulas salivales heterotópicas. Se cree que la secreción res-- ponde a un mecanismo de defensa en contra de factores irritantes como las radiaciones actínicas, alimentos, mala higiene oral o infecciones. (24)

Existen tres tipos clínicos de QG:

- a) Forma simple, la mas frecuente y que presenta sólo aumento de volumen del labio y secreción salival.
- b) Supurativa superficial o de Baelz.
- c) Supurativa profunda o de Volkmann.

Las dos últimas variedades vienen siendo la progresión de la forma simple a consecuencia de irritantes crónicos o de infecciones; estas últimas producen infección secundaria de las glándulas salivales que secretan material purulento, que es el dato fundamental para hacer el diagnóstico. (9)

Desde el punto de vista histológico actualmente se considera que más -- que presentar hiperplasia de las glándulas salivales Heterotópicas, hay dilatación de los conductos...

secretores e incluso metaplasia de los mismos.

El manejo se encamina a evitar los factores irritantes.

En caso que se sospeche un origen actínico deberán utilizarse filtros solares o, incluso, procedimientos más agresivos, como la criocirugía, el 5-FU tópico. En casos selectos deberá recurrirse a apoyo psiquiátrico.

Si fallan los métodos mencionados anteriormente se puede recurrir a la vermillectomia con resección amplia y profunda de las glándulas salivales. Esta indicada asimismo en los casos familiares de QG, ya que por lo general no responden a ningún otro tratamiento. (25)

6) QUEILITIS GRANULOMATOSA:

Es una entidad poco frecuente, caracterizada por el aumento de volumen progresivo e inexorable de ambos labios, aunque inicialmente puede estar afectado sólo uno, generalmente el superior. Cuando se asocia a lengua escrotal y a parálisis del nervio facial se le denomina síndrome de Melkersson-rosenthal.

Histopatológicamente se observan dos tipos de infiltrados:

uno de tipo tuberculoide y otro constituido por linfocitos y células plasmáticas. El tratamiento es difícil, se ha intentado con resultados variables el uso de corticoides intralesionales ó sistémicos y la cirugía. (26)

7) QUEILITIS PLASMOCELULAR:

Son placas circunscritas de eritema que aparecen en el labio inferior de pacientes ancianos. Su etiología se desconoce. Histopatológicamente se aprecia una masa homogénea de células plasmáticas maduras en la dermis. El tratamiento consiste en corticoides tópicos o intralesionales. (27)



Queilitis de contacto por el uso de lápiz labial.
Se encuentran afectados los dos labios, y las lesiones se extienden más allá del borde vermellón.

**Queilitis glandular en el labio superior y en el inferior
presenta queilitis actínica.**

Queilitis granulomatosa.

TRATAMIENTO/ GENERALIDADES

Para el manejo de las QAC se han utilizado diversos procedimientos terapéuticos. Algunos con muy buenos resultados en cuanto a índices de curación y a efectos cosméticos, entre estos es tan: (28,29)

- 1) La vermillectomia.
- 2) La ablación con laser de CO2.
- 3) La aplicación tópica con 5-Fluorouracilo al 5%.

La vermillectomia o extirpación quirúrgica de la zona vermellón fué el primer procedimiento utilizado para el tratamiento definitivo de las QAC. En la actualidad sigue siendo una buena opción.

La aplicación tópica con 5-FU al 5% y la ablación con laser de CO2 son de más reciente aparición, aunque también con excelentes resultados. Sobre todo el laser de CO2 ha demostrado ser de gran efectividad para esta patología.

La criocirugia es una técnica terapéutica que se usa desde hace algunos años para la QAC, sin embargo se reportan resultados -- contradictorios en cuanto a índices de recidivas.

Por su importancia se discutirá por separado cada procedimiento terapéutico en los siguientes apartados.

QUEILITIS ACTINICA ASOCIADA A PRURIGO SOLAR

El prurigo actínico (PA) es una dermatosis descrita como entidad patológica a principios de los años 60's. Fué Schenck (30) en 1960 quién reportó una dermatosis crónica en 13 pacientes--- pertenecientes a un grupo de indios norteamericanos. Señaló también su exacerbación en el verano, por lo que consideró este -- cuadro una forma hereditaria de erupción polimorfa lumínica.

Desde esta primera descripción se ha reportado la misma dermatosis en indios y mestizos de todo el continente aamericano recibiendo una diversidad de nombres como: dermatitis actínica, prurigo actínico familiar, erupción polimorfa lumínica hereditaria, -eccema solar, prurigo solar de altiplano y prurigo veraniego de Hutchinson.

Es un padecimiento que empieza en la infancia en el 70% de los casos antes de los 10 años de edad; predomina en el sexo femenino es una proporción de 2:1. Se ha postulado que se transmite-- por herencia autosómica dominante. Aunque esto no ha sido pro-- bado, en un 75% hay antecedentes familiares positivos. (31)

Se presenta o exagera al inicio de la primavera y se prolonga durante todo el verano hasta casi desaparecer al aproximarse-- el invierno. Sin embargo esto no es la regla, ya que puede permanecer constante durante todo el año o incluso exacerbarse durante el invierno. Esta característica se observa en altiplanicies a más de 1000 m sobre el nivel del mar. (32)

Clinicamente se caracteriza por la presencia de pápulas, costras hemáticas y sanguíneas, eritema y ocasionalmente vesículas o ---

ampollas en áreas fotoexpuestas como cara (mejillas, dorso de la nariz, frente y labios), brazos, antebrazos, manos y -en las mujeres- piernas. Sin embargo en un 40% de los casos también se afectan zonas no expuestas a la luz solar como la región glútea.

Cuando se afectan los labios, el más dañado es el inferior, incluso muchas veces la queilitis es la única manifestación del prurigo. (33). La morfología de la queilitis es muy variable; puede presentarse sólo como hiper o hipopigmentación, sobre todo en las formas crónicas; en las formas agudas sin embargo las características son más polimorfas, ya que se presenta eritema, pápulas, edema, exulceraciones, costras sanguíneas y en caso de existir infección bacteriana secundaria melicéricas. La intensidad de estas lesiones varía de leve a severa. (34)

Histopatológicamente no presenta datos característicos, y puede cursar con hiperqueratosis ortoqueratósica y acantosis de forma irregular o bien presentar adelgazamiento del epitelio, que puede llegar a faltar en caso de existir ulceraciones. Se observa en forma ocasional espongirosis con formación de microvesículas, así como degeneración focal de las células basales.

A nivel dérmico lo más sobresaliente es un infiltrado denso, que se extiende en toda la dermis, y está constituido por linfocitos, células plasmáticas y algunos histiocitos y eosinófilos. Muchas veces los linfocitos se encuentran en agregados que llegan a formar centros folliculares reactivos. Existe proliferación de pequeños vasos sanguíneos que se encuentran congestionados y turgentes. Asimismo puede existir edema entre las fibras de colágeno. No se observa degeneración actínica del colágeno. (31,33,34)

A diferencia de la QAC, no se aprecian datos de premalignidad como atipia celular, inversión del radio nucleo-citoplasma, núcleos hiperocrómicos e irregulares, etc, por lo tanto no tiene potencial carcinógeno.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los tratamientos empleados producen mejorias transitorias. Entre los más utilizados están los filtros solares con resultados no siempre satisfactorios. Asimismo se utilizan esteroides tópicos, agentes antimaláricos (cloroquinas), antihistaminicos y antibioticos.

Todos estos medicamentos disminuyen la sintomatologia pero en forma temporal e impredecible sin modificar el curso de la enfermedad y las recidivas son la regla.

La talidomida es recomendada por algunos autores (35), tiene resultados alentadores, sin embargo con alto riesgo de teratogenicidad y, además, poca disponibilidad comercial que limitan su uso.

Se han usado los psoralenos y los beta carotenos, pero no se han obtenido buenos resultados en la queilitis; esto se debe a que el epitelio del vermellón carece de melanocitos y por lo tanto estos medicamentos no encuentran el substrato necesario para estimular la producción de melanina, que finalmente sería la encargada de brindar un efecto fotoprotector contra las radiaciones ultravioletas. (5,31,33)



Queilitis actínica en un paciente con prurigo solar.

Presenta la enfermedad desde la infancia, y la queilitis ha sido rebelde a todos los tratamientos empleados.

V E R M I L L E C T O M I A

La vermillectomia es una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación del borde carnososo del labio, con corrección quirúrgica del defecto creado mediante deslizamiento de la mucosa labial socavada. (36)

Se le ha denominado de diferentes maneras, como bermellonectomia, bermellectomia, rasurado labial (como traducción de lip shave), excisión del borde rojo labial y vermillectomia. Nosotros preferimos usar el último término, ya que proviene de vermilionectomia (vermilionectomy) que se deriva del latín.

Esta técnica quirúrgica la ideó Langenbeck en 1855. Posteriormente Bruns en 1859, en Alemania también la usó para tratar lesiones precancerosas y cancerosas de labio inferior, sufriendo desde entonces algunas modificaciones hasta llegar a la que actualmente se usa casi en forma universal. (37)

Para su realización se requiere del siguiente instrumental quirúrgico:

- a) 1 mango de bisturí del # 3.
- b) 1 hoja de bisturí del # 15.
- c) Pinzas de Addson con dientes.
- d) 2 ganchos simples.
- e) 1 tijera iris curva y 1 recta.
- f) 1 tijera mayo recta.
- g) 4 pinzas mosquito curvas.

- h) l porta-agujas fino de Martin.
- i) Suturas: vicryl 4/0; seda o nylon 5/0; seda 1/0.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

1) PREPARACION DEL CAMPO QUIRURGICO:

Se realiza antisepsia con yodopovidona o jabón durante 3 minutos - sobre los labios incluyendo la mucosa, así como mentón, las mejillas y nariz. Luego se delimita el área con campos estériles.

2) DISEÑO DE LAS INCISIONES:

Se trasa una línea anterior que sigue el límite entre el vermellón y la piel; otra línea posterior que limita el área afectada, localizada por lo general en plena mucosa oral. Las líneas pueden hacerse con violeta de genciana al 2% o con azul de metileno. (37)

3) ANESTESIA:

Se puede usar anestesia general o local. No se recomienda utilizar la general debido a la mayor morbilidad sobre todo en pacientes - ancianos.

