CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

EDNA DUTRA PINHEIRO
JOSÉ HERCULLES OLIVEIRA DE ALMEIDA

QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS

Campina Grande-PB
2022

EDNA DUTRA PINHEIRO

JOSÉ HERCULLES OLIVEIRA DE ALMEIDA

QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP-Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé

Campina Grande-PB

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca - FIP

Almeida , José Herculles Oliveira de
A521q QUEILITE ESFOLIATIVA: relato de dois casos. / Edna Dutra Pinheiro ; José Herculles Oliveira de Almeida. – Campina Grande: FIP, 2022

70 fls.

Orientador (a): Prof. Dr. Luan Everton Galdino Barnabé
Monografia - Graduação Bacharelado em Odontologia
FIP – Campina Grande-PB

1. Queilite. 2. Lábios. 3. Diagnóstico bucal.
4. Inflamação. I. Título II. FIP.

FIP/BC CDU: 616.314
Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

EDNA DUTRA PINHEIRO

JOSÉ HERCULLES OLIVEIRA DE ALMEIDA

QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP-Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Data da defesa: 08/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Ítalo Cardoso dos Santos
Membro Titular (1º Examinador interno – FIP Campina Grande)

Prof. Me. Sylvana Maria Onofre Duarte Mahon
Membro Titular (2º Examinador interno – FIP Campina Grande)

Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé
Membro Titular (Orientador - FIP Campina Grande)

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, e a todos que de forma direta ou indireta nos ajudaram em sua conclusão. De forma especial a nossa família, que até aqui sempre apoiou e acreditou em nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, pela minha existência e por me conceder saúde, força, disposição e coragem para realização deste sonho e por não me deixar desistir. Sem Ele, não seria capaz de superar todos os desafios ao longo desta jornada.

Aos meus pais, Antônio e Edileuza (in memoriam), eu devo a vida e todas as oportunidades que nela tive. Agradeço ainda, por mesmo não estarem presentes, terem me ensinado valores e princípios que carrego comigo em todos os momentos. Obrigada por sempre estarem olhando, cuidando e guiando meus passos, sei que estão vibrando com essa vitória em minha vida. Amo vocês!

Aos meus familiares, amigos, em especial Deivid, Ana Cláudia e Adilma, que ao longo desta etapa me encorajaram e me apoiaram, fazendo com que esta fosse uma das melhores fases da minha vida. Agradeço também, aos meus amigos que pude fazer nesses anos de faculdade, em especial a José Hérculles e Olga Borges, que foram além de duplas, anjos que me estenderam as mãos para que tudo pudesse fluir de forma harmônica e responsável e que serão amigos da faculdade para a vida. Agradeço ao meu esposo Fernando Almir e aos meus Pets (Cindy, Bob e Luke), pelo apoio e compreensão das várias horas em que estive ausente ao longo deste curso.

Ao meu orientador, prof. Dr. Luan Evérton, pelas valiosas contribuições e orientações dadas durante todo processo, para que o trabalho pudesse tomar a direção correta. Manifesto aqui, minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência. Agradeço aos professores da Banca Examinadora, profa. Me. Sylvana e prof. Ítalo e a todos os professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, durante a minha trajetória acadêmica. Agradeço também a FIP Campina Grande, por ter sido minha segunda casa e ter me dado as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo, de maneira satisfatória.

Por fim, a todos os meus pacientes queridos, pela confiança. Vocês me encheram de alegria e gratidão por fazerem parte desse meu sonho. O meu muito obrigada a todos!

Edna Dutra Pinheiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida, Ele foi minha rocha e fortaleza durante toda graduação e no desenvolvimento deste trabalho, me ajudando a ultrapassar todos os obstáculos encontrados no caminho até aqui, e me conduzindo com as devidas lições de perseverança, confiança e amor.

Aos meus pais, Verônica e José Francisco, deixo explícita a minha eterna gratidão, que, com humildade, honestidade e muito trabalho custearam as minhas despesas acadêmicas, e sempre me incentivaram a ser um ser humano empático, justo e responsável. A eles, todo o meu amor, admiração e respeito, desde sempre e para sempre.

A minha família, que sempre me apoiou e me incentivou a ser o melhor de mim, enaltecendo a minha capacidade intelectual, fornecendo todo auxílio psicológico, e sentimental, contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante todos esses anos. Em especial, a minha gratidão à minha avó Maria de Jesus (In memoriam) que com seu legado de vida me ensinou muito sobre Deus, humildade e amor.

Ao meu orientador, prof. Dr. Luan Evérton, por todo suporte, paciência e acompanhamento do meu crescimento acadêmico e humano. Os seus ensinamentos foram peças chaves para minha evolução. Toda a minha inspiração, admiração e carinho. Aproveito para agradecer a todos os professores do curso, que me acompanharam durante toda tragetória, compartilhando seus conhecimentos, permitindo assim que eu pudesse hoje estar concluindo este trabalho.

Aos meus amigos, que mesmo ausente muitas vezes, nunca desistiram de acreditar em mim e de me incentivarem a perseverar. Em especial agradeço a Edna Dutra e Josilene Leobino que foram muito mais que duplas para mim durante esse período acadêmico, foram força, coragem, mão direita e amiga, e hoje, muito mais que colegas de trabalho, amigas para a vida.

Aos funcionários e colaboradores da FIP-CAMPINA GRANDE, que se tornaram uma verdadeira família, e contribuiram para que esse jornada fosse mais leve, deixo em escrito o meu muito obrigado.

José Herculles Oliveira de Almeida

Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.

Josué 1:9

RESUMO

RESUMO

A queilite esfoliativa é uma condição dermatológica cada vez mais comum na população jovem, ocorrendo principalmente em mulheres, se caracterizando pela descamação e ressecamento dos lábios com a formação de crostas. Ainda que sua etiologia seja uma icógnita, a doença tem sido associada a períodos de estresse e ansiedade, tal como a hábitos parafuncionais. O diagnóstico e manejo da condição constituem um desafio devido a semelhança clínica entre a queilite esfoliativa e outras lesões labiais, o que muitas vezes resulta em recidiva. O objetivo deste presente estudo foi relatar dois casos clínicos de queilite esfoliativa destacando a importância no diagnóstico diferencial e tratamento. Paciente 1, sexo masculino, 11 anos, branco, relatou queixa de descamação persistente nos lábios com formação de crostas associado à prurido e ardência local há cerca de 1 semana. O mesmo informou o uso de hidratante labial na tentativa de diminuir a sintomatologia, embora sem sucesso. Não foram evidenciadas alterações sistêmicas e intra-orais. Foi relatado o hábito de jogos em aparelho celular o que levava o paciente a quadros de estresse constante, o hábito de lambedura labial também foi citado. Sendo assim, a hipótese de queilite esfoliativa foi estabelecida. O paciente foi submetido a biópsia incisional, sob anestesia local, no qual o exame histopatológico evidenciou um processo inflamatório crônico inespecífico. Diante desta condição clínica foi estabelecido um plano de tratamento com o uso de propionato de clobetasol 0,5% durante 15 dias, após a utilização da medicação houve remissão da lesão. Paciente 2, sexo feminino, 20 anos, branca, exibindo descamação do vermelhão dos lábios e ressecamento perioral com ardência local como sintomatologia. A paciente relatou estar passando por períodos de estresse e ansiedade. Não foram observadas alterações sistêmicas. Diante as condições, a hipótese de diagnóstico foi de queilite esfoliativa. Após a realização de biópsia incisional, o diagnóstico de queilite esfoliativa foi estabelecido. A paciente foi tratada com propionato de clobetasol 0,5%, obtendo boa remissão do quadro clínico. A assertividade no diagnóstico e no manejo clínico da queilite esfoliativa é um desafio, visto que a condição na grande maioria das vezes, além dos sinais clínicos não é associada aos fatores etiológicos, se faz necessário a implementação de um diagnóstico correto, descartando a hipótese de outras afecções com uma atenção acurada na anamnese aos sinais correlacionados a apresentação clínica.

Palavras-chave: Queilite. Lábios. Diagnóstico bucal. Inflamação.

ABSTRACT

ABSTRACT

Exfoliative cheilitis is an increasingly common dermatological condition among the young population, occurring mainly in women, which is characterized by peeling and dry lips with the formation of crusts. Although its etiology is unknown, the disease has been associated with periods of stress and anxiety, as well as parafunctional habits. The diagnosis and management of the condition are challenging due to the clinical similarity between exfoliative cheilitis and other lip injuries, which often results in recurrence. The objective of this presente study is to report two clinical cases of exfoliative cheilitis highlighting the importance of differential diagnosis and treatment. Patient 1, male, 11 years old, white, reported a complaint related to a persistent peeling on the lips with crusting associated with itching and local burning for about 1 week. The same informed the use of lip moisturizer in an attempt to reduce the symptoms, although without success. No systemic and intraoral changes were observed/ identified. The habit of playing games on a cell phone was reported, which led the patient to situations of constant stress, and the habit of lip-licking was also mentioned. Therefore, the hypothesis of exfoliative cheilitis was observed/identified. The patient underwent an incisional biopsy under local anesthesia, in which the histopathological examination showed a nonspecific chronic inflammatory process. In view of this clinical condition, a treatment plan was established with the use of 0.5% clobetasol propionate for 15 days, after using the medication there was remission of the lesion. Patient 2, female, 20 years old, white, exhibiting desquamation of the vermilion of the lips and perioral dryness with local burning as symptomatology. The patient reported experiencing periods of stress and anxiety. No systemic changes were observed. concerning the conditions, the diagnostic hypothesis was exfoliative cheilitis. After performing an incisional biopsy, the diagnosis of exfoliative cheilitis was confirmed. The patient was treated with 0.5% clobetasol propionate, achieving good remission of the clinical picture. Assertiveness in the diagnosis and clinical management of exfoliative cheilitis is a challenge, since the condition in most cases, in addition to clinical signs, is not associated with etiological factors, it is necessary to implement a correct diagnosis, discarding the hypothesis of other conditions with an accurate attention in the anamnesis to the signs correlated with the clinical presentation.

