

PREVALÊNCIA DE QUEILITE ANGULAR EM PESSOAS COM FISSURAS LÁBIO-PALATAIS DO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS – USP, BAURU

Maira Giampietro de Almeida¹

Márcia Moratto Leite²

Izabel Maria Marchi de Carvalho³

¹Aluna do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP), Bauru-SP.

²Especialista em Radiologia Odontológica.

³Profª. Drª. em Diagnóstico Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP) e Coordenadora do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica do HRAC-USP, Bauru-SP.

ALMEIDA, Maira Giampietro de; LEITE, Márcia Moratto; CARVALHO, Izabel Maria Marchi de. Prevalência de quelite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP, Bauru. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

RESUMO

O presente trabalho verificou a prevalência da quelite angular nos pacientes com fissura lábio-palatal do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP – Bauru, de ambos os gêneros, divididos em dois grupos: um constituído por 100 adultos portadores de próteses dentárias; e o outro por 119 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos. Foi realizado o exame clínico intrabucal e extra-bucal seguindo-se uma ficha padronizada, de forma sistemática e ordenada. A presente investigação foi baseada exclusivamente nas características clínicas das alterações. No grupo de adultos a quelite angular ocorreu em 12 indivíduos, sendo 4 lesões bilaterais e 8 lesões unilaterais. No grupo de crianças foram observadas 5 ocorrências, sendo 3 bilaterais e 2 unilaterais, a qual apenas 1 era no gênero feminino. Concluiu-se que a prevalência de quelite angular em pacientes com fissura lábio-palatal foi de 12% em adultos portadores de próteses dentárias e de 4,2% em crianças de 7 a 12 anos.

Recebido em: 20/03/2004.

Aceito em: 04/02/2005.

PALAVRAS-CHAVE: quelite; prótese dentária; crianças

INTRODUÇÃO

A queilite angular é uma descrição clínica para a lesão que acomete a região de comissura labial, caracterizada por úlceras fisionas, geralmente bilaterais, de leito hiperêmico, hemorrágico e halo eritematoso, podendo apresentar crosta e descamação (CASTRO et al., 1995). Esta entidade pode receber diferentes denominações na literatura, como *angulus infecciosos*, perléche e queilose angular (CARVALHO et al., 1985).

O diagnóstico da queilite angular é clínico e o prognóstico é favorável. Para isto, os fatores etiológicos devem ser constatados e corrigidos (SHAFER et al., 1979; CASTRO et al., 1995).

Nevalainen et al. (1997) estudaram em 338 indivíduos, com idade de 76, 81 e 86 anos, a prevalência de lesões de mucosa bucais. As três alterações mais comuns não relativas ao uso de próteses removíveis foram: alterações na língua (7%), queilite angular (6%) e varizes linguais (4%). Afirmaram que a queilite angular é mais freqüente em mulheres do que em homens, talvez devido diferenças de ordem de saúde geral.

Em um estudo realizado por Carvalho et al. (1985) foram detectados como agentes infecciosos relacionados a queilite angular, da maior para menor ocorrência, respectivamente: *Stafilococcus aureus*, *Candida albicans*, *Streptococcus beta-hemolíticos* e *Herpes simplex*.

Dentre os 300 idosos de Bauru, SP, avaliados por Carvalho (2000), 232 eram portadores de próteses dentárias. Dos 232 idosos com algum tipo de prótese, 113 (48,7%) apresentavam alterações bucais relacionadas ao uso de próteses. Estas alterações afetaram mais mulheres (56,2%) que os homens (29,2%) e esta associação foi estatisticamente significante. Entre as 113 alterações bucais associadas ao uso de prótese, foram encontrados 77 casos (68,1%) de candidíase crônica eritematosa, 17 casos (15%) de queilite angular, 14 casos (12,3%) de hiperplasias fibrosas inflamatórias e 5 casos de ulcerações de mucosa bucal associada à prótese.

A deficiência de vitaminas do complexo B₁₂ é considerada como um dos fatores etiológico da queilite angular (CASTRO et al., 1995; GUEDES-PINTO, 1995; NAIR et al., 1996). Este fator pode estar relacionado à anemia microcítica hipocrômica ou macrocítica e, por esse motivo, o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente para avaliação médica quando observar alta freqüência de queilite angular (NEIDLE; YAGIELA, 1991; CAMARGO; RODRIGUES, 1999).