La anestesia local es de fácil aplicación, se utiliza xilocaína al - 1 o 2% con epinefrina al 1:200 000 y se requiere solo de 8-10 cc. - Para la infiltración se usa aguja num. 27. Se puede infiltrar directamente sobre el labio, hacer bloqueo del nervio mentoniano o hacer - una combinación de ambos procedimientos. Muchos prefieren la infil--- tración directa sobre el labio, ya que proporciona un buen efecto a-- -nestésico y tiene la ventaja de evertir el labio facilitando más la intervención. (38,39)

4) RESECCION:

Una vez obtenido el efecto anestésico, se procede a insertar en cada una de las comisuras un gancho simple con el fin de traccionar el -- labio hacia afuera en forma simétrica. Se incide con bisturí a lo -- largo de la línea anterior y posterior previamente marcadas, empe-- zando en una comisura y terminando en la otra, para reseca en forma de un gran huso todo el vermellón. Se usa preferentemente tijera de mayo o con el mismo bisturí. La profundidad deberá ser hasta alcan-- zar las fibras superficiales del músculo orbicular. ((fig. 1 y 2)

En caso de existir ruptura de vasos sanguíneos de calibre importan-- te se realiza ligadura con catgut o vicryl 4/0; los más pequeños se electrocoagulan. (Fig.3) (39)

5) RECONSTRUCCION DEL NUEVO VERMELLON:

Se realiza por medio de un colgajo de la mucosa oral. Primero se ha-- ce un despegamiento submucoso inmediatamente por atrás del musculo -- orbicular por medio de la tijera mayo hasta llegar casi al pliegue-- labio-gingival (vestíbulo). Luego se toma la mucosa despegada y se-- avanza hacia el frente para cubrir el defecto y formar un neovermellon. (Fig. 4) (37,40)

6) VIA DE DRENAJE:

Se utiliza una seda de 1/0 doblada sobre sí misma varias veces has -- ta alcanzar un tamaño de 6 cm, luego se introduce en el espacio for-- mado por el despegamiento de la mucosa por medio de una pequeña inci-- sión en ésta, queda entonces un extremo a nivel del surco retrolabial y el otro en el mismo surco pero a una distancia de 3 cm. (Fig. 5)

7) SUTURA:

Puede utilizarse nylon 5 o 6/0, sin embargo es un material poco flexible por lo que al traccionar los pluntos fácilmente pueden cortar la frágil mucosa, es por eso que se prefiere el uso de la seda 5/0. Se -- dan puntos simples en "U" para unir mucosa con piel. Primero se da un punto medial que divide la herida en dos husos simétricos y que mantienen la tracción; se sigue suturando así por pluntos mediales hasta obtener un cierre total. (Fig. 6 y 7)

Los puntos no deben quedar muy ajustados para evitar desgarros o una cicatrización antiestética. Se retiran a los 6-8 días después.

(39,40)

MODIFICACIONES DE LA TECNICA QUIRURGICA:

Existen variantes de la técnica para vermillectomia que sirven para -- ampliar el colgajo y producir un mejor aspecto estético. Por ej. Burket en 1967, realiza la resección del vermellón en forma de "V", cu-- yo vértice llega a 2-3 mm de profundidad del músculo orbicular del -- labio, luego se realiza un despegamiento más amplio de la mucosa. Se sutura músculo con músculo usando vicryl 4/0, y la unión de mucosa con piel se sutura con nylon 4/0 con cierre subdérmico continuo. (41)

También se ha utilizado la técnica de la W-plastía, la cual consiste en realizar dos incisiones en forma de zigzag de tal manera que coincidan los ángulos agudos con los ángulos obtusos de cada línea. Tiene la ventaja que produce una cicatriz menos tensa y por lo tanto un resultado más cosméticos y funcional. (42)

Por otra parte cuando existe ya un carcinoma epidermoide en el labio, puede solucionarse haciendo una combinación de la vermillectomia y la resección en cuña del tumor. También se utilizan colgajos locales -- del pliegue mentolabial o nasolabial para cubrir el defecto, no obstante los resultados cosméticos son malos. (43,44)

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Se indican analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y una pomada antibiotica hasta que se retiran los puntos.

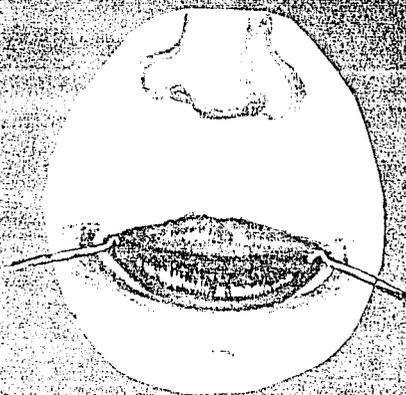
Las primeras 48 hs deberá tomar dieta líquida y continuar luego con dieta blanda hasta que se retiren los puntos. Es importante recomendar específicamente que evite alimentos calientes e irritantes, los cuales pueden aumentar el proceso inflamatorio. Asimismo se indican colutorios después de cada alimento con peróxido de hidrogeno diluido a arte iguales con agua tibia.

C O M P L I C A C I O N E S

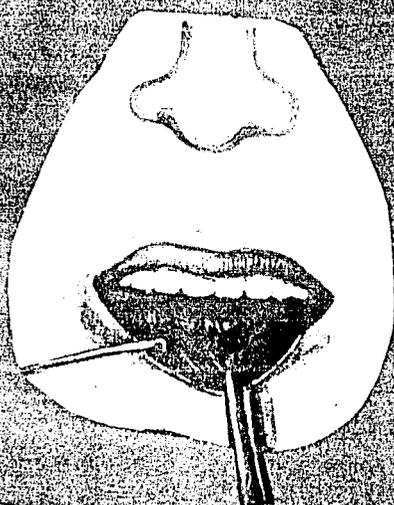
Las complicaciones de la vermillectomia se dividen en tempranas y tardías. Las tempranas son hemorragia, hematoma, dehiscencia e infección. La más frecuente es el hematoma, que puede evitarse al utilizar una buena vía de drenaje.

Las tardías son principalmente dificultad para hablar, comer o reirse y cicatriz antiestética. Pero la más persistente y frecuente es la parestesia del nuevo vermellón. Otra complicación tardía relativamente frecuente es la sensación de picazón del labio superior, que se presenta en hombres y se debe a la presencia de pelos localizados en la unión de la piel con el neovermellón, apareciendo dicha sensación al momento de cerrar los labios. Se han ideado soluciones como electrofulgurar o reseca los folículos pilosos en el momento de la intervención. (8) La otra consiste en realizar un despegamiento más amplio de la mucosa y avanzarla sin que haya tensión para así evitar que haya inversión del neovermellón, y por lo tanto , el contacto del pelo con el labio superior. (45)

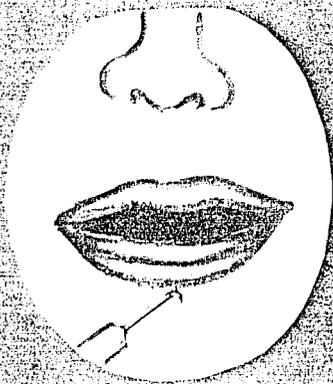
Según datos de Sánchez-Conejo-Mir, que hizo un seguimiento de pacientes a los que les había realizado vermillectomia 12 meses antes, encontró las siguientes complicaciones: picazón del labio superior en un 71%, alteraciones sensoriales 36.5%, parestesias persistentes en un 25%, tensión cicatrizal 15.4%, prurito 7.7%, cicatriz labial visible 7.7% y contracción labial severa con molestia persistente en un 7.6%. (46)



**APLICACION DE GANCHOS
EN LAS COMISURAS**



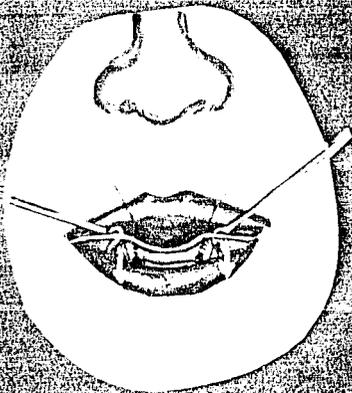
RESECCION DEL VERMELLON



**ELECTROFULGURACION
DE FOLICULOS PILOSOS**

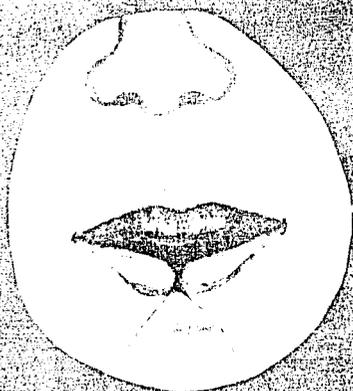


**DESPEGAMIENTO DE LA
SUBMUCOSA**

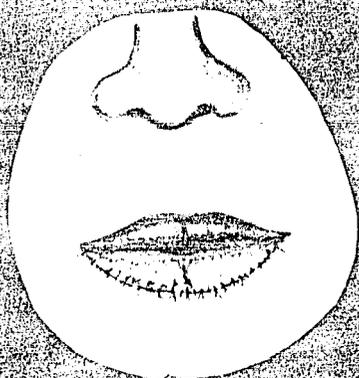


**VIA DE DRENAJE EN EL FONDO
DE LA MUCOSA DESPEGADA, Y
POSTERIOR DESPLAZAMIENTO
HACIA ANTERIOR PARA CUBRIR
EL DEFECTO.**

Figura 11
5



**PRIMER PUNTO
MEDIAL**



POSTOPERATORIO INMEDIATO

TRATAMIENTO TOPICO CON 5-FLUOROURACILO AL 5%

El 5-Fluorouracilo (5-FU) es un antimetabolito que fué sintetizado en 1957, demostrando su actividad antimitótica en pacientes -- leucemicos. (47)

Klein en 1962 (48) lo usa por primera vez en forma tópica al tratar un queratoacantoma. Desde entonces se ha utilizado como el tratamiento de elección por la selectividad de su acción, en las queratosis actínicas. (49)

El mecanismo de acción del medicamento se lleva a cabo de tres formas: 1) Al suprimir la síntesis de ADN inhibiendo a la timidilato sintetasa; 2) Da lugar a la formación de ARN aberrantes al ser incorporado al ácido ribonucleico y 3) Interfiere con la incorporación del uracilo al ARN, pero sólo al ser utilizado a altas concentraciones.

Su efecto antitumoral se debe sobre todo al primer mecanismo, al suprimir la fase S del ciclo celular, ya que en esta fase es cuando es sintetizado el ADN y por lo tanto se requiere de determinadas enzimas, entre ellas a la timidilato sintetasa. (50)

El 5-FU respeta la piel clínicamente normal, por lo que permite la aplicación sobre amplias zonas. Sin embargo estudios con microscopía electrónica han evidenciado que tiene la misma acción tanto en la -- piel enferma como en la sana; aunque se ha demostrado que el 5-FU --- penetra más fácilmente en piel con queratosis actínicas. Esto posiblemente sea debido a que las células sanas son menos susceptibles a los efectos del medicamento.

También se habla de un mecanismo inmunoterapéutico que funcionaría

como antitumoral al aplicarse tópicamente, sin embargo aún no hay más estudios que apoyen este mecanismo. (51)

Por otra parte no se han evidenciado efectos sistémicos tras la aplicación cutánea, debido a que su absorción es insignificante. (52)

La administración tópica del 5-FU es un método eficaz para destruir las queratosis actínicas por su selectividad en las células dañadas actínicamente, por lo tanto puede ser superior a otros métodos más -- agresivos como la cirugía, criocirugía, curetaje y electrodesecación. El 5-FU tópico ha demostrado ser útil en otras patologías cutáneas como la eritroplasia de Queyrat, la leucoplasia oral y vulvar, la papulosis bowenoide y en la enfermedad de Bowen. (53)

El 5-FU tópico fué usado en el tratamiento de las QAC por Epstein (54) en 1977. Lo utilizó en 12 pacientes, dándolo en solución al 5%, 3-4 veces al día, por 12 días promedio (rango de 9-15 días).