Keywords: Cheilitis. Lips. Oral diagnosis. Inflammation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Evolução da condição clínica do caso 1	37
Figura 2	Evolução da condição clínica do caso 2	38

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização dos diferentes tipos de queilites enfatizando fatores etiológicos, pacientes mais acometidos, principais características clinicas e tratamento. 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UV	Radiação Ultravioleta
QA	Queilite Actínica
QG	Queilite Glandular
QC	Queilite de Contato
QGM	Queilite Granulomatosa de Miescher
QS	Queilite Simples
QF	Queilite Factícial
QE	Queilite Exfoliativa
EPIs	Equipamento de Proteção Individual
TCLE	Termo de Conssentimento Livre e Esclarecido4
PFF2	Máscara (Peça Facial Filtrante)
N95	Máscara (peça semifacial filtrante)

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. **CONSIDERAÇÕES INICIAIS** 21
1.1 TIPOS DE QUEILITE 22
1.1.1 QUEILITE ACTÍNICA 22
1.1.2 QUEILITE GLANDULAR 22
1.1.3 QUEILITE DE CONTATO 23
1.1.4 QUEILITE GRANULOMATOSA 23
1.1.5 QUEILITE SIMPLES 23
1.1.6 QUEILITE FACTICIAL 24
1.1.7 QUEILITE ANGULAR 24
1.1.8 QUEILITE ESFOLIATIVA 24
1.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA QE 25
1.3 ETIOLOGIA 25
1.4 DIAGNÓSTICO 26
1.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO 26
2. **OBJETIVOS** 27
2.1 OBJETIVO GERAL 28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 28
3. **METODOLOGIA** 29
3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA 30
3.2 CUIDADOS COM A COVID-19 30
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 30
3.4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 30
4. **ARTIGO CIENTÍFICO** 31
4.1 INTRODUÇÃO 35
4.2 RELATO DE CASO 36
4.3 DISCUSSÃO 39
4.4 CONCLUSÕES 43
4.5 REFERÊNCIAS 43
5. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 47
REFERÊNCIAS 49
APÊNDICE A 53
ANEXO A 57
ANEXO B 61
ANEXO C 63

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 TIPOS DE QUEILITE

O termo queilite vem do grego “cheilos”, que significa inflamação dos lábios (ARAÚJO *et al.,* 2012). Lábios ressecados e rachados possuem grande prevalência nos meses frios de inverno e em climas áridos, deixando muitos pacientes susceptíveis a sentirem desconforto quando expostos a essas condições. Por consequência, lamber os lábios se torna uma medida compensatória na tentativa de minimizar o ressecamento, perpetuando a condição, e com isso, o paciente torna-se passível a um agravamento do quadro clínico apresentado. Quando o hábito se torna crônico, podem surgir outras sequelas, como queilite de contato, queilite simples, queilite angular, queilite facticial e queilite esfoliativa, além de infecções secundárias (FONSECA, JACOB e SINDLE, 2020). Outros tipos de queilite como a granulomatosa e a glandular também podem estarem associadas a algumas síndromes, como a Síndrome de Melkersson-Rosenthal e a Síndrome de Sjögren, respectivamente (FREITAS *et al*., 2004; MARI *et al.,* 2004). A perpetuação da condição devido à alta exposição à radiação ultravioleta (UV) para uma desordem potencialmente maligna também pode ser encontrada, como é visto na queilite actínica (ROCHA *et al.,* 2019; BRITO *et al.,* 2019).

1.1.1 QUEILITE ACTÍNICA (QA)

A QA é uma condição de natureza inflamatória potencialmente maligna, que acomete principalmente o lábio inferior e é desencadeada devido a exposição solar crônica de longa duração, fato esse que a diferencia dos demais tipos de queilite. Prevalentemente é vista em homens, leucodermas, acima dos 40 anos, que exercem atividades trabalhistas ligadas a exposição solar crônica e duradoura (SILVEIRA *et al.,* 2009; LUCENA *et al.,* 2012; DUTRA, NASCIMENTO e SOARES, 2016; BARROS *et al.;* 2018; BRITO *et al.,* 2019).

1.1.2 QUEILITE GLANDULAR (QG)

A QG é uma condição inflamatória de etiologia desconhecida que afeta as glândulas salivares menores, apresentando dilatação dos orifícios por onde flui excessivamente a saliva espessa. Esse fluxo de saliva excessivo eventualmente seca, provocando o aparecimento de placas ou crostas amareladas que envolvem a superfície da mucosa labial e que são facilmente removidas, mas que se formam novamente, principalmente durante o sono. Além dessa característica primordial, o paciente desenvolve também alargamento e eversão dos lábios, onde

a borda do vermelhão normalmente não é afetada. A prevalência acomete indivíduos acima de 40 anos, leucodermas e com proporção de relação masculino/gênero é de 3:1 (SUGAYA e MIGLIARI, 2018).

1.1.3 QUEILITE DE CONTATO (QC)

É imprescindível um diagnóstico diferencial preciso, para diferenciar as lesões acometidas por contato com substâncias exógenas, como é o caso da QC, que pode ser desencadeada por uma reação alérgica, acometendo em geral o sexo feminino, sendo caracterizada, clinicamente, pela presença de fissuras nos lábios, edema regional, áreas eritematosas, crostas, descamação, vesículas e exsudação (ROSINSKA-WIECKOWIC *et al.,* 2011; O'GORMAN e TORGERSON, 2016).

1.1.4 QUEILITE GRANULOMATOSA (QGM)

A QGM é um inchaço labial crônico, incomum, identificada por um edema firme recorrente de um ou ambos os lábios, pode afetar ambos os sexos igualitariamente, conhecida também por queilite granulomatosa de Miescher (QGM) quando ocorre isoladamente e de síndrome de Melkersson-Rosenthal (MRS) quando seus aspectos for compostos por uma tríade clássica de manifestações: edema orofacial recorrente ou persistente (edemas faciais e labiais), inchaço difuso ou nodular repentino, língua fissurada e paralisia do nervo facial periférico recidivante. A sensação de perda de paladar e a diminuição da secreção salivar também podem estar presentes. Estas manifestações são características da QGM e destaca o papel da equipe multidisciplinar na melhoria do atendimento aos pacientes acometidos (JAMIL *et al.,* 2021; SARKAR, 2016).

1.1.5 QUEILITE SIMPLES (QS)

A QS também conhecida como lábios rachados, é uma condição comum que provoca rachaduras, fissuras ou descamação dos lábios e em sua maioria o mais acometido é o lábio inferior (LUGOVIC-MIHIC, 2018). A saliva exerce uma ação irritante e potente levando a uma dermatite de contato. As etiologias da QS variam de clima frio/seco, lambeduras dos lábios de forma aguda ou crônica, habitual, causando irritação e quebra da proteção dos mesmos. Também são considerados ofensivos para pele dos lábios os medicamentos para acne, ácido salicílico, peróxido de benzoíla, bem como os instrumentos mecânicos de lazer ou ocupação, a exemplo, os músicos e mergulhadores (FONSECA, JACOB e SINDLE, 2020).

1.1.6 QUEILITE FACTICIAL (QF)

A QF está relacionada a traumas crônicos locais, causada por comportamentos repetitivos, como lamber, sugar, mordiscar ou cutucar os lábios, proporcionando uma descamação cíclica do excesso de queratina. Esta condição é prevalentemente em mulheres adolescentes e jovens adultas. O diagnóstico de queilite facticial é de exclusão porque a apresentação clínica e histológica é relativamente inespecífica (GIRIJALA *et al.,* 2018; LUGOVIC-MIHIC *et al.,* 2018). Considerada uma condição secundária ao comportamento repetitivo, geralmente os indivíduos podem apresentar problemas comportamentais subjacentes, dificultando em parte o diagnóstico e tratamento adequado (FONSECA, JACOB e SINDLE, 2020).

1.1.7 QUEILITE ANGULAR

É caracterizada por um processo inflamatório localizado no ângulo da boca, seu agente etiológico é o fungo do gênero cândida da espécie albicans, sua aparição pode ser unilateral ou bilateral. É uma condição multifatorial, apesar da existência predominante dos possíveis fatores causais, como perda de dimensão vertical, o que favorece o acúmulo de fluido salivar na região das comissuras, próteses mal adaptadas e deficiência nutricional também são condições associadas ao seu aparecimento. Acomete principalmente indivíduos idosos e entre as propostas de tratamento encontra-se o uso de antifúngicos, terapia fotodinâmica e devolução da dimensão vertical através da confecção de uma nova prótese (FREITAS *et al.,* 2013).

O diagnóstico do tipo de queilite e sua etiologia se torna um desafio diante das lesões com manifestações semelhantes, e é imprescindível que o clínico tenha conhecimento da variabilidade destas, podendo assim diferenciar as lesões de acordo com o relato citado pelo paciente e as características clínicas apresentadas (LUGOVIC-MIHIC *et al.,* 2018).

1.1.8 QUEILITE ESFOLIATIVA (QE)

A QE é caracterizada por uma desordem crônica inflamatória, acompanhada de descamação constante do vermelhão do lábio superior, inferior, ou ambos, sendo o inferior mais comumente afetado (LUGOVIC-MIHIC *et al.,* 2018; LIU *et al.,* 2021). Era considerada uma condição incomum em tempos atrás, citada por vários autores como uma raridade clínica (MANI, SHAREEF, 2007; ALMAZROOA *et al.,* 2013). Contudo, atualmente observa-se o aparecimento mais recorrentemente dessa patologia no dia a dia clínico, visto que, os fatores

etiológicos associados e desencadeantes apresentam-se cada vez mais frequentemente nos dias atuais. Tornando a QE nos dias atuais uma condição cada vez mais comum (ZHANG *et al.,* 2020).