Os indivíduos com HIV podem apresentar queilite angular como foi demonstrado em um estudo de Cavassani e Sobrinho

ALMEIDA, Maira Giampietro de;
LEITE, Márcia Moratto;
CARVALHO, Izabel Maria Marchi de.
Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru.
Salusvita, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

ALMEIDA, Maira Giampietro de; LEITE, Márcia Moratto; CARVALHO, Izabel Maria Marchi de. Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

(2003), que observaram a prevalência de 19% de queilite angular em um levantamento de 431 prontuários de pacientes portadores do HIV.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência da queilite angular em pessoas com fissuras labio-palatais, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), na faixa etária de 7 a 12 anos e maiores de 18 anos, portadores de próteses dentárias.

MATERIAL E MÉTODOS

Para avaliar a prevalência da queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatinas foi realizado o exame clínico da cavidade bucal de 219 indivíduos de forma sistemática e ordenada, conforme recomendações da OMS (1999). O diagnóstico das alterações foi exclusivamente baseado nas características clínicas encontradas. Não foi realizado nenhum exame laboratorial comprobatório.

Os pacientes voluntários que fizeram parte da amostra foram esclarecidos quanto à natureza de rotina do exame a que seriam submetidos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

No presente estudo os pacientes foram divididos em dois grupos: um composto por 100 indivíduos adultos com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, usuários de próteses dentárias, podendo ser em um ou nos dois arcos maxilares, desde que fosse prótese parcial fixa, removível ou prótese total; já o outro grupo foi composto por 119 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 7 a 12 anos.

Este trabalho foi realizado com a colaboração dos setores de prótese odontológica e de odontopediatria do HRAC-USP, onde os pacientes foram avaliados.

Os dados encontrados foram submetidos à análise estatística e comparados com os da literatura preexistente.

RESULTADOS

O presente estudo demonstrou a prevalência de 12% de queilite angular no grupo de indivíduos adultos maiores de 18 anos (TABELAS 1 e 2).

TABELA 1 – Ocorrência de queilite angular relacionada ao gênero e forma de apresentação da lesão, nos 100 indivíduos adultos com fissuras lábio- palatais avaliados.

Queilite angular	Masculino (N=53)		Feminino (N=47)		TOTAL (N=100)	
	n	%	n	%	n	%
unilateral	3	5,66	5	10,63	8	8
bilateral	3	5,66	1	2,12	4	4
TOTAL	6	11,32	6	12,76	12	12

ALMEIDA, Maira Giampietro de;
LEITE, Márcia Moratto;
CARVALHO, Izabel Maria Marchi de.
Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru.
Salusvita, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

TABELA 2 – Ocorrência de queilite angular relacionada ao tipo de prótese utilizada em cada arco dentário, em 100 adultos com fissuras lábio-palatinas avaliados.

Prótese	Queilite unilateral		Queilite bilateral		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Prótese total X prótese parcial removível	1	12,5	1	25	2	16,6
prótese parcial removível X prótese parcial removível	0	0	1	25	1	8,3
prótese parcial removível X dentes naturais	2	25	1	25	3	25
prótese total X prótese total	4	50	1	25	5	41,6
prótese parcial fixa X dentes naturais	1	12,5	0	0	1	8,3
TOTAL	8	100	4	100	12	100

ALMEIDA, Maira Giampietro de; LEITE, Márcia Moratto; CARVALHO, Izabel Maria Marchi de. Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

A prevalência de queilite angular no grupo de crianças de 7 a 12 anos foi de 4,20%, como demonstra a TABELA 3.

TABELA 3 – Ocorrência de queilite angular, relacionada ao gênero e a forma de apresentação da lesão, em 119 crianças com fissuras lábio-palatinas avaliadas.