La curación se logró en 2-3 semanas después de haber suspendido el -- tratamiento.

El estudio reporta como principal efecto secundario el malestar del labio que se presenta, generalmente a partir del 3 o 4to día de iniciar el tratamiento. Se inicia con erosiones que evolucionan a francas ulceraciones, que se cubren con costras sanguíneas y melicéricas. Hay ardor, prurito y dolor que son variables. El dolor se observa sobre todo los últimos días del tratamiento, requiriendo la administración de analgésicos y de hidrocortisona tópica. Ocasionalmente se pueden observar lesiones en la mucosa oral, que curan al suspender el tratamiento. No se observaron efectos sistémicos.

En cuanto a las recurrencias éstas se observaron sólo en 2 pacientes, uno la presentó a los 38 meses y el otro 12 meses después.

A pesar de que el 5-FU ha demostrado ser un método efectivo para destruir las queratosis aisladas del labio, su mayor utilidad es sobre labios que presentan un daño actínico difuso y con queratosis recurrentes. Los métodos destructivos convencionales a pesar de poder remover las lesiones queratósicas no previenen la aparición de nuevas, a excepción de la vermillectomia, sin embargo a pesar de ser muy efectiva tiene el inconveniente de alterar en forma importante la sensibilidad del labio, así como su apariencia estética. El 5-FU tópico no sólo remueve las queratosis existentes, sino que también retarda la formación de otras nuevas. Por tal motivo este tratamiento representa una alternativa médica al manejo de las QAC con daño difuso.

CRIOCIRUGIA

La criocirugía es un método quirúrgico que basa su utilidad en la -
destrucción de lesiones por medio de sustancias criogenas como el -
nitrógeno líquido, al producir un descenso abrupto e intenso de la -
temperatura a nivel tisular lo que produce necrosis (crionecrosis) -
de la lesión.

El uso de éste método terapéutico ha ido en aumento en los últimos -
años, tanto para tratar lesiones benignas, como premalignas y malignas
de la piel y las mucosas. Esto se debe en parte a su fácil apli-
cación, a su efectividad y a que produce pocas reacciones secundarias.
Además una vez que se tienen los elementos necesarios resulta relati-
vamente barato.

Los conceptos básicos de éste método son los siguientes: (55)

1) CRIOLESION:

Es el daño que sufre cualquier tejido vivo por efecto fenómeno físi-
co de la congelación. Esta última convierte al agua en hielo por un
proceso de cristalización a través de la deshidratación. El tamaño -
de los cristales y el sitio de producción, ya sea intra o extracelu-
lar, están determinandos por el punto de ebullición (PE) del refrige-
rante y por la velocidad de congelación. Entre más bajo sea el pun-
to de ebullición mayor efecto nocivo tendrá sobre las células, por -
esto el nitrógeno líquido es el más efectivo por tener un PE de - -
-196 °C. Asimismo mientras más rápida sea la congelación habrá más -
probabilidades de desarrollar microcristales, los cuales tienen ma-
yor efecto letal que los cristales grandes.

La criolesión es hemiesférica debido a que avanza desde el frente de congelación; la extensión del frente de congelación y el subsecuente desarrollo de criolesión están determinados por lo siguiente:

- a) Conductividad térmica de los tejidos.
- b) Calor específico de los tejidos.
- c) Grado de perfusión sanguínea.

2) CRIONECROSIS:

representa la respuesta celular a la congelación, y como ya se mencionó a mayor rapidez de congelación, menor temperatura alcanzada, mayor será el efecto deletéreo sobre las células.

A continuación mencionaremos algunos cambios observados durante la congelación:

- a) Formación de hielo extracelular.
- b) Desarrollo de hielo intracelular.
- c) Concentración anormal de electrólitos dentro de la célula.
- d) Cristalización eventual de electrólitos.
- e) Deshidratación celular, produciendo contracción celular y cambios picnóticos.
- f) Choque térmico celular.
- g) Desnaturalización de lipoproteínas complejas.

La temperatura que se requiere para producir la crionecrosis dependerá del tipo de células a tratar, por ej: los melanocitos son más sensibles al hielo y requieren temperaturas de tan solo -4 y -7 °C. Pero en lesiones malignas como por ejemplo el Ca epidermoide requieren de temperaturas de -50 °C o incluso menores.

Para saber que temperatura alcanza el tejido tratado, se utilizan --- agujas termo-acopladoras. Estas se insertan por abajo de la lesión -- que se desea destruir y la temperatura alcanzada se marca en un ter-- mostato.

MATERIAL USADO EN CRIOCIRUGIA

1) C R I O G E N O:

Es el refrigerante utilizado para la congelación. El más utilizado - es el nitrógeno líquido, ya que tiene un PE de $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$, superando a los demás criogenos como el oxido nitroso que su PE es de $-89\text{ }^{\circ}\text{C}$, - siendo éste utilizado por ginecologos y proctólogos ya que las mucos - sas se destruyen más facilmente.

2) A P A R A T O D E C R I O C I R U G I A:

Existen varios modelos y marcas de estos instrumentos, sin embargo - todos tienen el mismo principio y características: son termos que - logran cierta presión para expulsar el criogeno.

Entre las marcas comerciales de los aparatos manuales hay: el "CRY- AC" y el "CRY-AC3" de los laboratorios Owen. El primero tiene una capacidad de 500 cc y el segundo de 300 cc. Su duración es de apro- ximadamente 8-14 hs bajo condiciones de uso normales. La otra mar- ca comercial es el "Frigitronics", el cual tiene una capacidad de 500 cc, asimismo su peso es mayor que los anteriores.

Para aplicar el criogeno se utilizan dos métodos:

a) A B I E R T O:

Se utilizan válvulas de diferente calibre para que el criogeno salga

a presión en forma de rocío (spray). Tiene un efecto crioanalgésico bien probado

b) C E R R A D O:

Para aplicar éste método se utilizan probetas o crioprobos metálicos de diferentes tamaños (dependiendo del tamaño de la lesión a tratar), que se congelan y luego se aplican sobre la lesión presionándola con el mismo.

T E C N I C A

En el caso de las QAC, no se requiere de la aplicación de anestesia local, ni realizar asepsia. Se utiliza la técnica abierta en spray y se aplica el criógeno directamente sobre el vermellón, empezando por un extremo y terminando en el otro. Se debe de obtener una sólida congelación en forma rápida, luego se deja descongelar por 1-2 minutos y se repite de nuevo el procedimiento hasta completar 2 o 3 ciclos.

Algunos expertos recomiendan, cuando se maneja el prolabio hacerlo por tiempos, ya que la zona es muy sensible y hay más dolor que en otros sitios. Recomiendan tratar primero la mitad del vermellón y la otra mitad 2-3 días después.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Se indican analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, así como una pomada antibiótica por espacio de 5-6 días. En caso de existir reacción inflamatoria severa, se recomienda utilizar hidrocortisona tópica por algunos días. Es importante recomendar al paciente que ingiera alimentos líquidos las primeras 24 hs, y posteriormente

iniciar su dieta habitual.

Los cambios observados en las primeras 72 hs consisten en inflamación que puede ser de leve a intensa, formación de ampollas, que al romperse dejarn erosiones y despúes costras melicéricas. El dolor que se presenta en estos pacientes es variable, puede ser mínimo , intenso o no existir, aunque en realidad es un dato muy subjetivo. Puede haber cierta dificultad para ingerir alimentos y para hablar. Estos cambios forman parte del mismo proceso de crionecrosis debido a la destrucción hística, por lo tanto son efectos inherentes al mismo procedimiento.

Con este método no se presentan complicaciones tardías, sin embargo el porcentaje de recidivas es muy alto, aunque no existen cifras exactas.(15,56) Es por esto que se debe de vigilar al paciente por un largo período de tiempo, y en caso de que se presentan éstas, deberá utilizarse otro método de eficacia ya comprobada como la vermillectomia, 5-FU tópico o el laser de CO2.

TRATAMIENTO CON LASER DE CO₂

El término laser está formado por las iniciales de:

L ight

A mplification

S timulated

E mission

R adiation

Es un sistema óptico que produce una forma única de energía electro-magnética. (57)

El instrumento consta de un tubo óptico, dentro del cual está el medio activo; éste puede estar compuesto por dióxido de carbono, argón, anilinas, nitrógeno o helio. El tubo óptico posee un espejo a cada lado: uno es reflectante y otro parcialmente transmisor. La energía es-- suministrada al medio activo por un dispositivo eléctrico. El rayo la- ser se libera a través de un sistema rígido de espejos articulados. --

(57)

Dentro de los diversos sistemas laser el de dióxido de carbono (CO₂) es el más vérsatil como instrumento quirúrgico, lo que ha determina- do que el dermatólogo lo utilice con mayor frecuencia como una opción más para el tratamiento de muchas enfermedades cutáneas, obteniéndose, en algunas, magníficos resultados.

El laser de CO₂ tiene una capacidad de penetración en la piel de 0.1 mm, sin absorción selectiva. La destrucción de tejido se produce por vaporización del agua de los mismos.

El mando quirúrgico por donde se libera el rayo posee un sistema de lentes enfocados. En el punto focal, el diámetro del rayo es menor - de 0.2 mm, lo que condiciona que la irradiación sea muy elevada en - el tejido blanco. El rayo enfocado, con un diámetro entre 0.1 y 0.2 mm, produce un corte similar al de un bisturí convencional.

El rayo desenfocado, con un diámetro de 1 a 2 mm, tiene un efecto -- vaporizador, similar al que produce la dsecación, pero con un daño- térmico menos extenso. El laser de CO2 puede utilizarse de forma con- tinua o por pulsaciones a intervalos perfectamente definidos. (56) Este método fué usado por primera vez para el tratamiento de las QAC por Goldman (58) en 1968, sin embargo su uso se abandonó por largo -- tiempo.

David, en 1985, realizó un estudio en 8 pacientes con QAC a los que - trató con laser de CO2 obteniendo excelentes resultados cosméticos y funcionales. Desde entonces otros autores han informado resultados-- similares con éste método. (59)

PROCEDIMIENTO:

Para la asepsia se utiliza la clorohexidina al 4% o povidona yodada. Se anestesia con xilocaína al 1% con epinefrina al 1:200 000, se in- filtra directamente sobre el labio inferior. Con esto se logra, apar- te de la anestesia, aumentar el volumen del labio, haciéndolo así más manejable. Asimismo limita el área a tratar evitando la destrucción - más allá de lo deseado, al actuar el agua (vehículo) como absorbente de la energía del laser . Se utiliza un aparato de laser de CO2 con- vencional de onda continua de 3-5 watts, se irradia el labio afecta- do a una distancia de 2 mm con 100 a 160 W/cm² de forma desenfocada

hasta producir una mínima carbonización, la cual se remueve con peróxido de hidrógeno y luego se vuelve a aplicar el rayo a un pulso de 0.05 a 0.1. En caso de que aún queden zonas queratósicas blanquecinas o grises, se deberá dar un segundo ciclo hasta que tome el labio una apariencia rosada. Prácticamente no existe sangrado ya que el laser produce coagulación al mismo tiempo que vaporiza el tejido tratado.