1.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA QE

É caracterizado pela secura, produção excessiva de crostas, seguida de descamação, sensação de formigamento, dor, prurido e ardência da zona perioral, podendo apresentar rachaduras e sangramento em casos mais avançados (THONGPRASOM *et al.,* 2016; ZHANG *et al.,* 2020; REICHART, WEIGEL, SCHMIDT-WESTHAUSEN, 1997; ALMAZROOA *et al.,* 2013; LÓPEZ SÁNCHEZ, SOBRINO, 2009; NEVILLE, 2009; MANI, SHAREEF, 2007). É encontrada com mais frequência em mulheres jovens com menos de 30 anos que geralmente estão em um período estressante da vida em associação com distúrbios psicológicos subjacentes, porém podem ser encontrados em qualquer grupo de idade e raça (LÓPES-TORRES *et al.,* 2019; BATHIA, BAHR e MURASE, 2015; BARROS *et al.,* 2020). Traumas na infância também estão associados quando expostos atualmente a condições que levam ao estímulo de um gatilho e a recordação do acontecido (ABRAHAM *et al.,* 2021).

1.3 ETIOLOGIA

A etiologia da QE ainda não é bem definida, embora condições psiquiátricas, transtornos de personalidade, ansiedade, depressão, hábitos parafuncionais/facticiais, deficiências nutricionais, mudanças climáticas, doenças sistêmicas e autoimunes, infecções fúngicas e bacterianas possam estar associadas, embora a QE possa resolver espontaneamente, muitas vezes aparece periodicamente e pode persistir por anos (ZHANG *et al.,* 2020, MANLOUK, WIELOCKX, 2013; THONGPRASOM *et al.,* 2016; BARROS *et al.,* 2020; PIGATTO, 2011). A lambida crônica dos lábios gera um comprometimento da barreira epidérmica da mucosa labial e posteriormente um ressecamento, com possíveis rachaduras/sangramentos e descamação dos lábios, predispondo a pele delicada ao contato com agentes irritantes e a lesões patológica, com a ruptura da camada protetora da mucosa labial surge o aumento do risco a infecções secundárias (FONSECA, JACOB e SINDLE, 2020). Causas comuns que induzem os pacientes a lamberem os lábios cronicamente incluem, condições climáticas adversas, queimaduras solares e ansiedade, e muitas vezes, os pacientes não percebem até que ponto estão lambendo os lábios (FONSECA, JACOB e SINDLE, 2020).

1.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da QE é possível através de exames histopatológicos e achados físicos. São encontrados como aspectos histopatológicos da QE um fragmento de mucosa oral revestido por epitélio pavimentoso estratificado ortoceratinizado. Na lâmina própria é observado um tecido conjuntivo fibroso de densidade variada, com focos de moderado a intenso infiltrado inflamatório mononuclear concentrado, disposto difusamente no tecido, os achados sugerem um processo inflamatório crônico inespecífico (BARROS *et al.,* 2020).

1.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

A terapia da QE na literatura ainda é um problema em virtude da variação na responsabilidade dos pacientes aos protocolos utilizados (CONNOLLY, 2004; ALMAZROOA, 2013). Contudo, tem sido empregado algumas opções de tratamento, como o tratamento tópico convencional com o uso de corticoides, o propionato de clobetasol e hidrantes labiais, tratamento sistêmico com o uso de antidepressivos, fitoterápicos e corticosteroides, tratamentos paliativos a exemplo da fotobiomodulação, crioterapia com nitrogênio líquido também são abordados, bórax em glicerina e os inibidores da calcineurina, como o Tracolimus também tem sido bastante empregado e estudado (ZHANG *et al.,* 2016; ALMAZROOA, 2013; KUMAR *et al.,* 2016; THONGPRASON *et al.,* 2016). Vale ressaltar a importância do tratamento multiprofissional, a colaboração da psicoterapia no tratamento da QE é fundamental, visto que, o controle e a estabilidade psicológica é de extrema relevância para um resultado positivo ao tratamento.

O prognóstico da condição se torna relativo, visto que, dependerá da associação de várias terapias, na tentativa de resolução ou estabilização do quadro clínico apresentado. As terapias evidenciadas cientificamente mostram um resultado favorável a regressão da lesão, contudo, se faz necessário a eliminação do fator etiológico, para o controle e manutenção do aparecimento da referida patologia.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar o diagnóstico e tratamento de dois casos de queilite esfoliativa.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos clínicos dos pacientes;
- Avaliar os aspectos histopatológicos;
- Estabelecer um protocolo de tratamento com base na utilização de Propionato de Clobetasol;
- Avaliar o prognóstico após o tratamento.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de dois relatos de casos clínicos de caráter observatório e descritivo.

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Pacientes referenciados para o serviço de Estomatologia da FIP Campina Grande para avaliação de lesões com características clínicas compatíveis com QE. Foi realizada anamnese minuciosa, com base nas fichas clínicas de estomatologia, nas quais constaram informações como: Dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, exame físico extra e intraoral, hipótese de diagnóstico. Após a avaliação clínica, os pacientes foram submetidos a biópsia incisional seguida de solicitação de exame histopatológico.

3.3 PROTOCOLO DA COVID-19

Em março de 2020 foi estabelecido um protocolo de isolamento social devido a pandemia da COVID-19, diante disso, no mesmo ano, para retomada das atividades educacionais foi instituído um regulamento adotado pelo comitê de biossegurança da FIP-Campina Grande, com relação aos cuidados frente a COVID-19. Foram utilizados EPIs (equipamento de proteção individual) a exemplo do avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95/PFF2 e *faceshield*. Além disso, o atendimento foi realizado em um ambiente aberto e arejado para reduzir os riscos de contaminação pela COVID-19.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho respeitou as diretrizes e critérios, dentre os quais, os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para o fornecimento das informações relacionadas ao caso.

ARTIGO

4 ARTIGO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em odontologia da FIP Campina Grande.

Como resultado do mesmo, o artigo intitulado “QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS*”***,*** será apresentado como fruto deste trabalho de conclusão de curso.

Após as devidas considerações da banca da defesa deste trabalho de conclusão de curso, o artigo será colocado nas normas e enviado para submissão no periódico “Revista Gaúcha de Odontologia” (ISSN: 0103-6971, Qualis para Odontologia: B3).

QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS

José Herculles Oliveira de Almeida[1], Edna Dutra Pinheiro[1], Luan Éverton Galdino Barnabé[2], Ítalo Cardoso dos Santos[2], Sylvana Maria Onofre Duarte Mahon[2].

1- Graduandos do curso de graduação em odontologia da FIP Campina Grande, PB.
2- Professores do curso de graduação em odontologia da FIP Campina Grande, PB.

RESUMO

Introdução: a queilite esfoliativa é uma condição dermatológica cada vez mais comum na população jovem, ocorrendo principalmente em mulheres, se caracterizando pela descamação e ressecamento dos lábios com a formação de crostas. Ainda que sua etiologia seja uma icógnita, a doença tem sido associada a períodos de estresse e ansiedade, tal como a hábitos parafuncionais. O diagnóstico e manejo da condição constituem um desafio devido a semelhança clínica entre a queilite esfoliativa e outras lesões labiais, o que muitas vezes resulta em recidiva. **Objetivo:** relatar dois casos clínicos de queilite esfoliativa destacando a importância no diagnóstico diferencial e tratamento. **Relato de Casos:** paciente 1, sexo masculino, 11 anos, branco, relatou queixa de descamação persistente nos lábios com formação de crostas associado à prurido e ardência local há cerca de 1 semana. O mesmo informou o uso de hidratante labial na tentativa de diminuir a sintomatologia, embora sem sucesso. Não foram evidenciadas alterações sistêmicas e intraorais. Foi relatado o hábito de jogos em aparelho celular o que levava o paciente a quadros de estresse constante, o hábito de lambedura labial também foi citado. Sendo assim, a hipótese de queilite esfoliativa foi estabelecida. O paciente foi submetido a biópsia incisional, sob anestesia local, no qual o exame histopatológico evidenciou um processo inflamatório crônico inespecífico. Diante desta condição clínica foi estabelecido um plano de tratamento com o uso de propionato de clobetasol 0,5% durante 15 dias, após a utilização da medicação houve remissão da lesão. Paciente 2, sexo feminino, 20 anos, branca, exibindo descamação do vermelhão dos lábios e ressecamento perioral com ardência local como sintomatologia. A paciente relatou estar passando por períodos de estresse e ansiedade. Não foram observadas alterações sistêmicas. Diante as condições, a hipótese de diagnóstico foi de queilite esfoliativa. Após a realização de biópsia incisional, o diagnóstico de queilite esfoliativa foi estabelecido. A paciente foi tratada com propionato de clobetasol 0,5%, obtendo boa remissão do quadro clínico. **Conclusão:** a assertividade no diagnóstico e no manejo clínico da queilite esfoliativa é um desafio, visto que a condição na grande maioria das vezes, além dos sinais clínicos não é associada aos fatores etiológicos, se faz necessário a implementação de um diagnóstico correto, descartando a hipótese de outras afecções com uma atenção acurada na anamnese aos sinais correlacionados a apresentação clínica.

Palavras-chave: Queilite. Lábios. Diagnóstico bucal. Inflamação.