Queilite angular	Masculino (N=73)		Feminino (N=46)		TOTAL (N=119)	
	n	%	n	%	n	%
unilateral	2	2,73	0	0	2	1,68
bilateral	2	2,73	1	2,17	3	2,52
TOTAL	4	5,47	1	2,17	5	4,20

Nos pacientes que apresentaram queilite angular de ambos os grupos não foi observada qualquer outra lesão em mucosa bucal, entretanto, observou-se queilite actínica em 2 indivíduos do grupo de adultos que não apresentavam queilite angular. Em 2 indivíduos do grupo de adultos e 2 do grupo de crianças, que apresentavam queilite angular, notou-se a inflamação gengival por presença de placa dentária clinicamente visível.

DISCUSSÃO

No presente estudo em que foram avaliados 100 adultos com fissuras lábio-palatal, usuários de próteses dentárias e maiores de 18 anos, a prevalência de queilite angular foi de 12%. A alteração afetou mais mulheres (12,76%) que homens (11,32%), portanto, os dados desta pesquisa concordam com os dados da literatura (LANGLAIS; MILLER, 1992; NEVALAINEN et al., 1997; CARVALHO, 2000).

Dentre os 12 casos de queilite angular encontrados no grupo de adultos, 33,33% eram bilaterais, enquanto 66,66% eram unilaterais. Langlais e Miller (1992) e Castro et al. (1995) afirmaram que as lesões bilaterais da queilite angular são mais freqüentemente encontradas que as lesões unilaterais. Acreditamos que a diferença entre os dados da pesquisa atual e aqueles da literatura seja originada pela baixa idade dos adul-

tos avaliados neste estudo, que variou de 18 a 58 anos, com uma maioria menor de 40 anos. Lockhart et al. (1999) sugeriram que o envelhecimento pode levar (por avaria do mecanismo de supressão ou equilíbrio de leveduras) a um aumento da colonização bucal pela *Cândida*. Deste modo, adultos portadores de próteses com faixa etária maior, estariam mais propensos a desenvolver a queilite angular associada à *Cândida albicans* que os adultos portadores de próteses com idades mais baixas.

A maior prevalência de queilite angular no grupo de adultos foi em indivíduos usuários de próteses totais bimaxilares, seguida pelos usuários de prótese parcial removível em um arco, e em outro, dentes naturais. A dimensão vertical de oclusão pode ser um fator relacionado à ocorrência da queilite angular nos indivíduos adultos avaliados no presente estudo, pois os mesmos apresentaram-se ao setor de prótese dentária do HRAC para substituir próteses antigas com a dimensão vertical de oclusão diminuída (DOMITTI, 1984). O estudo de Garcia Morales (2002) mostrou que próteses totais antigas apresentam perda da DVO.

Lesões clinicamente compatíveis com queilite angular foram notadas em 4,20% das 119 crianças de 7 a 12 anos, com fissuras lábio-palatinas. Neste grupo, esta alteração atingiu mais meninos (5,47%) que meninas (2,17%), dados estes concordantes com aqueles de Carvalho et al. (1985), que constataram em uma avaliação de 42 crianças, uma menor ocorrência da queilite angular no gênero feminino que no masculino. As lesões bilaterais (3) foram mais encontradas que as unilaterais (2).

Duas das cinco crianças com queilite angular apresentaram inflamação gengival por presença de placa dentária. Carvalho et al. (1985) sugeriram a possível influência da condição de higiene bucal no desenvolvimento da queilite angular.

CONCLUSÃO

A prevalência da queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatinas foi de 12% no grupo de adultos, portadores de próteses dentárias e de 4,20% no grupo de crianças.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, N. S.; ARAÚJO, V. C. Lesões da mucosa bucal por agentes biológicos. In: _____. *Patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1984. p. 39-72.

ALMEIDA, Maira Giampietro de;
LEITE, Márcia Moratto;
CARVALHO, Izabel Maria Marchi de.
Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

ALMEIDA, Maira Giampietro de; LEITE, Márcia Moratto; CARVALHO, Izabel Maria Marchi de. Prevalência de queilite angular em pessoas com fissuras lábio-palatais do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais – USP, Bauru. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2005.