(60)

Los cuidados postoperatorios consisten únicamente en la limpieza con peróxido de hidrógeno y en la aplicación de pomada antibiótica. El procedimiento es bien tolerado. Los pacientes pueden tomar líquidos de forma inmediata y pocas horas después pueden llevar su dieta normal. No hay dolor por lo que no es necesario la administración de analgésicos o antiinflamatorios.

La reepitelización se lleva a cabo entre la 3ra y 4ta semanas después del procedimiento. Puede persistir un poco de edema y eritema, pero los resultados cosméticos y funcionales son excelentes a los 2 meses.

(61)

Las complicaciones que se presentan son mínimas y se observan con poca frecuencia. La más llamativa es el desarrollo de una banda fibrótica asintomática sobre el neovermellón o el desarrollo de pequeñas cicatrices. Asimismo se menciona que en personas con historia de herpes simple recidivante puede presentarse reactivación después del tratamiento, por lo que se recomienda utilizar aciclovir oral antes del procedimiento en pacientes con este antecedente.

Con éste método terapéutico hasta el momento no se han reportado recidivas después de un seguimiento de 36 meses. (61)

OBJETIVOS

- 1.- Comparar eficacia entre vermillectomia, aplicación tópica de 5-FU al 5% y la criocirugía en el tratamiento de la queilitis actínica crónica, así como en la queilitis actínica asociada a prurigo solar en cuanto a remisión de sintomatología.

- 2.- Evaluar cuál de éstos métodos produce mayor incidencia de morbilidad en forma inmediata como mediata, y al mismo tiempo los resultados cosméticos.

- 3.- Dar a conocer datos epidemiológicos de la queilitis actínica crónica en nuestra población, su influencia ambiental, climatológica y ocupacional.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a 50 pacientes procedentes de la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua en el período comprendido del 1 de mayo de 1989 al 28 de febrero de 1990. Veintiocho presentaban queilitis actínica crónica y 22 pacientes eran portadores de queilitis actínica - asociada a prurigo solar.

Se hizo una división de 3 subgrupos que correspondieron a cada una - de las modalidades terapéuticas:

GRUPO I: 13 pacientes para vermillectomia.

GRUPO II: 19 pacientes para aplicación tópica de 5-FU al 5%.

GRUPO III: 18 pacientes para criocirugía.

A todos se les efectuó biopsia del labio inferior antes de ser sometidos a cualquiera de los procedimientos terapéuticos.

Se tomó control fotográfico antes, durante y después de cada tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Para el grupo I se incluyeron pacientes únicamente con QAC y mayores de 30 años; para los grupos II y III se admitieron pacientes de 20 años en adelante y con cualquiera de los dos tipos de queilitis actínica.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron pacientes que previamente hubieran sido tratados con - cualquiera de los métodos utilizados en el presente estudio. Se eliminaron también a los que utilizaron corticosteroides tópicos o sistémicos, cloroquinas, talidomida o puvaterapia, 6 meses antes de la consulta

consulta.

El material utilizado en los diferentes métodos terapéuticos fué -
proporcionado por el Centro Dermatológico Pascua.

Las vermillectomias fueron realizadas en el Departamento de Ciru-
gia del turno vespertino. Se utilizó en la mayor parte de ellas la -
técnica clásica; en 3 la técnica modificada de Burket y en 3 pacien-
tes se realizó además electrofulguración de folículos pilosos situa-
dos en el borde anterior del neovermellón (ver capítulo de vermil--
lectomia).

La pieza quirúrgica que se obtuvo se envió a estudio histopatológico.
Los pacientes se citaron a las 48 hs para retiro de drenaje y a los
6 días para retiro de puntos. Se dieron citas de control a los 15-
días después de la intervención, luego cada mes en los primeros tres
meses y posteriormente cada 6 meses fueron observados.

Para valorar efectos indeseables, éstos fueron divididos en tempr-
nos (menos de 14 días) y tardíos (después de 14 días).

*Se anexan hojas de recolección de datos donde se mencionan las va --
riables evaluadas.

En el grupo II, se utilizó 5-Fluorouracilo al 5% en crema. Se indi -
có la aplicación cada 8 hs por espacio de 14 días en promedio. En -
caso de reacción inflamatoria severa se recurrió a la aplicación -
tópica de hidrocortisona al 1% y analgésicos vía oral.

Los pacientes fueron citados cada semana durante el primer mes, pos-
teriormente cada mes en los primeros 3 meses y finalmente cada 6 me-
ses.

Los efectos indeseables para su valoración, se dividieron también en tempranos y tardíos. Los tempranos fueron los que se presentaron en los primeros 30 días, y los tardíos después de esa fecha.

*Se anexan hojas de recolección de datos.

El grupo III comprendió a los pacientes que fueron sometidos a cirugía.

Se utilizó un termo portátil de la marca Frigitronics, el criógeno - utilizado fué el nitrógeno líquido. Se usó el método abierto (de spray) aplicando 3 ciclos de 45 segundos cada uno, dejando intervalo de descongelación de 2-3 minutos.

A todos los pacientes se les indicó antiinflamatorios no esteroideos por vía oral, así como la aplicación de pomada antibiótica.

Fueron evaluados a las 72 hs, luego al 7mo día, después cada semana durante el primer mes. Posteriormente se evaluaron cada mes durante los primeros 3 meses y finalmente cada 6 meses.

*Se anexan hojas de recolección de datos.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: PACIENTES TRATADOS CON VERMILLECTOMIA.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente

Direccion

Tel.

Edad

Sexo

Ocupación

Originario de

Expediente num.

Fecha

II.- ANTECEDENTES RELACIONADOS CON QUEILITIS ACTINICA:

Tabaquismo:

Antecedentes familiares

Presentación estacional (mencionarla)

Antecedentes de otras lesiones pre o malignas en cara

Tipo de piel (I al VI)

Color de ojos

III.- DATOS CLINICOS:

Fecha de inicio de la queilitis

Forma de evolución

Sintomatología

Exploración del labio inferior

IV.- BIOPSIA DEL LABIO INFERIOR:

Fecha

Número

Resultados

V.- PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO:

Fecha

Observaciones

VI.- EFECTOS INDESEABLES: TEMPRANOS (antes de 14 días) y TARDIOS (después de 14 días).

Fecha 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____

DOLOR*

INFLAMACION*

HEMORRAGIA*

HEMATOMA*

DEHISCENCIA*

INFECCION*

PARESTESIAS*

PICAZON DEL

LABIO SUPERIOR*

DIFICULTAD PA-

RA COMER*

DIFICULTAD PA-

RA HABLAR*

VII.- RESULTADO ESTETICO:

EXCELENTE

BUENO

MALO

VIII.- RECIDIVAS:

SI (anotar fecha)

NO

* Leve, moderado o intenso.

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: TRATAMIENTO CON 5-FLUOROURACILO TOPICO EN
UNGUENTO AL 5%.**

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente

Dirección

Tel.

Edad

Sexo

Ocupación

Originario de

Expediente num.

Fecha

II.- ANTECEDENTES RELACIONADOS CON QUEILITIS ACTINICA:

Tabaquismo

Antecedentes familiares

Presentación estacional (mencionarla)

Antecedentes de otras lesiones pre o malignas en cara

Tipo de piel (I al VI)

Color de ojos

III.- DATOS CLINICOS:

Fecha de inicio de la queilitis

Forma de evolución

Sintomatología

Exploración del labio inferior

IV.- BIOPSIA DEL LABIO INFERIOR:

Fecha

Número

Resultados

V .- PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO:

Fecha de inicio

Fecha final

Frecuencia de aplicación

Observaciones

VI.- EFECTOS INDESEABLES: Tempranos (antes de 30 días) y Tardíos (des-
pués de 30 días).

FECHA 1 2 3 4 5 6 7 8

DOLOR*

INFLAMACION*

PRURITO*

EXULCERACION*

COSTRAS*

DIFICULTAD PA-

RA COMER*

DIFICULTAD PA-

RA HABLAR*

VII.- RESULTADO ESTETICO:

EXCELENTE

BUENO

MALO

VIII.- RESULTADO ESTETICO:

SI (anotar fecha)

NO

* Leve, moderado o intenso.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: CRIOCIRUGIA.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente

Dirección

Tel.

Edad

Sexo

Ocupación

Originario de

Expediente núm.

Fecha

II.- ANTECEDENTES RELACIONADOS CON QUEILITIS ACTINICA:

Tabaquismo

Antecedentes familiares

Presentación estacional (mencionarla)

Antecedentes de otras lesiones pre o malignas en cara

Tipo de piel (I al VI)

Color de ojos

III.- DATOS CLINICOS:

Fecha de inicio de la queilitis

Forma de evolución

Sintomatología

Exploración del labio inferior

IV.- BIOPSIA DEL LABIO INFERIOR:

Fecha

Número

Resultados

V.- PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO:

Fecha

Tiempo de congelación

Número de ciclos

VI.- EFECTOS INDESEABLES: Tempranos (antes de 30 días) y Tardiós (des-
pués de 30 días)

FECHA: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____

DOLOR*

INFLAMACION*

PRURITO*

EXULCERACION*

COSTRAS*

DIFICULTAD PA-

RA COMER*

DIFICULTAD PA-

RA HABLAR*

VII.- RESULTADOS ESTETICO;

EXCELENTE

BUENO

MALO

VIII.- RECIDIVAS:

SI (anotar fecha)

NO

* Leve, moderado o intenso.

R E S U L T A D O S

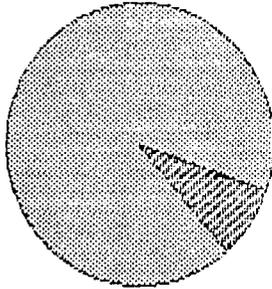
1) VERMILLECTOMIA:

Corresponde al grupo I. Se estudiaron 9 hombres y 4 mujeres, con edad promedio de 54 años (rango de 30 a 69). Se obtuvo remisión de la sintomatología en el 92% de los casos; solamente un paciente (8%) no respondió al tratamiento, sometiéndose luego a 5-FU tópico que abandona poco después.

En cuanto a los efectos indeseables, como ya se mencionó se dividieron en tempranos y tardíos. En los tempranos, el más importante fué la inflamación en el 85% de los casos; el dolor se presentó en el 46%; dos pacientes (15%) presentaron hematoma e infección, y sólo 1 (8%) - presentó hemorragia. En los tardíos, el más importante fué la aparición de parestesias que se detectó en el 85% de los casos; dificultad para comer se detectó en un 38% (como escurrimiento de líquidos o dificultad para masticar); solamente dos (15%) presentaron picazón en el labio superior, sin embargo a estos pacientes no se les realizó electrofulguración de folículos pilosos durante la intervención.