ABSTRACT

Introduction: exfoliative cheilitis is an increasingly common dermatological condition among the young population, occurring mainly in women, which is characterized by peeling and dry lips with the formation of crusts. Although its etiology is unknown, the disease has been associated with periods of stress and anxiety, as well as parafunctional habits. The diagnosis and management of the condition are challenging due to the clinical similarity between exfoliative cheilitis and other lip injuries, which often results in recurrence. **Objective:** to report two clinical cases of exfoliative cheilitis highlighting the importance of differential diagnosis and treatment. **Case Reports:** patient 1, male, 11 years old, white, reported a complaint related to a persistent peeling on the lips with crusting associated with itching and local burning for about 1 week. The same informed the use of lip moisturizer in an attempt to reduce the symptoms, although without success. No systemic and intraoral changes were observed/ identified. The habit of playing games on a cell phone was reported, which led the patient to situations of constant stress, and the habit of lip-licking was also mentioned. Therefore, the hypothesis of exfoliative cheilitis was observed/identified. The patient underwent an incisional biopsy under local anesthesia, in which the histopathological examination showed a nonspecific chronic inflammatory process. In view of this clinical condition, a treatment plan was established with the use of 0.5% clobetasol propionate for 15 days, after using the medication there was remission of the lesion. Patient 2, female, 20 years old, white, exhibiting desquamation of the vermilion of the lips and perioral dryness with local burning as symptomatology. The patient reported experiencing periods of stress and anxiety. No systemic changes were observed. concerning the conditions, the diagnostic hypothesis was exfoliative cheilitis. After performing an incisional biopsy, the diagnosis of exfoliative cheilitis was confirmed. The patient was treated with 0.5% clobetasol propionate, achieving good remission of the clinical picture. **Conclusion:** assertiveness in the diagnosis and clinical management of exfoliative cheilitis is a challenge, since the condition in most cases, in addition to clinical signs, is not associated with etiological factors, it is necessary to implement a correct diagnosis, discarding the hypothesis of other conditions with an accurate attention in the anamnesis to the signs correlated with the clinical presentation.

Keywords: Cheilitis. Lips. Oral diagnosis. Inflammation.

INTRODUÇÃO

O termo queilite vem do grego “cheilos”, que significa inflamação dos lábios[1]. A queilite esfoliativa (QE) é uma desordem inflamatória crônica comum, que se caracteriza por uma hiperceratose e descamação persistente do vermelhão dos lábios superior, inferior ou ambos, com a formação de crostas, sendo o inferior mais afetado[2,3,4]. São relatados em alguns casos prurido e ardência, podendo apresentar rachaduras, sangramento e ressecamento descamativo da zona perioral[2,4]. Esta condição afeta radicalmente a qualidade de vida dos pacientes acometidos, visto que, as funções normais como comer, falar e sorrir são comprometidas, a socialização também pode ser evitada devido a aparência desagradável dos lábios[5,6,7]. Outras condições podem fazer diagnóstico diferencial com a QE, dentre elas, podem ser referidas as queilites do tipo actínica, glandular, de contato, granulomatosa, plasmocitária, factícia e prurido actínico[8].

Apesar de não possuir etiologia bem definida, a condição tem sido associada ao estresse, transtornos de personalidade, condições psiquiátricas e ansiedade subjacentes, bem como atividades parafuncionais/facticiais, incluindo lamber os lábios inconscientemente, sucção, mordidas repetidas e mecanismos traumáticos iniciadores, apesar disso, não são fatores responsáveis pela perpetuação da condição[2,9,10]. A QE também pode ser proveniente de infecções fúngicas e bacterianas, alterações climáticas, deficiência de vitaminas, manifestações de doenças sistêmicas, tais como, infecção por HIV e disfunção autossômica somatoforme[4]. Diante destas várias manifestações e condições similares é difícil diferenciar com precisão os tipos de queilite, sendo necessário meios auxiliares de diagnóstico para determinar a doença exata com base em suas características clínicas[11]. Uma avaliação detalhada é muitas vezes necessária para excluir possibilidades e fechar o diagnóstico.

A prevalência da QE é mais frequente em mulheres jovens com menos de 30 anos, em uma proporção de 2:1[7] relacionada aos homens, todavia, a condição pode ser vista em qualquer grupo de idade e raça[10,12]. O início da condição é frequentemente associado a um período estressante na vida de uma pessoa, acredita-se também que possa ter um componente facticial e está tipicamente associado a distúrbios psicológicos subjacentes[10,13,14].

Embora não haja um consenso na terapia para QE não existe um consenso na literatura para o tratamento da QE. Sendo uma condição desafiadora e que demanda uma avaliação diagnóstica completa baseando-se na abordagem multidisciplinar abrangente, envolvendo

dentistas, psiquiatras, psicólogos, patologistas orais, entre outros[6,14,15,16]. Tem sido empregado de maneira tópica e sistêmica o uso de corticosteroides, antidepressivos, fitoterápicos, produtos ceratolíticos, crioterapia com nitrogênio líquido, inibidores da calcineurina (tracolimus e pimecrolimus), bórax em glicerina e laserterapia[2,11,15]. O manejo dos eventos psicológicos que envolve ansiedade ou depressão tem mostrado em estudos recentes sucesso[17]. Diante disso, o objetivo do presente estudo é relatar dois casos clínicos de QE, enfatizando a importância no estabelecimento do diagnóstico e tratamento.

RELATO DE CASOS

CASO 1

Paciente do sexo masculino, 11 anos, branco, compareceu acompanhado pela mãe ao serviço de Estomatologia da FIP Campina Grande, com queixa de "descamação nos lábios, ardência e prurido, com tempo de evolução de 1 semana" (SIP) (Figura 1A). Em questionamento, a mãe relatou ter feito a aplicação local de Bepantrix Derma® e que o paciente exercia lambedura como hábito, elencou também que o mesmo já havia apresentado quadros descamativos, sem grande relevância clínica. Durante a exposição da história médica pregressa foi citada a Urticária desencadeada por uma reação a alimentos, a qual havia sido previamente controlada e não apresentou remissão. O exame físico do lábio constatou a presença de uma descamação considerável em região de vermelhão dos lábios superior e inferior com formação de crostas amareladas e ressecamento descamativo da zona perioral. Não foram evidenciadas alterações intra-orais e em extensão corpórea. Desta forma, a hipótese diagnóstica estabelecida foi de queilite esfoliativa.

O paciente foi submetido à biópsia incisional das lesões, sob anestesia local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100:000, foi feito uma incisão elíptica em região de lábio inferior com lâmina 15c retirando um fragmento mucoso suficiente para avaliação histopatológica, foi realizada posteriormente a síntese com fio de nylon 5-0. A conduta terapêutica pós operatória adotada foi a utilização de propionato de clobetasol 0,5% , três vezes ao dia, durante 15 dias com higienização local prévia de água morna e sabão neutro, o paciente também foi orientado a consumir no mínimo 2 litros de água diariamente, mantendo uma hidratação satisfatória, fazer a aplicação tópica de chá de camomila e a administração noturna de bepantol derma. O fragmento coletado foi encaminhado para análise histopatológica, o qual evidenciou presença de um infiltrado inflamatório crônico mononuclear subepitelial e presença

de descamação epitelial. Diante do quadro histopatológico associado as características clínicas foi estabelecido o diagnóstico de QE. Após o intervalo de 15 dias de conduta terapêutica houve uma melhora do quadro clínico apresentado (Figura 1B).

Figura 1 – Evolução da condição clínica do caso 1. Em A, quadro clínico inicial demonstrando intensa descamação do vermelhão do lábio e região perioral, com formação de crostas e eritema; Em B, Aspecto clínico pós-terapia com propionato de clobetasol (0,5mg/g), demonstrando melhora do quadro clínico inicial.



Fonte: Produção dos autores (ALMEIDA, J.H.O; PINHEIRO, E.D., 2022)

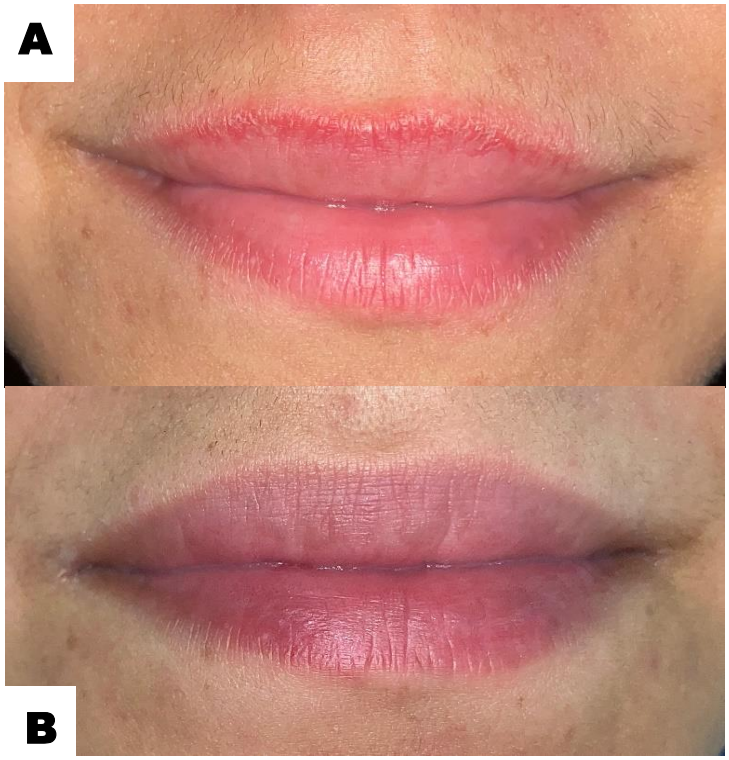
CASO 2

Paciente do sexo feminino, 20 anos, branca, buscou atendimento na FIP Campina Grande acompanhada da sua namorada, queixando-se de ardência nos lábios (Figura 2A). Durante a anamnese, a paciente relatou que ambas haviam viajado para Natal - RN durante o final de semana. Relatando nesse período não utilizar, nem se alimentar de produtos estranhos. Embora sua namorada tenha relatado exposição prolongada ao sol e no entanto, provável desenvolvimento de uma queilite actínica aguda, o que gerou um confundimento com desenvolvimento de herpes labial, a mesma começou a fazer uso por automedicação de Aciclovir. No mesmo período, a referida paciente começa a se queixar de queimação nos lábios com descamação, acreditando também estar associado a herpes, fazendo a aplicação tópica de Aciclovir na tentativa de controle da condição. A medicação não apresentou resultados e a

paciente ainda apresentava descamação e ardência. O exame físico do lábio constatou a presença de um ressecamento descamativo da zona perioral com eritema. Não foram evidenciadas alterações intra-orais e em extensão corpórea. Desta forma, a hipótese diagnóstica estabelecida foi de queilite esfoliativa.