2. BARBOSA, J. R. A.; BARBOSA, C. M. R. Lesões traumáticas associadas ao uso de prótese. *Odontol. Mod.*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 16-21, maio 1988.
3. CAMARGO, J. L. V. de; RODRIGUES, M. A. M. Doenças nutricionais. In: MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. *Patologia processos gerais*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 255-257.
4. CARVALHO, I. M. M. *Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas de Bauru, SP*. 2000. 173 f. Tese (Doutorado em Odontologia na área de Estomatologia)–Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2000.
5. CARVALHO, R. G. et al. Prevalência de queilite angular entre (boqueira) escolares de Alfenas-MG, na faixa etária de 7 a 12 anos. *Rev. Esc. Farm. Odontol. Alfenas*, Alfenas, v. 8, p. 147-153, jan./dez. 1985.
6. CASTRO, A. L. de et al. Úlceras bucais. In: _____. *Estomatologia*. São Paulo: Santos, 1995. p. 118-128.
7. CAVASSANI, V. G. dos S.; SOBRINHO, J. de A. Doenças periodontais em pacientes portadores do HIV. *Rev. Bras. Cirurg. Perio.*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 154-158, 2003.
8. DOMITTI, S. S. Relação maxilo-mandibular nas próteses totais. In: _____. *Prótese total: novos métodos e técnicas*. São Paulo: Santos, 1984. p. 119-141.
9. EVERSOLE, L. R. Oral ulcerations and fistule. In: _____. *Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992. p. 62-89.
10. FELTRIN, P. P. et al. Prótese total muco- suportada I. Lesões da mucosa bucal. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 150-160, maio/jun. 1987.
11. GARCIA MORALES, J. M. *Análise clínica comparativa da variação da dimensão vertical de oclusão em pacientes edentados usuários de prótese totais bimaxilares*. 2002. 141f. Tese (Mestrado)–Faculdade de Odontologia de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
12. GUEDES-PINTO, A. C. Prevenção dos hábitos alimentares e a cárie. In: _____. *Odontopediatria*. São Paulo: Santos, 1995. p. 567-568.
13. GUGGENHEIMER, J. et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: II. Prevalence and characteristics of Candida and Candidal lesions. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol Oral Radiol. Endod.*, Saint Louis, v. 89, n. 5, p. 570-576, May 2000.

14. LANGLAIS, R. P.; MILLER, C. S. Section III Abnormalities byandonic location. In: _____. *Color atlas of common oral diseases*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992. p. 34-35.
15. LOCKHART, S. R. et al. Natural defenses against Candida colonization breakdown in the oral cavities of the elderly. *J. Dent. Res.*, Chicago, v. 78, n. 4, p. 857-868, Apr. 1999.
16. NAIR, R. G. et al. Prevalence of oral lesions in selected Vietnamese population. *Int. Dent. J.*, London, v. 46, n. 1, p. 48-51, 1996.
17. NEIDLE, E. A.; YAGIELA, J. A. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. Tradução por Cláudia Lúcia Caetana de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 607 p. Tradução de *Pharmacology and therapeutics for dentistry*.
18. NEVALAINEN, M. J.; NÄRHI, T. O.; AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits the home-living elderly. *J. Oral Rehabil.*, Oxford, v. 24, n. 5, p. 332-337, May 1997.
- OMS. *Oral health surveys-basic methods*. São Paulo: Santos. 1999.
19. PRABHU, S. R.; BHUTANI, L. K.; SHETTY, J. N. Bacterial infections due to spirochaetes. In: PRABHU, S. R. et al. *Oral diseases in the tropics*. Oxford: Oxford University. 1992. p. 215-231.
20. RAMANATHAN, K.; GUIMARÃES, S. A. C.; YIP, W. K. Fungal infections. In: PRABHU, S. R. et al. *Oral diseases in the tropics*. Oxford: Oxford University. 1992. p. 154-179.
21. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. Infecções bacterianas, virais e micóticas. In: _____. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana. 1979. p. 260-307.
22. TYLDESLEY, W. R. *Atlas colorido de medicina bucal*. Tradução de Ivan Carlquist. São Paulo: Artes Médicas, 1995. 256 p.

ALMEIDA, Maira
Giampietro de;
LEITE, Márcia
Moratto;
CARVALHO, Izabel
Maria Marchi de.
Prevalência de queilite
angular em pessoas
com fissuras
lábio-palatais do
hospital de reabilitação
de anomalias
craniofaciais – USP,
Bauru.
Salusvita, Bauru,
v. 24, n. 1, p. 97-104,
2005.