En cuanto a los efectos cosméticos en el 42% de los pacientes, estos fueron excelentes, en el 50% buenos y en el 8% se consideraron malos.

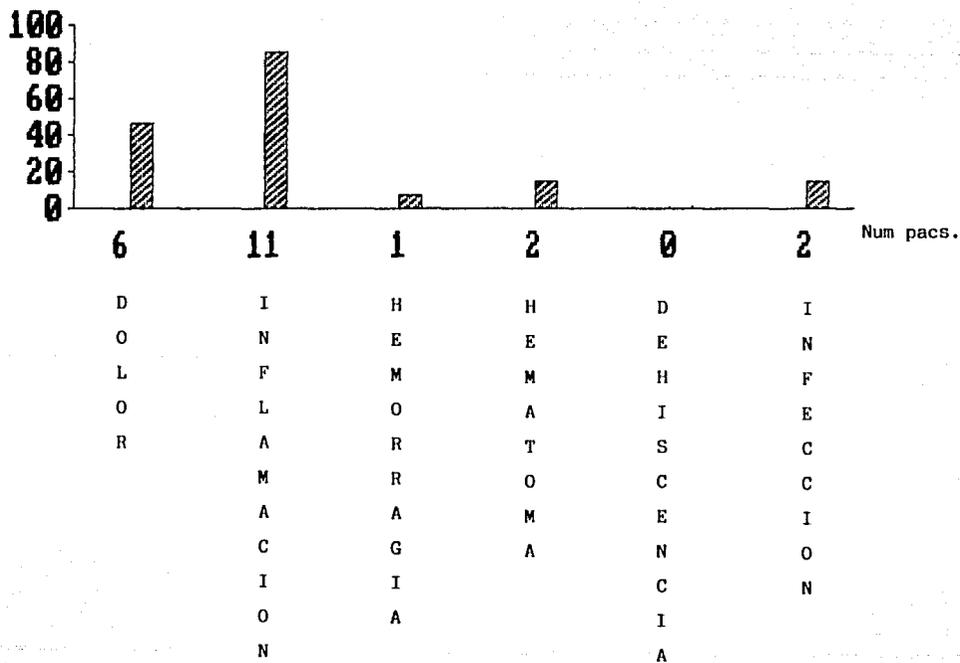
REMISION DE SINTOMATOLOGIA



REMISION	12 pacs.	92%
SIN REMISION	1 pac.	8%

VERMILLECTOMIA

VERMILLECTOMIA: EFECTOS INDESEABLES TEMPRANOS (de 1 a 14 días).



VERMILLECTOMIA: EFECTOS INDESEABLES TARDIOS (después de 14 días)



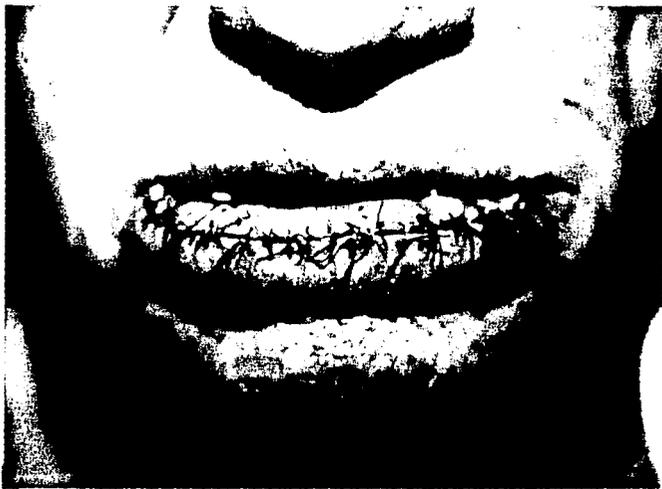
V-1: Paciente de 69 años que presenta QAC de 3 años de evolución. Presenta atrofia importante y ulceraciones.



V-2: Momento de la cirugía donde se aprecia como se despega la mucosa, que después se desplazará hacia enfrente para así cubrir el defecto que dejó el vermellón extirpado.



V-3: Se deja una vía de drenaje en el fondo de la submucosa socavada. Los extremos de la sutura quedan dentro de la cavidad oral.



V-4: Postoperatorio inmediato. Se observa importante edema y distorción del nuevo vermellón.



V-5: Al séptimo día del postoperatorio Se retiran los puntos.



V-6: Siete semanas despúes de la cirugía. Se observa buena
apariencia estética del labio inferior.

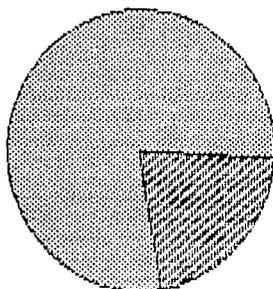
2) Aplicación tópica con 5-FU al 5%:

Se estudiaron 11 mujeres y 8 hombres, con edad promedio de 41 años - (rango de 20-69). Presentaron remisión el 79% de los casos y 4 (21%) no experimentaron mejoría.

Los efectos indeseables tempranos fueron la formación de exulcera -- ciones y costras en el 100% de los casos; inflamación (94%), dolor y dificultad para comer (52%). De los tardíos, el más frecuente correspondió al prurito en un 42%, inflamación leve persistente en un 26%.

Los resultados cosméticos obtenidos fueron: excelentes en un 67%, buenos en el 27% y malos en el 6%.

REMISION DE SINTOMATOLOGIA

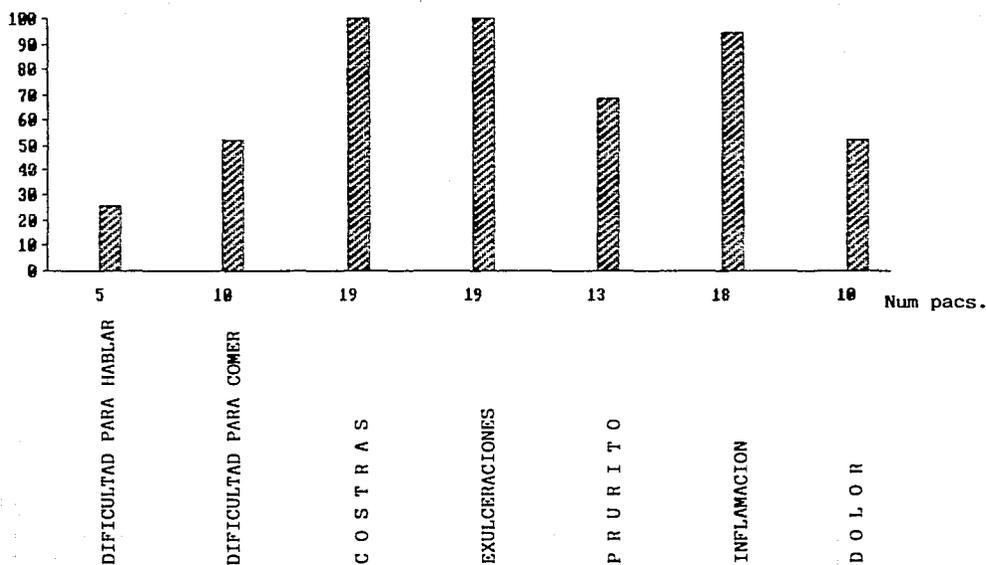


REMISION	15 pacs	79 %
SIN REMISION	4 pacs.	21 %

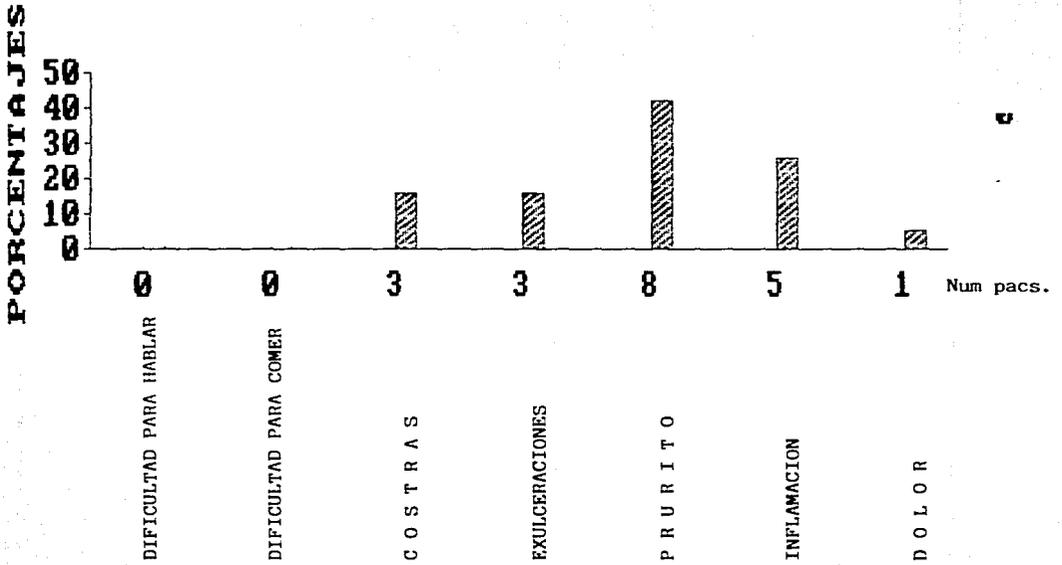
APLICACION DE 5-FU TOPICO

5-FU TOPICO: EFECTOS INDESEABLES TEMPRANOS (1 a 30 días)

PORCENTAJES :



5-FU TOPICO: EFECTOS INDESEABLES TARDIOS (después de 30 días).





5-FU: Paciente de 63 años que presenta QAC de 4 años de evolución. Se aprecian zonas exulceradas y leucoplásicas, así como atrofia e hiperpigmentación



5-FU (2): Al final del tratamiento (14 días). Se observan extensas zonas de ulceraciones, costras melicé-ricas y sanguíneas.



5-FU (3): Resultado final un mês después de haber suspendido
la aplicación.

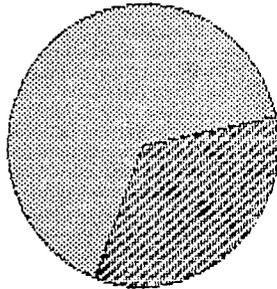
3) CRIOCIRUGIA:

Se trataron 10 mujeres y 8 hombres, con edad promedio de 37 años (rango de 20 a 66). La remisión se obtuvo en el 66%; en cambio 6 pacientes (34%) no tuvieron mejoría.

Los efectos indeseables tempranos que se observaron con mayor frecuencia fueron las costras y la inflamación en un 100% de los casos; las exulceraciones en un 83%; prurito en un 72%; dificultad para comer y dolor en un 44%. En los efectos secundarios tardíos predominó el prurito en un 44% y las costras en un 33%.