A paciente foi submetida à biópsia incisional em lábio superior, sob anestesia local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100:000, foi feito uma incisão elíptica em região de lábio inferior com lâmina 15c retirando um fragmento mucoso suficiente para avaliação histopatológica e em seguida, a síntese com fio de nylon 5-0. A conduta terapêutica pós operatória adotada foi a utilização de propionato de clobetasol 0,5%, três vezes ao dia, durante 15 dias com higienização local prévia de água morna e sabão neutro. A paciente também foi orientada a consumir no mínimo 2 litros de água diariamente, mantendo uma hidratação satisfatória, fazer a aplicação tópica de chá de camomila e a administração noturna de bepantol derma. O diagnóstico clínico estabelecido foi de QE. Após o intervalo de 15 dias de conduta terapêutica houve uma melhora do quadro clínico apresentado (Figura 2B).

Figura 2 - Evolução da condição clínica do caso 2. Em A, aspecto clínico inicial demonstrando descamação do vermelhão do lábio e perioral com formação de eritema; Em B, condição clínica pós-terapia com propionato de clobetasol (0,5mg/g), demonstrando melhora do quadro clínico inicial.



Fonte: Produção dos autores (ALMEIDA, J.H.O; PINHEIRO, E.D., 2022)

DISCUSSÃO

A QE é uma condição que acomete mais comumente mulheres jovens com menos de 30 anos que geralmente estão em um período estressante em associação com distúrbios psicológicos subjacentes[7,10,18]. Nós observamos que um dos casos de QE foi em um paciente do sexo masculino de 11 anos de idade, o qual foge dos padrões de idade e sexo mais acometidos pela lesão. Desse modo, evidenciamos a possibilidade de acometimento pela QE em qualquer grupo etário, o que tem se mostrado cada vez mais comum, visto que os fatores etiológicos associados a condição, como o estresse, têm sido experimentados cada vez mais de maneira intensificada pela população mais jovem no geral.

O diagnóstico do tipo de queilite e sua etiologia se torna um desafio diante das lesões com manifestações semelhantes, e é imprescindível que o clínico tenha conhecimento da variabilidade destas, podendo assim diferenciar as lesões de acordo com o relato citado pelo paciente e as características clínicas apresentadas[10]. Se torna imprescindível a orientação ao paciente diante da percepção da QE e automedicação, visto que, muitos efetuam essa prática como relatado no segundo caso, sem obtenção de sucesso clínico e perpetuação da condição.

O termo queilite aponta inflamação dos lábios e compreende muitos tipos, assim dizendo, angular, de contato, actínica, granulomatosa, facticial, glandular, esfoliativa, simples, entre outras[15,19]. Efetivamente, a definição do tipo específico de queilite ainda constitui um desafio entre os profissionais, portanto, procedimentos voltados ao diagnóstico, precedidos de uma avaliação precisa com base nas características clínica e anamnese do paciente é imprescindível para elucidação do quadro[19] (QUADRO 1).

A queilite actínica é uma condição de natureza inflamatória potencialmente maligna, que acomete principalmente o lábio inferior e é desencadeada devido a exposição solar crônica de longa duração, fato esse que a diferencia dos demais tipos de queilite. Prevalentemente é vista em homens, leucodermas, acima dos 40 anos, que exercem atividades trabalhistas ligadas a exposição solar crônica e duradoura[3,20,21,22,23].

A queilite glandular é uma condição inflamatória de etiologia desconhecida que afeta as glândulas salivares menores, apresentando dilatação dos orifícios por onde flui excessivamente a saliva espessa. Esse fluxo de saliva excessivo eventualmente seca, provocando o aparecimento de placas ou crostas amareladas que envolvem a superfície da mucosa labial e que são

facilmente removidas, mas que se formam novamente, principalmente durante o sono. Além dessa característica primordial, o paciente desenvolve também alargamento e eversão dos lábios, onde a borda do vermelhão normalmente não é afetada. A prevalência acomete indivíduos acima de 40 anos, leucodermas e com proporção de relação masculino/gênero é de 3:1[24].

É imprescindível um diagnóstico diferencial preciso, para diferenciar as lesões acometidas por contato com substâncias exógenas, como é o caso da queilite de contato, que pode ser desencadeada por uma reação alérgica, acometendo em geral o sexo feminino, sendo caracterizada, clinicamente, pela presença de fissuras nos lábios, edema regional, áreas eritematosas, crostas, descamação, vesículas e exsudação[25,26].

A queilite granulomatosa é um inchaço labial crônico, incomum, identificada por um edema firme recorrente de um ou ambos os lábios, pode afetar ambos os sexos igualitariamente, conhecida também por queilite granulomatosa de Miescher (QGM) quando ocorre isoladamente e de síndrome de Melkersson-Rosenthal quando seus aspectos for compostos por uma tríade clássica de manifestações: edema orofacial recorrente ou persistente (edemas faciais e labiais), inchaço difuso ou nodular repentino, língua fissurada e paralisia do nervo facial periférico recidivante. A sensação de perda de paladar e a diminuição da secreção salivar também podem estar presentes. Estas manifestações são características da QGM e destaca o papel da equipe multidisciplinar na melhoria do atendimento aos pacientes acometidos[27,28].

A queilite simples (QS) também conhecida como lábios rachados, é uma condição comum que provoca rachaduras, fissuras ou descamação dos lábios e em sua maioria o mais acometido é o lábio inferior[8]. A saliva exerce uma ação irritante e potente levando a uma dermatite de contato irritante. As etiologias da QS variam de clima frio/seco, lambeduras dos lábios de forma aguda ou crônica, habitual, causando irritação e quebra da proteção dos mesmos. Também são considerados ofensivos para pele dos lábios os medicamentos para acne, ácido salicílico, peróxido de benzoíla, bem como os instrumentos mecânicos de lazer ou ocupação, a exemplo, os músicos e mergulhadores[29].

A queilite facticial está relacionada a traumas crônicos locais, causada por comportamentos repetitivos, como lamber, sugar, mordiscar ou cutucar os lábios, proporcionando uma descamação cíclica do excesso de queratina. Esta condição é prevalentemente em mulheres adolescentes e jovens adultas. O diagnóstico de queilite facticial

é de exclusão porque a apresentação clínica e histológica é relativamente inespecífica[8,14]. Considerada uma condição secundária ao comportamento repetitivo, geralmente os indivíduos podem apresentar problemas comportamentais subjacentes, dificultando em parte o diagnóstico e tratamento adequado[29].

A queilite angular é caracterizada por um processo inflamatório localizado no ângulo da boca, seu agente etiológico é o fungo do gênero cândida da espécie albicans, sua aparição pode ser unilateral ou bilateral. É uma condição multifatorial, apesar da existência predominante dos possíveis fatores causais, como perda de dimensão vertical, o que favorece o acúmulo de fluido salivar na região das comissuras, próteses mal adaptadas e deficiência nutricional também são condições associadas ao seu aparecimento. Acomete principalmente indivíduos idosos e entre as propostas de tratamento encontra-se o uso de antifúngicos, terapia fotodinâmica e devolução da dimensão vertical através da confecção de uma nova prótese[30].

O diagnóstico do tipo de queilite e sua etiologia se torna um desafio diante das lesões com manifestações semelhantes, e é imprescindível que o clínico tenha conhecimento da variabilidade destas, podendo assim diferenciar as lesões de acordo com o relato citado pelo paciente e as características clínicas apresentadas[8] (Quadro 1).

A QE é caracterizada por uma desordem crônica inflamatória, acompanhada de descamação constante do vermelhão do lábio superior, inferior, ou ambos, sendo o inferior mais comumente afetado[8,12]. Era considerada uma condição incomum em tempos atrás, citada por vários autores como uma raridade clínica[15,31]. Contudo, atualmente observa-se o aparecimento mais recorrentemente dessa patologia no dia a dia clínico, visto que, os fatores etiológicos associados e desencadeantes apresentam-se cada vez mais frequentemente nos dias atuais. Tornando a QE nos dias atuais uma condição cada vez mais comum[4].

Á vista do que é descrito na literatura, cada condição possui aspectos clínicos e histopatológicos importantes que devem ser analisados na exclusão de outras patologias. A avaliação e estudo das características proeminentes que diferenciam uma condição da outra deve ser levada em consideração como fator primordial para o diagnóstico diferencial entre elas, assim como o tratamento mais indicado.

Nos casos apresentados ambos possuíam fatores estressantes associados ao aparecimento da condição, análises nutricionais também devem ser consideradas, tal como

outros fatores desencadeadores e perpetuadores da condição, como visto, a lambedura labial relatada no primeiro caso. Ambos os pacientes apresentaram melhora progressiva do quadro clínico a partir do estabelecimento da terapia com corticosteroide tópico. Além do uso de corticoides, outras terapias são descritas na literatura, incluindo agentes tópicos de calcineurina e agentes hidratantes[4,12,15]. Apesar do aparecimento da condição associado a distúrbios emocionais e psicológicos, apenas a terapia clínica não é resolutiva, sendo de extrema importância o acompanhamento psicológico como terapia concomitante ao tratamento tópico da lesão. No caso 1 relatado, o paciente adotou o acompanhamento psicológico e ambos a continuidade do tratamento da lesão.

Quadro 1 - Caracterização dos diferentes tipos de queilites, enfatizando fatores etiológicos, pacientes mais acometidos, principais características clínicas e tratamento.

TIPOS DE QUEILITES				
TIPOS	**FATOR ETIOLÓGICO**	**PACIENTES ACOMETIDOS**	**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**	**TRATAMENTO**
Queilite Actínica	Exposição solar, Raio Ultravioleta B e C	Agricultores (exposição solar crônica e excessiva); Homens de pele clara, fumantes de tabaco.	Perda de delimitação da linha do vermelhão dos lábios, tornando-os difusos, formação de crostas, edema, erosão, ulceração e fissuras.	Diclofenaco Imiomode, TFD (Terapia Fotodinâmica)
Queilite Angular	Perda de altura vertical	Idosos	Comissura labial	Antifúngico, Terapia Fotodinâmica
Queilite de Contato	Alergia	20 – 30 anos	Descamação, prurido	Corticóides
Queilite Esfoliativa	Estresse	Mulheres jovens entre 16-20 anos	Secura, produção excessiva de crostas, sensação de formigamento, dor, prurido, ardência e descamação do vermelhão e região perioral.	Corticóides (propionato de clobetasol), Diclofenaco, hidrantes labiais, antidepressivos, fitoterápicos, corticosteroides, fotobiomodulação, crioterapia com (nitrogênio líquido) também são abordados, bórax em glicerina e os inibidores da calcineurina, como o Tracolimus.
Queilite Facticial	Traumas crônicos locais, causada por comportamentos repetitivos, como lamber, sugar, mordiscar os lábios.	Mulheres adolescentes e jovens adultas.	Secura, produção excessiva de crostas, sensação de formigamento, dor, prurido, ardência e descamação do vermelhão e região perioral.	Orientação e condicionamento do paciente.
Queilite Glandular	Nicotina- calor do cigarro.	Indivíduos acima de 40 anos, leucodermas.	Placas ou crostas amareladas, alargamento e eversão dos lábios.	Remoção do fator causal.

Queilite Granulomatosa	Desconhecida, muitas vezes pode estar associada a Síndrome de Melkersson-Rosenhal.	Indivíduos entre 20-30 anos.	Inchaço labial crônico, incomum, identificada por um edema firme recorrente de um ou ambos os lábios, descamação, vesículas e/ou pústulas na borda do vermelhão do lábio. Em casos mais graves, cirurgias reparadoras.	Corticóides, com o uso de injeção Intralesional de Triancinolona, Terapias com uso de Clofazimina, Hidroxicloroquina, Sulfasalazina e a Colchicina, Combinação de Triancinolona Intralesional com clofazimina ou Dapsona.
Queilite Simples	Clima frio/seco, lambeduras dos lábios.	Laboral/Jovens	Rachaduras, fissuras ou descamação dos lábios.	Hidratação.

Fonte: Produção dos autores (ALMEIDA, J.H.O; PINHEIRO, E.D., 2022)

Com base neste estudo, conclui-se que a assertividade no diagnóstico e no manejo clínico da QE é um desafio, uma vez que, os sinais clínicos não são associados aos fatores etiológicos na grande maioria das vezes, fazendo-se necessária a implementação de um correto diagnóstico, descartando a hipótese de outras afecções, tendo sempre uma atenção acurada na anamnese aos sinais correlacionados a apresentação clínica, bem como na escolha terapêutica adequada e prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, P.C.; Vidal, T.A.M.; Gurgel, S.A.C.; Ramos, G.A.E.; Junior, B.A.D.A.; Ramalho, P.M.L.; Santos, D.N.J. Actinic Cheilitis: a study of 35 cases highlighting morphological features. RPG Graduate Journal, v.19, n.1, p. 21-27, 2012. ISSN 0104-5695.

2. Thongprasom, K. Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report. Acta Stomatologica Croatica, v.50, n.2, p. 158-161, 2016. doi: 10.15644/asc50/219.

3. Barros, C.C.; Cavalcante, L.B.S.; Souza, L.B.; Oliveira, P.T.; Medeiros, A.M.C.; Silveira, E.J.D. Queilite esfoliativa: diagnóstico diferencial e tratamento. Revista Cubana de Estomatologia, vol. 55, n. 3, p. 1-14, 2018.

4. Zhang Q.Q.; XU P.; Sun C.; Liu L.J.; Jiang W.W. Tropical tacrolimus with diferente frequency for exfoliative cheilitis: a pilot study. Journal ol Dermatological Treatment, pag. 1-5, 2020. doi: 10.1080/09546634.2020.1771258.

5. Daley, T.D.; Gupta, A.K. Exfoliative Cheilitis. Journal of Oral Pathology & Medicine, v.24, n.4, p. 177-9, 1995. doi: 10.1111/j.1600-0714.1995.tb01161.x.

6. Connolly, M.; Kennedy, C. Exfoliative Cheilitis successfully treated with topical tocrolimus. British Journal of Dermatology, v.151, n.1, p. 241-2, 2004. doi: 101111/J.1365-2133.2004.06043.x.

7. Bhatia, B.K; Bahr, B.A.; Murase, J.E. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis. Internacional Journal ol Womens Dermatology, v.1, n.2, p. 95-98, 2015. doi: 10.1016/j.ijwd.2015.01.006.

8. Lugovic-Mihic, L.; Crnaric, I.; Situm, M.; Duvanic, T. Differential Diagnosis of Cheilitis – How to classify cheilitis? Acta Clin Croat, v.57, n.2, p. 342-351, 2018. doi: 10.20471/acc.2018.57.02.16.

9. Mamlouk, S.; Wielockx, B. Hypoxia-inducible factors as key regulators of tumor inflammation. International Journal of câncer, v.132, v.12, p. 2721-9, 2013. doi: 10.1002/ijc.27901.

10. Barros, C.C.; Medeiros, C.K.; Rolim, L.S.; Cavalcante, I.L.; Santos, P.P.; Silveira, E.J.; Oliveira, P.T. A retrospective 11-year study on lip lesions attended at an oral diagnostic service. Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal, v.25, n.3, p. e370-e374, 2020. doi:10.4317/medoral.23390.

11. Kumar, A.; Birnbaum, M.D.; Patel, D.M.; Morgan, W.M.; Singh, J.; Barrientos, A.; Zhang, F. Posttranslational arginylation enzyme Ate1 affects DNA mutagenesis by regulating stress response. Cell Death Dis, v.7, n.9, p. e2378, 2016. doi: 10.1038/cddis.2016.284.

12. Liu J.; Shi L.; Wang X.; Wu F.; Hu M.; He J.; Lin M.; Wang H.; Zhou H. Tacrolimus 0,03% ointment treatment in exfoliative cheilitis: A randomised controlled clinical trial and monitoring blood concentration. Journal of Oral Pathology & Medicine, v.50, n.2, p. 251-259, 2021. doi: 10.1111/jop.13142.

13. Taniguchi, S.; Kono, T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. Dermatology, v.196, n.2, p. 253-5, 1998. doi: 10.1159/000017886.

14. Girijala, R.L.; Falkner, R.; Dalton, S.R.; Martin, B.D. Exfoliative Cheilitis as a Manifestation of Factitial Cheilitis. Cureus, v.10, n.5, p. e2565, 2018. doi: 10.7759/cureus.2565.

15. Almazrooa, S.A.; Woo S.B.; Mawardi, H.; Treister, N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. Oral Surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, v.116, n.6, p. 458-9, 2013.doi: 10.1016/j.oooo.2013.08.016.

16. Abraham, I.D.; Martin, C.I.; Bosch, W.; Bruce, J.A.; Estrada, G. A.; Sokumbi, O. Exfoliative Cheilitis related to psychologia factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation. Dermatology Online, v.27, n.6, 2021. doi:10.5070/D327654067.

17. Leyland, L.; Field, E.A. Case report: exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. Dent Update, v.31, n.9, p. 524-6, 2004. doi: 10.12968/denu.2004.31.9.524.

18. Lópes-Torres Hidalgo, J.; García Atienza, E.M.; Sáez Moreno, M.Á.; Castaño Diaz, M. Queilite exfoliativa/Exfoliative cheilitis. Revista Clínica de Medicina de Família, v. 12, n. 1, 2019.

19. Samimi M. Cheilitis: diagnosis and treatment. Presse Med. 2016;45:240-50. doi: 10.1016/j.lpm.2015.09.024.

20. Silveira, E. J. D.; Lopes, M. F. F.; Silva, L. M. M.; *et al*. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 45, n. 3, p. 233–238, 2009.

21. Lucena, E.E,S.; Costa, D.C.B,; Silveira, E.J.D.; Lima, K.C. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. Oral Dis. 2012;18:575-9.

22. Dutra, Nascimento, Soares. Actinic cheilitis: A case report and a review of the literature. p. 3. Rev Odonto Cienc 2016;31(1):45-47.

23. Brito, L.N.S.; Bonfim, A.C.E.A.; Gomes, D.Q.C.; Alves, P.M.; Nonaka, C.F.W.; Godoy, G.P. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. Revista de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, v. 48, n. 5, 2019.

24. Sugaya, N.; Migliari, D. Cheilitis Glandularis of Both Lips: Successful Treatment with a Combination of an Intralesional Steroid Injection and Tacrolimus Ointment. Case Reports in Dentistry, 2018. doi: 10.1155/2018/9169208.

25. Rosinska- Wieckowic, A.; Misterska, M.; Bartoszak, L.; Zaba, R. Cheilitis – case study and literature review. Postepy Dermatology and Allergology, v.28, n. 3, p. 231-239, 2011.

26. O'gorman, Susan M; Torgerson, Rochelle R. Contact allergy in cheilitis. International Journal of dermatology, v.55, n. 7, p. e386-e391, 2016. doi: 10.1111/ijd.13044.

27. Jamil, R.T.; Agrawal, M.; Gharbi, A.; Sonthalia, S. Cheilitis Granulomatosa. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021. PMID: 29261927.