Los efectos cosméticos fueron excelentes en un 56% y buenos en un 42% de los casos.

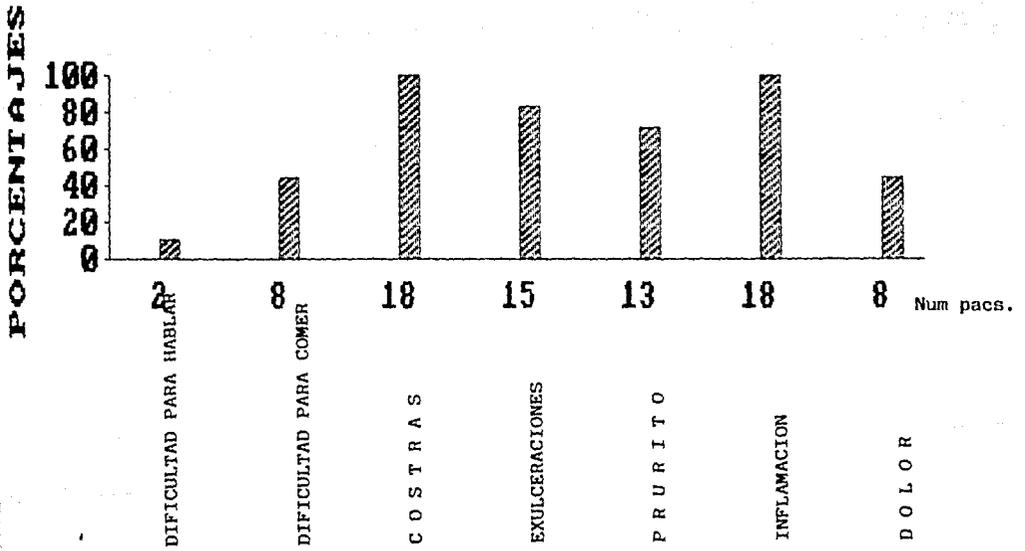
REMISION DE SINTOMATOLOGIA



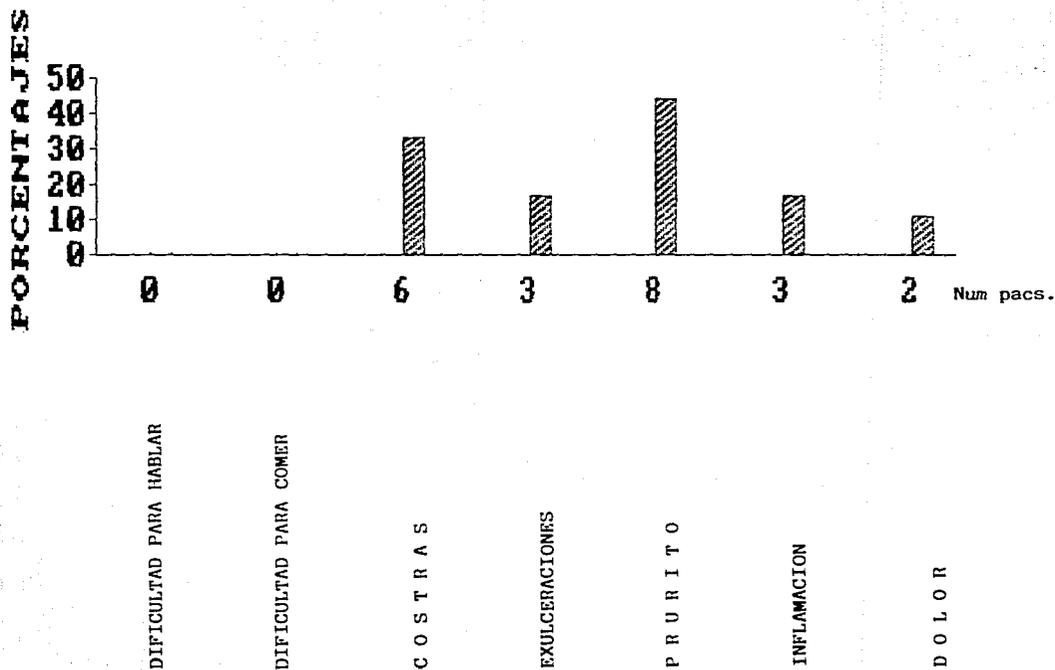
REMISION	12 pacs	66%
SIN REMISION	6 pacs	34%

CRIOCIRUGIA

CRIOCIRUGIA: EFECTOS INDESEABLES TEMPRANOS (1 a 30 días)



CRIOCIRUGIA: EFECTOS INDESEABLES TARDIOS (después de 30 días).





Crio-1: Masculino de 27 años con una QA de 3 años de evolución. Presenta erosiones, queratosis, hipopigmentación y algunas zonas de atrofia.



Crio-2: Momentos en que se le aplica la criocirugia con nitrógeno líquido. Se utiliza el método abierto (spray).

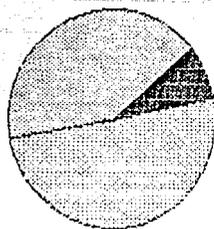


Crio-3: A los 12 días después de la aplicación. Se aprecian extensas zonas de exulceraciones y costras melicéricas y sanguíneas.



Crio-4: Resultado final a los 2 meses después de haberse aplicado la criocirugía.

RESULTADOS COSMETICOS

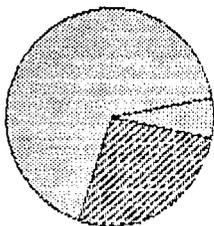


EXCELENTES 42 %

BUENOS 50 %

MALOS 8 %

VERMILLECTOMIA

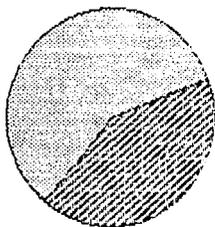


EXCELENTES 67 %

BUENOS 27 %

MALOS 6 %

5-FU TOPICO



EXCELENTES 58 %

BUENOS 42 %

CRIOCIRUGIA

4) RESULTADOS EPIDEMIOLOGICOS DE LAS QAC (PREMALIGNAS):

Se estudió un total de 28 pacientes con QAC, 15 hombres y 13 mujeres. Los grupos predominantes de edad fueron de 60 a 69 y de 40 a 49 años, que incluyen cada uno, el 39% de los enfermos. Las ocupaciones más frecuentes en el hombre fué la de campesino, comerciante y jornalero (42%). En la mujer predominó las labores del hogar (30%) y el campo(8%). En el 82% de los casos no se registraron antecedentes familiares de QAC; no antecedentes de tabaquismo en el 79%; no hubo relación esta-- cional en el 57%, en el 39% en cambio la sintomatología se exacerbó durante el verano.

El tipo de piel predominante en nuestros pacientes fué la tipo IV (43%), seguida de la del III (21%) y la del tipo II (18%). El color de ojos predominante fué el oscuro en un 64%.

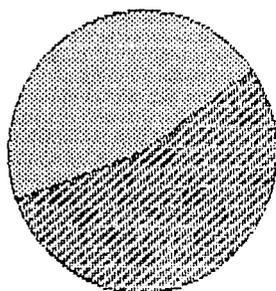
Del conjunto de pacientes tratados, el 35% (10) presentaron algún otro tipo de lesiones actínicas en la cara. De éstos el 60% padecían quera-- tosis actínicas, el 20% fotosensibilidad; uno de ellos (10%) presen-- taba Ca espinocelular y otro (10%) sufría de lupus eritematoso cutá-- neo.

En cuanto al tiempo de evolución de la QAC, fué predominante el perío-- do de 1 a 9 años en un 64%; de 6 a 12 meses en un 14% y más de 20 años en el 14%.

La morfología de las lesiones presentada con mayor frecuencia fué la hiperpigmentación en el 79% de los pacientes, las exulceraciones en el 57% y la atrofia en el 50%.

En el plano de la sintomatología predominó el prurito en el 64% (18), ardor en el 18% (5), y no presentaron sintomatología el 18% (5).

QUEILITIS ACTINICA CRONICA

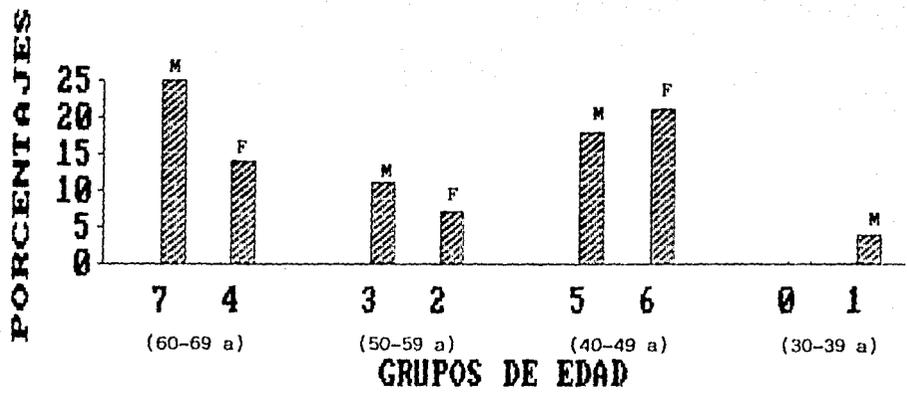


SEXO FEMENINO -13 pacs- 46%

SEXO MASCULINO-15 pacs- 54%

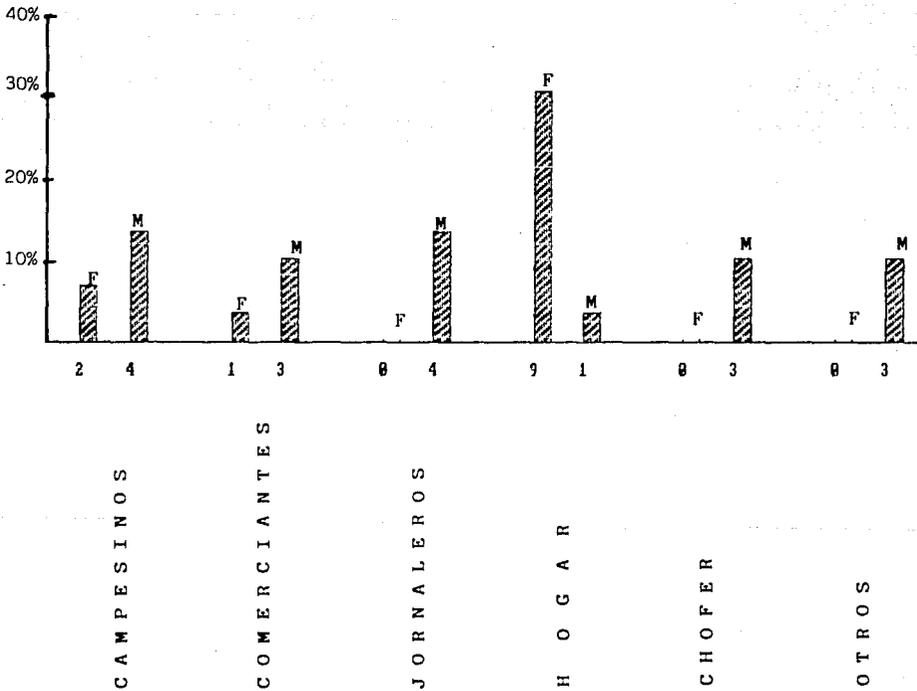
PACIENTES POR SEXO

QUEILITIS ACTINICA CRONICA

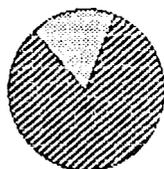


QUEILITIS ACTINICA CRONICA

o c u p a c i o n

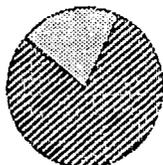


QUEILITIS ACTINICA CRONICA



POSITIVOS 17.80
NEGATIVOS 82.18

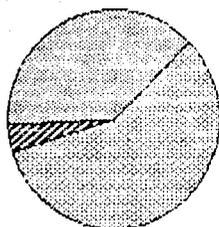
ANTECEDENTES FAMILIARES



POSITIVO 21
NEGATIVO 79

YABAQUISMO

QUEILITIS ACTINICA CRONICA



VERANO

39

INVIERNO

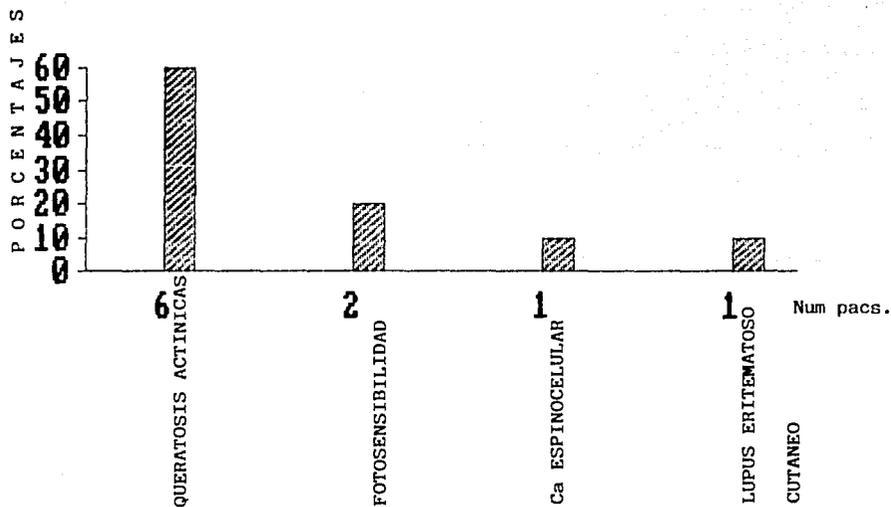
4

SIN RELACION

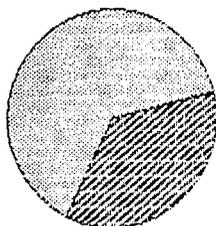
57

RELACION ESTACIONAL

LESIONES EN CARA FOTOINDUCIDAS



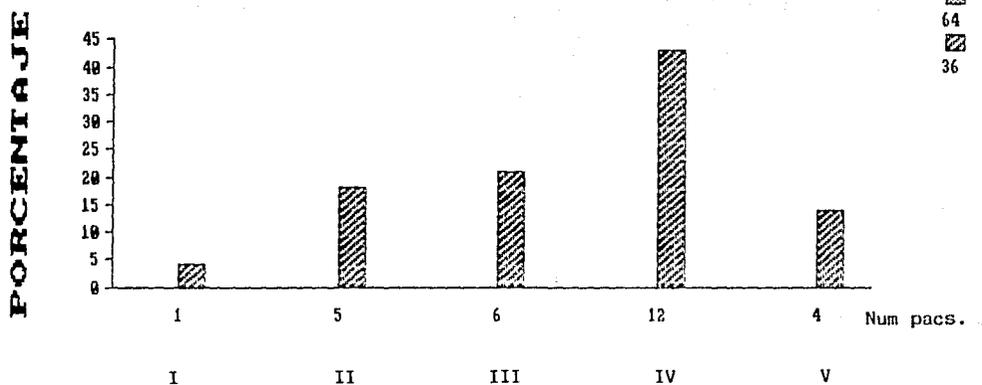
QUEILITIS ACTINICA CRONICA



OSCUROS 64%

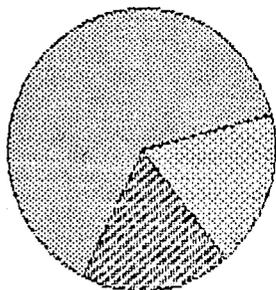
CLAROS 36%

COLOR DE OJOS



T I P O D E P I E L

QUEILITIS ACTINICA CRONICA

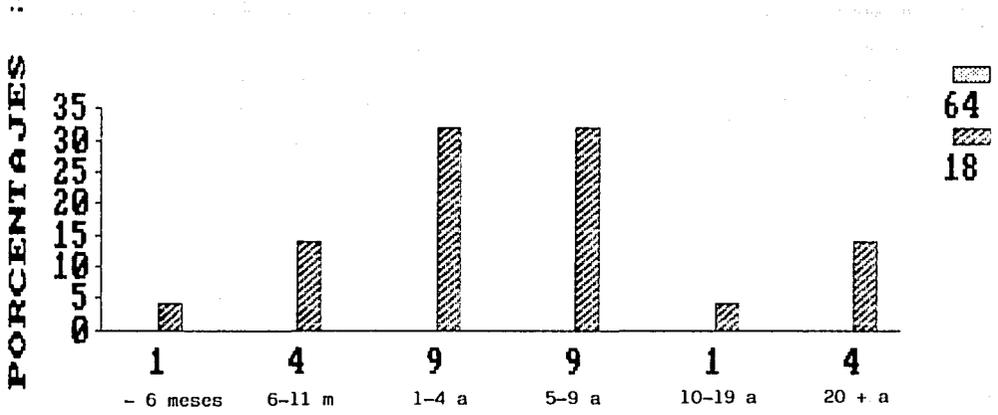


PRURITO 64%
ARDOR 18%
NEGATIVO 18%

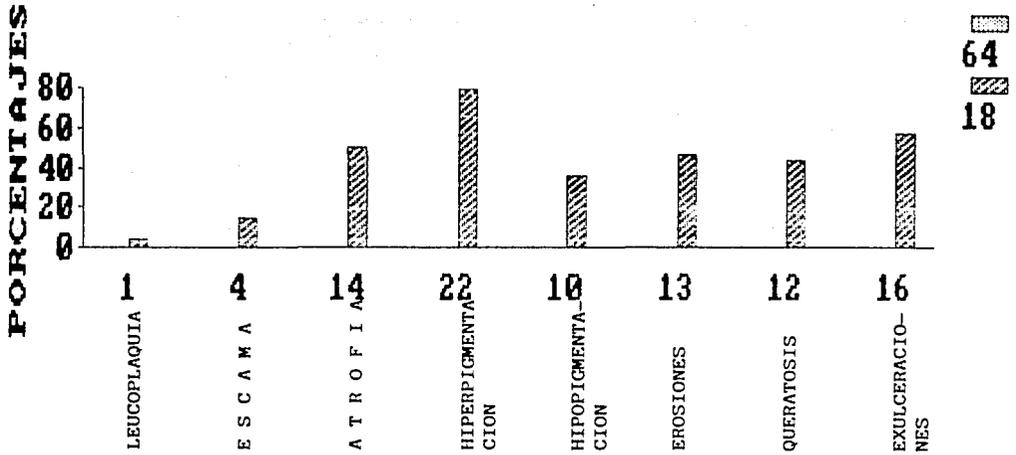
SINTOMATOLOGIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

QUEILITIS ACTINICA CRONICA



TIEMPO DE EVOLUCION



MORFOLOGIA DE LAS LESIONES

RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS

Se reportaron dos patrones histopatológicos principales: Queilitis actínica en el 58% e hiperplasia linfoide en un 38%.

Además se reportó un caso de queilitis actínica asociada a queilitis glandular (2%) y una biopsia no fué valorable (2%). ver cuadro 2

	NUMERO	%
QUEILITIS ACTINICA	29	58%
HIPERPLASIA LINFOIDE	19	38%
QA + QUEILITIS GLANDU LAR.	1	2%
NO VALORABLE	1	2%
TOTAL	50	100%

Cuadro Num 2: Resultados histopatológicos.

Se mencionarán a continuación las principales características histológicas encontradas en cada patrón:

1) QUEILITIS ACTINICA:

- Hiperqueratosis con paraqueratosis.
- Acantosis irregular.
- Areas de atrofia.
- Algunas zonas con desorganización de la capa basal.
- Infiltrado moderado de linfocitos en dermis papilar.
- Degeneración actínica de la colagena por abajo del infiltrado.
- Areas de exocitosis.
- Vasodilatación y congestión vascular.

2) HIPERPLASIA LINFOIDE:

- Hiperqueratosis ortoqueratósica.
- Acantosis irregular.
- Areas de ulceración.
- Espongiosis.
- Depósito de fibrina y restos celulares.
- Infiltrado moderado en dermis superior de linfocitos, histiocitos y plasmocitos.
- Formación de folículos linfopoyéticos.
- Vasos sanguíneos dilatados y congestionados.

3) QA + QUEILITIS GLANDULAR:

- Misma imagen de QA.
- Dilatación de glándulas salivales y de conductos salivales.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La vermillectomia es el método terapéutico que produjo un mayor porcentaje de remisión clínica (92%), seguida por la aplicación tópica de 5-FU (79%) y en tercer lugar la criocirugía (66%).
- 2.- La remisión con el 5-FU tópico es elevada, por lo que se puede considerar una buena opción médica para el tratamiento de las QAC.
- 3.- La criocirugía es útil, aunque en menor proporción que en los otros dos métodos, por lo que debe vigilarse más estrechamente al paciente para detectar recidivas.
- 4.- El porcentaje de efectos indeseables tempranos fué mayor con el uso del 5-FU (70.2%), seguida por la criocirugía (64.8%) y por último la vermillectomia en un 28%.
- 5.- Los efectos indeseables tardíos predominaron con el uso de la vermillectomia (34.5%), seguida por la criocirugía (17%) y por el 5-FU tópico (15%).
- 6.- Se vieron mejores resultados cosméticos con el uso de la criocirugía y el 5-FU tópico que con la vermillectomia.
- 7.- En las QAC predominó ligeramente el sexo masculino (54%) sobre el femenino. Este dato difiere de los reportes de la literatura en que mencionan un franco predominio del sexo masculino en una proporción incluso de 14:1.
- 8.- La QAC es más frecuente a partir de la 5ta década de la vida, lo que concuerda con la literatura.