28. Sarkar, S, Gosh, S, Sengupta, D. Clinically granulomatous cheilitis with plasma cells. Indian Dermatol Online J. 2016;7:96-8.

29. Fonseca, A.; Jacob, S.E.; Sindle, A. Art of prevention: Practical interventions in lip-licking dermatitis. International Journal of Women's Dermatology, v.6, n.5, p. 377-380, 2020. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.06.001.

30. Freitas, T., Silva, G., Beneti., Bernardes, A. Tratamento de queilite angular: relato de caso clínico. **Archives of health investigation, 2**. (2013). O-OO4G.

31. Mani, S.A; Shareef, B.T. Exfoliative cheilitis: report of a case. Journal of the Canadian Dental Association, v. 73, n. 7, p. 629-632, 2007. PIMD: 17868515.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A assertividade no diagnóstico e no manejo clínico da QE é um desafio, visto que a condição na grande maioria das vezes pode causar confundimento com outras condições irritativas dos lábios.
- Os sinais clínicos associados aos fatores etiológicos são necessários para a implementação de um diagnóstico correto, descartando a hipótese de outras afecções com uma atenção acurada na anamnese aos sinais correlacionados a apresentação clínica.
- O conhecimento das escolhas terapêuticas adequadas é indispensável para o tratamento da QE e seu prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, I.D.; MARTIN, C.I.; BOSCH, W.; BRUCE, J.A.; ESTRADA, G. A.; SOKUMBI, O. Exfoliative Cheilitis related to psychologia factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation. **Dermatology Online**, v.27, n.6, 2021. doi:10.5070/D327654067.

ALMAZROOA, S.A.; WOO S.B.; MAWARDI, H.; TREISTER, N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. **Oral Surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v.116, n.6, p. 458-9, 2013.doi: 10.1016/j.oooo.2013.08.016.

ARAÚJO, P.C.; VIDAL, T.A.M.; GURGEL, S.A.C.; RAMOS, G.A.E.; JUNIOR, B.A.D.A.; RAMALHO, P.M.L.; SANTOS, D.N.J. Actinic Cheilitis: a study of 35 cases highlighting morphological features. **RPG Graduate Journal**, v.19, n.1, p. 21-27, 2012. ISSN 0104-5695.

BARROS, C.C.; CAVALCANTE, L.B.S.; SOUZA, L.B.; OLIVEIRA, P.T.; MEDEIROS, A.M.C.; SILVEIRA, E.J.D. Queilite esfoliativa: diagnóstico diferencial e tratamento. **Revista Cubana de Estomatologia**, vol. 55, n. 3, p. 1-14, 2018.

BARROS, C.C.; MEDEIROS, C.K.; ROLIM, L.S.; CAVALCANTE, I.L.; SANTOS, P.P.; SILVEIRA, E.J.; OLIVEIRA, P.T. A retrospective 11-year study on lip lesions attended at an oral diagnostic service. **Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal**, v.25, n.3, p. e370-e374, 2020. doi:10.4317/medoral.23390.

BHATIA, B.K; BAHR, B.A.; MURASE, J.E. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis. **Internacional Journal ol Womens Dermatology**, v.1, n.2, p. 95-98, 2015. doi: 10.1016/j.ijwd.2015.01.006.

BRITO, L.N.S.; BONFIM, A.C.E.A.; GOMES, D.Q.C.; ALVES, P.M.; NONAKA, C.F.W.; GODOY, G.P. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. **Revista de Odontologia da Universidade Estadual Paulista**, v. 48, n. 5, 2019. https://doi.org/10.1590/1807-2577.00519.

CONNOLLY, M.; KENNEDY, C. Exfoliative Cheilitis successfully treated with topical tocrolimus. **British Journal of Dermatology**, v.151, n.1, p. 241-2, 2004. doi: 101111/J.1365-2133.2004.06043.x.

DALEY, T.D.; GUPTA, A.K. Exfoliative Cheilitis. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v.24, n.4, p. 177-9, 1995. doi: 10.1111/j.1600-0714.1995.tb01161.x.

DUTRA, Nascimento, Soares. Actinic cheilitis: A case report and a review of the literature. p. 3. **Rev Odonto Cienc** 2016;31(1):45-47.

FONSECA, A.; JACOB, S.E.; SINDLE, A. Art of prevention: Practical interventions in lip-licking dermatitis. **International Journal of Women's Dermatology**, v.6, n.5, p. 377-380, 2020. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.06.001.

FREITAS, T., SILVA, G., BENETI., & BERNARDES, A. Tratamento de queilite angular: relato de caso clínico. **Archives of health investigation, 2**. (2013). O-OO4G.

FREITAS, T.M.C; MEDEIROS, A.M.C; OLIVEIRA, P.T; LIMA, K.C. Síndrome de Sjögren: revisão de literatura e acompanhamento de um caso clínico. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70, n.2, 2004. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000200023

GIRIJALA, R.L.; FALKNER, R.; DALTON, S.R.; MARTIN, B.D. Exfoliative Cheilitis as a Manifestation of Factitial Cheilitis. **Cureus**, v.10, n.5, p. e2565, 2018. doi: 10.7759/cureus.2565.

JAMIL, R.T.; AGRAWAL, M.; GHARBI, A.; SONTHALIA, S. Cheilitis Granulomatosa. **In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2021. PMID: 29261927.

KUMAR, A.; BIRNBAUM, M.D.; PATEL, D.M.; MORGAN, W.M.; SINGH, J.; BARRIENTOS, A.; ZHANG, F. Posttranslational arginylation enzyme Ate1 affects DNA mutagenesis by regulating stress response. **Cell Death Dis**, v.7, n.9, p. e2378, 2016. doi: 10.1038/cddis.2016.284.

LEYLAND, L.; FIELD, E.A. Case report: exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. **Dent Update**, v.31, n.9, p. 524-6, 2004. doi: 10.12968/denu.2004.31.9.524.

LIU J.; SHI L.; WANG X.; WU F.; HU M.; HE J.; LIN M.; WANG H.; ZHOU H. Tacrolimus 0,03% ointment treatment in exfoliative cheilitis: A randomised controlled clinical trial and monitoring blood concentration. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v.50, n.2, p. 251-259, 2021. doi: 10.1111/jop.13142.

LÓPES-TORRES HIDALGO, J.; GARCÍA ATIENZA, E.M.; SÁEZ MORENO, M.Á.; CASTAÑO DÍAZ, M. Queilite exfoliativa/Exfoliative cheilitis. **Revista Clínica de Medicina de Família**, v. 12, n. 1, 2019.

LÓPEZ SÁNCHEZ, A.F.; SOBRINHO DEL RIEGO, J.A.; Tratamiento de las lesiones frecuentes de la mucosa bucal. v. 1728, p. 27-34, 2009. http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1728/27/00270034_LR.pdf.

LUCENA, E.E,S.; Costa, D.C.B,; Silveira, E.J.D.; Lima, K.C. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. **Oral Dis**. 2012;18:575-9.

LUGOVIC-MIHIC, L.; CRNARIC, I.; SITUM, M.; DUVANIC, T. Differential Diagnosis of Cheilitis – How to classify cheilitis? **Acta Clin Croat**, v.57, n.2, p. 342-351, 2018. doi: 10.20471/acc.2018.57.02.16.

MAMLOUK, S.; WIELOCKX, B. Hypoxia-inducible factors as key regulators of tumor inflammation. **International Journal of câncer**, v.132, v.12, p. 2721-9, 2013. doi: 10.1002/ijc.27901.

MANI, S.A; SHAREEF, B.T. Exfoliative cheilitis: report of a case. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 73, n. 7, p. 629-632, 2007. PIMD: 17868515.

MARI, C.R.D.; AMARAL, C.B.; WITTKE, E.I.; ROCHA, D.S.; CASTILHOS, M.; BIALESKI, N. Queilite Granulomatosa. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, vol. 30, n. 1e 2, p. 65-68, 2004. doi: https://doi.org/10.5902/223658346395.

NEVILLE, B.W.; Damm, D.D.; Allen, C.M; Bouquot, J.E.: Físico e lesões químicas. In: **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. ST Louis, MO Saunders; 2009: 304-305.

O'GORMAN, Susan M; TORGERSON, Rochelle R. Contact allergy in cheilitis. **International Journal of dermatology**, v.55, n. 7, p. e386-e391, 2016. doi: 10.1111/ijd.13044.

PIGATTO, P.D; BERTI, E; SPADARI, F; BOMBECCARI, GP; GUZZI, G. Photoletter to the editor: Exfoliative cheilitis associated with titanium dental implants and Mercury amalgam. **Dermatology Case Reports Journals**, v. 5, n. 4, p. 89-90. doi:10.3315/jdcr.2011.1084.

REICHART, P.A.; Weigel, D.; Schmidt-Westhausen, A.; Pohler, H.D.: Exfoliative cheilítis (EC) in AIDS: Association with Candida infeccion**. Journal of Oral Pathology & Medicine** 1997. 26(6): 290-293.

ROCHA, A.F.L.; LANÇA, M.L.A.; FERRISSE, T.M.; LEÓN, J.E.; NAVARRO, C.M. Influência do tabaco na transformação maligna da queilite actinica. **Revista de Odontologia da Universidade Estadual Paulista**, vol.48, n. especial, p.14, 2019.

ROSINSKA-WIECKOWIC, A.; MISTERSKA, M.; BARTOSZAK, L.; ZABA, R. Cheilitis – case study and literature review. **Postepy Dermatology and Allergology**, v.28, n. 3, p. 231-239, 2011.

SARKAR, S, Gosh, S, Sengupta, D. Clinically granulomatous cheilitis with plasma cells. **Indian Dermatol Online J**. 2016;7:96-8.

SILVEIRA, E. J. D.; Lopes, M. F. F.; Silva, L. M. M.; *et al*. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 45, n. 3, p. 233–238, 2009.