- 9.- Podemos aseverar que la QAC es una enfermedad ocupacional ya que predomina en personas que trabajan al aire libre, incluyendo a las amas de casa que muchas veces desempeñan sus labores a la intemperie.
- 10.- No encontramos gran relación entre tabaquismo y QAC; la relación fué del 21%. Por lo que creemos que no existe asociación etiológica con esta enfermedad como han mencionado algunos autores.
- 11.- Se puede considerar a la QAC como una enfermedad no hereditaria, ya que solo se observaron antecedentes familiares positivos en un 17% de nuestros pacientes.
- 12.- En más de la mitad de los casos (57%) no hubo relación estacional, sin embargo el 39% si presentó exacerbación o inicio de la sintomatología durante el verano, lo que enfatiza el factor actínico como causa desencadenante.
- 13.- A diferencia de los reportes en la literatura, en que mencionan que la QAC es más frecuente en personas con piel blanca y ojos claros (tipo I y II), nuestra casuística demuestra que en nuestra población es más frecuente en personas morenas y con ojos oscuros (tipo IV).
- 14.- En el 35% de los casos encontramos además otras lesiones fotoinducidas, principalmente queratosis actínicas y fotosensibilidad, así como un caso con Ca espinocelular en mejilla y otro con lupus eritematoso cutáneo.
- 15.- El tiempo de evolución de las lesiones de nuestros pacientes fué de 1 a 9 años en un 64% de los casos; de 10 a 20 años correspondió el 18%.

- 16.- En la morfología de las lesiones predominó la hiperpigmentación, que es poco mencionada en la literatura y que posiblemente tenga que ver con el tipo de piel de nuestros pacientes. Otras lesiones encontradas frecuentemente fueron: atrofia, -exulceraciones, erosiones y queratosis. Solamente un paciente presentó leucoplasia.
- 17.- Los principales síntomas vistos fueron el prurito (64%) y la sensación de ardor del labio inferior (18%). El resto de los pacientes (18%) no refirió sintomatología.
- 18.- Histopatológicamente predominó el patrón típico de queilitis actínica o solar (58%) y en un buen porcentaje de los casos (38%) se reportó un patrón con hiperplasia linfoide.
- 19.- Solamente en un 2% se encontró asociación entre QA y queilitis glandular, lo que difiere de algunos reportes que mencionan que ésta, puede ser frecuente debido a que poseen el mismo mecanismo etiopatogénico.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Archard H. Biology and pathology of the oral mucosa. In: Fitzpatrick T, et al. Dermatology in General Medicine. USA: McGraw-Hill, 1987: 1192-93.
- 2.- Zugerman C. The Lips: Anatomy and differential Diagnosis. Cutis 1986;38: 116-120.
- 3.- Ham AW. Tratado de Histología. México, D.F. 7ma ed. Nueva Edit Interamericana S.A., 1975.
- 4.- Testut L. Compendio de Anatomía Descriptiva. México, D.F.: Ed Nacional S.A., 1949: 177-180.
- 5.- Davidson TM, et al. Surgical Excisions from and Reconstructions of the oral Lips. J Dermatol Surg Oncol 1980;6: 29-38.
- 6.- Ayres S. Chronic actinic cheilitis. JAMA 1923;81: 1183-6.
- 7.- Nicöläu SG, Bälus L. Chronic actinic cheilitis and cancer of the lower lip. Br J Dermatol 1964;76: 278-89.
- 8.- Picascia DD, Robinson JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. J Am Acad Dermatol 1987;17: 255-64.
- 9.- Katzenellenbogen I, Sandbak M. Cheilitis. In: Andrade R. Cancer of the skin. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1976; 607-34.
- 10.- Kochevar I. Photobiology. In: De Leo V. Dermatologic Clinics. Philadelphia, PA: WB Saunders 1986: 171-79.
- 11.- Frain-Bell W. Cutaneous Photobiology. Oxford University Press, 1985: 1-9.
- 12.- Rodarte Frayre ML. Fotosensibilidad a drogas. Tesis CDP. México, D.F. 1988.

- 13.- Cataldo D, Doku HC. Solar Cheilitis. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;7: 989-95.
- 14.- Girard KR, Hoffman BL. Actinic Cheilitis. *Oral Surg* 1980; 50: 21-24.
- 15.- Spatz S. Solar cheilosis with carcinomatous changes: report of case. *J Oral Surg* 1964; 22: 520-3.
- 16.- Hornstein OP. Leukoplakia. In: Andrade R. *Cancer of the skin*. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1976: 540-46.
- 17.- Moller R, Reyman F, Hou Jensen K. Metastases in dermatological patients with squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1979;115: 703-5.
- 18.- Koten J, Verhagen R. Histopathology of Actinic Cheilitis. *Dermatologica* 1967;135: 465-71.
- 19.- Fisher AA. Contact dermatitis and cheilitis. In: *Contact dermatitis*. Philadelphia. Lea & Febiger 1986: 791-5.
- 20.- Schoenfeld RJ, Schoenfeld FI. Angular cheilitis. *Cutis* 1977; 19: 213-6.
- 21.- Rook A. The lips. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ. *Text-book of dermatology*, ed. 4. Oxford. Blackwell, 1986: 2294-95.
- 22.- Broke RI. Exfoliative cheilitis. *Oral Surg* 1978;45: 52-5.
- 23.- Crotty CP, Dickens CH. Factitious lip crusting. *Arch Dermatol* 1981; 117: 338-40.
- 24.- Swerlick RA, Cooper PH. Cheilitis glandularis: A re-evaluation. *J Am Acad Dermatol* 1984;10: 446-472.
- 25.- Rada DC, Koranda FC, Katz FS. Cheilitis Glandularis- A disorder of ductal Ectasia. *J Dermatol Surg Oncol* 1985;11:372-75.

- 26.- Krutchkoff D, James R. Cheilitis granulomatosa. Arch Dermatol 1978; 114: 1203-6.
- 27.- Baughman RD, Berger P, Pringle WM. Plasma cell cheilitis. Arch Dermatol 1974;110: 725-6.
- 28.- Robinson JK. Actinic Cheilitis. A Prospective Study Comparing four Treatment Methods. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 115: 848-852.
- 29.- Cataldo E, Doku HC. Solar cheilitis. J Dermatol Surg Oncol 1981;7: 989-993.
- 30.- Schenck RR. Controlled trial of methoxsalen in solar dermatitis of Chippewa Indians. JAMA 1960; 172: 1134-7.
- 31.- Mounsdon T, et al. Actinic prurigo of the lower lip. Review of the literature and report of five cases. Oral Surg Med Oral Pathol 1988; 65: 327-32.
- 32.- Saúl A. Lecciones de Dermatología. México, D.F.: Francisco Méndez Cervantes Ed. 1983: 375-78.
- 33.- Grinspan D. Enfermedades de la boca. Buenos Aires, Arg.: Edit Mund SACIF 1970: 878-79.
- 34.- Birt AR, Hogg GR. The Actinic Cheilitis of Hereditary Polymorphic Light Eruption. Arch Dermatol 1979; 115: 699-702.
- 35.- Londono F. Thalidomide in the treatment of actinic prurigo. Int J Dermatol 1973;12: 326-8.
- 36.- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Dorland. 26va Edición. Interamericana McGraw-Hill. p 1672.
- 37.- Petres J, Hundeiker M. Dermatotomy. New York, NY: Springer-Verlag New York Inc. 1978: 64-65.

- 38.- Carapeto FJ. Bermellectomia. Actas Dermo-Sif 1981; 72:13-16.
- 39.- Goleman B. Cirugía de las queilitis. En: Hernández Pérez E. Cirugía Dermatológica Práctica. El Salvador CA: UCA Ed. 152-160.
- 40.- Serrano Ortega S. Vermillectomia. PIEL 1986;1: 51-52.
- 41.- Burket J, Medford O. Vermilionectomy for lower lip leukoplakia. Arch Dermatol 1967;95: 397-399.
- 42.- Fernández Vozmediano, Romero C. Vermilionectomy using the W-plasty technique. J Dermatol Surg Oncol 1989;15: 627-29.
- 43.- Brufau C, Canteras M, Armijo M. Our Experience in the Surgical treatment of Cancer and Precancerous Lesions of the Lower Lip. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:9: 908-912.
- 44.- Knowles WR. Wedge Resection of the Lower Lip. J of Derm Surg 1976;2:2: 141-144.
- 45.- Field WM. Prevention of the "prickling sensation" following surgery for actinic cheilitis. J Am Acad Dermatol 1988 (letter); 18: 1365-66.
- 46.- Sánchez-Conejo Mir J, Pérez Bernol AM, Moreno-Giménez JC. Follow-up of vermilionectomies: evaluation of the technique. J Dermatol Surg Oncol 1986;12: 180-84.
- 47.- Heidelberg C. Fluorinated Pyrimidines: A new Class of Tumor-Inhibitory Compounds. Nature 1957; 179: 663-66.
- 48.- Klein E. Tumors of the Skin: II. Keratoacantoma: local Effect of 5-Fluorouracil. Skin 1962;1: 153-56.
- 49.- Dillaha CT, Jansen GT. Selective cytotoxic effect of topical 5-Fluorouracil. Arch Dermatol 1963;88: 247-256.

- 50.- Eaglstein WH, Weinstein GD, Frost P. Fluorouracil: Mechanism of Action in Human Skin and Actinic Keratoses. Arch Dermatol 1970;101: 132-39.
- 51.- Schwartz RA, Stoll HL. Epithelial precancerous lesions. In: Fitzpatrick T, et al. Dermatology in General Medicine. USA: McGraw-Hill 1987: 742-743.
- 52.- Ott F, Eichenberger H, Storck H. The local Treatment of Precancerous Skin Conditions with 5-Fluorouracil Ointment. Dermatologica 1970 Suppl 1;140: 109-113.
- 53.- Dillaha CJ, Jansesn GT. Further studies with Topical 5-Fluorouracil. Arch Dermatol 1965;92: 410-17.
- 54.- Treatment of Lip Keratoses (Actinic Cheilitis) with Topical Fluorouracil. Arch Dermatol 1977;113: 906-908.
- 55.- Zacarian S. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders. St. Louis, Miss. C.V. Mosby Co. 1985: 41-57.
- 56.- Lubritz RR, Smolewski SA. Cryosurgery cure rate of premalignant leukoplakia of the lower lip. J Dermatol Surg Oncol 1983;9: 235-7.
- 57.- Fernández Vozmediano JM, Alonso Blasin. Fundamentos técnicos e indicaciones del laser de CO2 en Dermatologia. PIEL 1989; 4: 145-151.
- 58.- Goldman L, Shumrick DA, Rockwell J. The laser in maxillofacial surgery-preliminary investigative surgery. Arch Surg 1968; 96: 397-400.

- 59.- David LM. Laser Vermilion Ablation for Actinic Cheilitis.
J Dermatol Surg Oncol 1985;11:6: 605-608.
- 60.- Dufresne RG, et al. Carbon dioxide laser treatment of chronic actinic cheilitis. J Am Acad Dermatol 1988;19: 876-8.
- 61.- Stanely RJ. Actinic Cheilitis: Treatment with the Carbon Dioxide Laser. Mayo Clin Proc 1988;63: 230-235.