SUGAYA, N.; MIGLIARI, D. Cheilitis Glandularis of Both Lips: Successful Treatment with a Combination of an Intralesional Steroid Injection and Tacrolimus Ointment. **Case Reports in Dentistry**, 2018. doi: 10.1155/2018/9169208.

TANIGUCHI, S.; KONO, T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. **Dermatology**, v.196, n.2, p. 253-5, 1998. doi: 10.1159/000017886.

THONGPRASOM, K. Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report. **Acta Stomatologica Croatica**, v.50, n.2, p. 158-161, 2016. doi: 10.15644/asc50/219.

ZHANG Q.Q.; XU P.; SUN C.; LIU L.J.; JIANG W.W. Tropical tacrolimus with diferente frequency for exfoliative cheilitis: a pilot study. **Journal ol Dermatological Treatment**, pag. 1-5, 2020. doi: 10.1080/09546634.2020.1771258.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé.

Informações sobre o projeto:

Você está sendo convidado para participar de um estudo ("relato de caso"), tendo como objetivo de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas do seu caso clínico que se encontra em sua ficha de prontuário odontológico na Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande.

Quanto aos riscos de participação neste estudo é mínimo e se por ventura ocorrer alguma intercorrência, esta será revertida, garantindo a integridade física, moral e mental como participante do relato de caso. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefício o conhecimento das características clínicas e histopatológica, bem como do tratamento e proservação da Queilite Esfoliativa (QE), em função das particularidades de apresentação dessa condição, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos/UNIFIP – (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0xx(83)3471-7300 – ramal: 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisador(a) Responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Av. Mal. Floriano Peixoto, 3333, Santa Rosa, Campina Grande – PB.

Telefone para contato: (83) 3065-3881

E-mail: luanevertoncd@gmail.com

Eu, _____, portador do RG: _____, abaixo assinado, tenho recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado/a sobre o estudo;

II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

III. Ter sua privacidade respeitada;

IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;

VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa; nos termos da lei;

VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, Paraíba, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do entrevistado

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUEILITE ESFOLIATIVA: RELATO DE DOIS CASOS
Pesquisador: Luan Éverton Galdino Barnabé
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 61311222.4.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.590.431

Apresentação do Projeto:
O termo queilite vem do grego "cheilos", que significa inflamação dos lábios. A queilite esfoliativa (QE) é uma desordem inflamatória crônica comum,
que se caracteriza por uma hiperceratose e descamação persistente do vermelhão dos lábios superior, inferior ou ambos, com a formação de
crostas, sendo o inferior mais afetado. São relatados em alguns casos prurido e ardência, podendo apresentar rachaduras, sangramento e
ressecamento descamativo da zona perioral. Outras condições podem fazer diagnóstico diferencial com a QE, dentre elas, podem ser referidas as
queilites do tipo actínica, glandular, de contato, granulomatosa, plasmocitária, factícia e prurido actínico. Apesar de não possuir etiologia bem
definida, a condição tem sido associada ao estresse, transtornos de personalidade, condições psiquiátricas e ansiedade subjacentes, bem como
atividades para funcionais/facticiais, incluindo lamber os lábios inconscientemente, sucção, mordidas repetidas e mecanismos traumáticos
iniciadores, apesar disso, não são fatores responsáveis pela perpetuação da condição. A QE também pode ser proveniente de infecções fúngicas e
bacterianas, alterações climáticas, deficiência de vitaminas, manifestações de doenças sistêmicas, tais como, infecção por HIV e disfunção

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

autossômica. Diante destas várias manifestações e condições similares é difícil diferenciar com precisão os tipos de queilite, sendo necessário meios
auxiliares de diagnóstico para determinar a doença exata com base em suas características clínicas. Uma avaliação detalhada é muitas vezes
necessária para excluir possibilidades e fechar o diagnóstico. Diante disso, o objetivo do presente estudo será avaliar os parâmetros clínicos e histopatológicos de dois casos de QE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar diagnóstico e tratamento de dois casos de queilite esfoliativa.

Objetivo Secundário:

• Caracterizar os aspectos clínicos dos pacientes;• Avaliar os aspectos histopatológicos;• Estabelecer um protocolo de tratamento com base na
utilização de Clobetasol;• Avaliar o prognóstico após o tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para o desenvolvimento desses casos são mínimos sendo caracterizados pelo procedimento cirúrgico e fornecimento de informações
pelos pacientes. Tais riscos serão minimizados por uma abordagem cirúrgica menos invasiva e coleta de dados em ambiente fechado apenas com o
pesquisador e os responsáveis.

Benefícios:

Como benefícios, será estabelecido o processo de diagnóstico e tratamento dos paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante pois apresenta uma análise sobre a QUEILITE ESFOLIATIVA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos estão corretos e seguem a norma 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Recomendações:

Visualizar Texto Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho atende as exigências metodológicas e documentais para a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos , considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução. Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil, cujo encaminhamento deve ser feito em até 60 dias.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1994932.pdf	05/08/2022 19:22:04		Aceito
Outros	Instrumento.pdf	05/08/2022 19:20:54	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/08/2022 19:19:17	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAO.pdf	05/08/2022 19:18:22	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADOR.pdf	05/08/2022 19:16:55	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/08/2022 19:15:32	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/08/2022 19:15:17	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/08/2022 19:12:56	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	05/08/2022 19:09:11	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 18 de Agosto de 2022

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

ANEXO B- LAUDOS HISTOPATOLÓGICOS

UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 21/219
REQUISITADO POR: Dr. Luan Éverton Barnabé (FIP – Campina Grande)

NOME DO(A) PACIENTE: Felipe Beltrano de Araújo Albuquerque

LOCALIZAÇÃO: Lábios (superior e inferior)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Queilite esfoliativa

EXAME MICROSCÓPICO:

Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina, revelam fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado, com padrão de maturação predominantemente paraceratinizado, exibindo áreas de hiperplasia, acantose, degeneração hidrópica, espongiose, exocitose e hiperparaceratose. O tecido conjuntivo subjacente, de densidade variável, revela fibras colágenas entremeadas por fibroblastos e vasos sanguíneos de calibres diversos, alguns dos quais ingurgitados. Em posição justaepitelial, constata-se discreto infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear. Feixes musculares estriados, tecido adiposo, fascículos nervosos, ocasionais melanófagos, colônias de microrganismos e extravasamento hemorrágico completam o quadro microscópico analisado.

DIAGNÓSTICO: Vide descrição

Campina Grande, 01 de setembro de 2021

Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
Patologista Oral

UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 21/336
REQUISITADO POR: Dr. Luan Éverton Barnabé (FIP – Campina Grande)

NOME DO(A) PACIENTE: Estefanny Laryssa da Costa Alves

LOCALIZAÇÃO: Lábios (superior e inferior)/ região perioral

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Queilite esfoliativa

EXAME MICROSCÓPICO:

Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina, revelam fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado, com padrão de maturação predominantemente paraceratinizado, exibindo áreas de hiperplasia, acantose, degeneração hidrópica, exocitose, espongiose e hiperparaceratose. Ao longo da camada basal, podem ser observados ceratinócitos exibindo grânulos acastanhados intracitoplasmáticos, compatíveis com melanina. O tecido conjuntivo subjacente, de densidade variável, revela fibras colágenas entremeadas por fibroblastos e vasos sanguíneos de calibres diversos, alguns dos quais congestos. Em posição justaepitelial, constata-se discreto infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear. Feixes musculares estriados, fasciculos nervosos, ocasionais melanófagos e extravasamento hemorrágico completam o quadro microscópico analisado.

DIAGNÓSTICO: Vide descrição

Campina Grande, 24 de setembro de 2021

Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
Patologista Oral

ANEXO C- NORMAS DA REVISTA

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em português, nas categorias listadas abaixo. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos.

a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;

b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao sintetizar os resultados de estudos primários, sejam eles qualitativos e/ou quantitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir a sequência do PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; & nbsp;6: e1000097. doi:10.1136/bmj.b2535.). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos estudos originais, o crit&eacut e;rio de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

e) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Página de rosto

a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

b) título completo em português e inglês, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica;

c) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 50 caracteres, em português e inglês;

d) nome de todos os autores por extenso. Não abreviar o prenome. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

e) Informar a afiliação institucional atual em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas, além da cidade, estado e país de todos os autores e com endereços completos. NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc). Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados por extenso e no idioma original da instituição.

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

g) informar e-mail de todos os autores

h) Informar explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita - primeira redação, escrita - revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação e visualização. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID®. Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <https://orcid.org/register>. O registro é gratuito.

Resumo

Todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme ou Medical Subject Heading (MeSH).

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

Introdução

Deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão

da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados

Devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas,

quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 6 (seis), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item Referências e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma, no momento da submissão.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição, respeitando-se as seguintes medidas:

Formato retrato: uma coluna (7,5cm); duas colunas (15cm). Formato paisagem: uma coluna (22 x 7,5cm); duas colunas (22 x 15cm).

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.

Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.

As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Inclua sempre que necessário notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.

Caso haja utilização de ilustrações publicadas em outras fontes bibliográficas, é obrigatório anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e ser citada a devida fonte.

O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, 20% dos últimos 2 anos.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo https://doi.org/...

Citações bibliográficas no texto: Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [1,2], [1-3]), após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Revistas

Ledonio CG, Burton DC, Crawford CH 3rd, Bess RS, Buchowski JM, Hu SS, et al. Current evidence regarding diagnostic imaging methods for pediatric lumbar spondylolysis: a report from the scoliosis Research Society Evidence-Based Medicine Committee. Spine Deform. 2017 Mar;5(2):97-101. doi: 10.1016/j.jspd.2016.10.006

Scott RA. Capital allowances for dentists. Br Dent J. 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver).