

BMJ Best Practice

Queilite angular

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	13
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Acompanhamento	20
Recomendações	20
Complicações	20
Prognóstico	20
Nível de evidência	22
Referências	23
Imagens	25
Aviso legal	27

Resumo

- ◇ Inflamação dos ângulos da boca, caracterizada por fissuras, descamação, eritema e crostas.
- ◇ A etiologia é multifatorial e inclui fatores mecânicos, agentes infecciosos, deficiências nutricionais ou afecções dermatológicas inflamatórias.
- ◇ O diagnóstico é realizado clinicamente; entretanto, exames laboratoriais ajudam a identificar a etiologia.
- ◇ A terapia bem-sucedida baseia-se na identificação e correção de todos os fatores dessa afecção multifatorial.

Definição

A queilite angular é a inflamação dos ângulos da boca, caracterizada por fissuras, descamação, eritema e crostas.[1] A causa é geralmente multifatorial e decorrente de uma infecção primária ou de um agente não infeccioso, como irritação mecânica, deficiência nutricional ou outra afecção dermatológica.[2]

[Fig-1]

[Fig-2]

Epidemiologia

A prevalência é de 7 em 1000 e a afecção é observada mais frequentemente em idosos.[4] A incidência aumenta cerca de 3 vezes em usuários de dentaduras e quase 2 vezes em homens.[5] Dos pacientes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), 10% podem apresentar uma infecção oportunista com *Candida albicans*, suspeita de queilite angular.[6] A queilite angular foi detectada em 7.8% dos pacientes com doença de Crohn e em 5% dos pacientes com colite ulcerativa.[7]

Etiologia

A afecção tem origem multifatorial e estão implicados 4 grupos principais, combinados ou isolados. As lesões unilaterais são geralmente induzidas por trauma e de pequena duração, enquanto as lesões bilaterais frequentemente representam uma causa infecciosa ou doença subjacente.[3]

- Agentes infecciosos: *Candida albicans* e *Staphylococcus aureus* são frequentemente isolados sozinhos ou em combinação.[3] [8] [9] *C. albicans* é frequentemente isolada em pacientes que usam dentaduras ou em pessoas com diabetes. A queilite angular associada à candidíase pode ser uma manifestação de uma deficiência imunológica subjacente como vírus da imunodeficiência humana (HIV), diabetes mellitus ou doença granulomatosa crônica. Em surtos de queilite pustular e fissurada aguda em crianças, foram isolados estafilococos e estreptococos.[10]
- Fatores mecânicos: a maceração do epitélio comissural é frequentemente a causa primária de queilite não infecciosa, causada por trauma odontológico, fio dental, salivagem excessiva, sialorreia, hábito de lamber e dentaduras mal encaixadas.[2] [9] [11] O processo de envelhecimento causa alterações anatômicas resultantes, incluindo a perda da dimensão vertical entre a mandíbula e o maxilar, e dobras de pele salientes. Essas alterações podem causar queilite angular.[12] Na síndrome de Down, o prognatismo (protusão da mandíbula) e a hipersalivação podem causar queilite.[13] A xerostomia (boca seca), isolada ou como parte da síndrome de Sjögren, também pode causar queilite.[9] Em crianças, o comportamento de lamber os lábios e chupar os dedos também pode ser uma causa.
- Deficiência nutricional: há evidências de que as causas podem ser deficiências de riboflavina, niacina, folato, ferro, vitamina B12 e zinco e desnutrição proteica em geral.[2] [9] Transtornos alimentares ou história de nutrição parenteral total também podem ser fatores associados subjacentes.
- Doenças de pele inflamatórias crônicas: dermatite atópica, dermatite perioral e dermatite alérgica de contato nas comissuras podem causar queilite angular.[11] [14]
- Outros fatores: a doença de Crohn ou a granulomatose orofacial podem ser encontradas em uma minoria bastante pequena de pacientes com queilite angular.[7] [11] Uma causa rara é a presença de seios paranasais de origem embrionária nos ângulos da boca.[11]

Fisiopatologia

A maceração decorrente de vários fatores etiológicos causa uma ruptura da barreira epidérmica e proporciona um ambiente ideal para organismos fúngicos e bacterianos.[2] Pacientes edêntulos apresentam reabsorção óssea da mandíbula, e isso também resulta em flacidez do tecido facial e dobras excessivas nas comissuras. O acúmulo de saliva e o aprisionamento de umidade proporcionam um ambiente ideal para infecções oportunistas secundárias.

Classificação

Classificação clínica[3]

- Uma rágade única (fissura dolorosa)
- Uma rágade única, profunda e longa acompanhando uma dobra na pele
- Várias rágades irradiando dos cantos da boca
- Eritema da pele adjacente aos cantos da boca sem rágades.

Prevenção primária

A boa higiene bucal e o encaixe adequado das dentaduras reduzem a incidência de queilite angular.

Prevenção secundária

Recomenda-se a utilização de goma de mascar de xilitol ou vaselina nas dobras dos lábios para evitar maceração.^[22]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 73 anos apresenta vermelhidão apenas nos cantos da boca. Ele usa dentaduras. O exame físico revela fissura e crostas nos ângulos da boca, com eritema palatal. As investigações laboratoriais estão normais para zinco, ferro, folato, riboflavina, niacina e vitamina B12, e uma cultura fúngica do ângulo da boca revela crescimento de *Candida albicans*.

Outras apresentações

As formas mais graves geralmente apresentam vários sulcos ou fissuras irradiando do ângulo da boca.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é geralmente realizado por meio de história e exame físico apenas; entretanto, exames laboratoriais de apoio podem ajudar a identificar as etiologias que contribuem para o quadro, especialmente quando este for refratário ao tratamento empírico. Geralmente, exames laboratoriais e investigações adicionais são realizados apenas após falha do tratamento.

História

O primeiro passo é obter uma história minuciosa, com ênfase na identificação da história médica, como:

- Afecções de pele crônicas
- Doença inflamatória intestinal
- Medicamentos que causam xerostomia
- Diabetes mellitus
- História de uso de dentadura
- Cuidados orais
- Transtornos alimentares
- História de nutrição parenteral total
- História de refluxo gastroesofágico
- Diarreia.

Também é importante identificar qualquer erupção cutânea como pruriginosa ou não pruriginosa. É importante observar a idade e o sexo do paciente, uma vez que homens idosos são mais inclinados a desenvolver queilite angular.

Exame oral

O segundo passo é um exame minucioso da cavidade oral, verificando qualquer sinal de eritema, candidíase, xerostomia ou alterações anormais da mucosa, como erosões palatais. Recomenda-se um encaminhamento ao dentista para avaliar o cuidado bucal do paciente, os dentes, as gengivas, o fechamento da boca, os lábios e a língua.^[16]

[Fig-1]

[Fig-2]

Fissuras vermelhas dolorosas características podem ser identificadas no canto da boca. Os 4 padrões clínicos possíveis são:[3]

- Uma rágade única (fissura dolorosa)
- Uma rágade única, profunda e longa acompanhando uma dobra na pele
- Várias rágades irradiando dos cantos da boca
- Eritema da pele adjacente aos cantos da boca sem rágades.

Se o exame físico revelar eritema palatal, então a estomatite causada por dentaduras é geralmente proveniente de candidíase.[2] [11] Se houver cáries dentárias, um transtorno alimentar é uma etiologia possível. Uma deficiência nutricional subjacente pode frequentemente revelar-se através do exame físico da língua.[2] [11] O exame físico da língua pode revelar o seguinte:

- Úlceras aftosas ou língua pálida e sem papilas na deficiência de ferro com ou sem anemia
- Uma língua vermelha, lisa e sem papilas na deficiência de folato ou niacina
- Uma língua atrofica e vermelha na deficiência de vitamina B12
- Uma língua avermelhada a roxa e sem papilas na deficiência de riboflavina.

A deficiência de riboflavina também produz lábios vermelhos, brilhantes e macios quando associada à queilite angular; essa combinação tem sido chamada de queilose.

A queilite angular acompanhada por alopecia, diarreia e ulcerações orais sugere uma deficiência de zinco.

Uma dermatite eczematosa pode se estender abaixo da bochecha ou do queixo, como na reação eczematóide infecciosa, ou como uma reação a medicamentos tópicos. Prurido intenso indicaria dermatite alérgica de contato.

Avaliações laboratoriais e dentais

Geralmente, exames laboratoriais e investigações adicionais são realizados apenas após falha do tratamento. Recomenda-se culturas bacteriológicas e micológicas, incluindo amostragem das superfícies mucosas cobertas por dentaduras (ou seja, mucosa oral) e das narinas para identificar a colonização estafilocócica. A coleta de amostras de sangue para hemograma completo, glicose sanguínea em jejum, folato, ferro, zinco, riboflavina, niacina e vitamina B12 é indicada para descartar síndromes de deficiência.

A queilite angular associada à candidíase resistente à terapia pode incitar a investigação de uma deficiência imunológica subjacente, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV). O teste de contato pode ser indicado em pacientes com doença recalcitrante para evitar alérgenos potenciais, e no caso de doença unilateral recalcitrante, a biópsia de tecido é recomendada para descartar malignidades.

Fatores de risco

Fortes

idade superior a 75 anos

- Mais comum em idosos.[5]

sexo masculino

- Há um aumento 2 vezes maior em homens.[5]

dentaduras

- As chances aumentam 3 vezes em usuários de dentaduras.[5]
- A má higiene da dentadura pode causar lesão da mucosa ou infecção.

imunodeficiência

- Frequentemente presente em pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV); 10% podem apresentar candidíase localizada.[6]
- Medicamentos imunossupressores (por exemplo, quimioterapia) também aumentam o risco.

Síndrome de Down

- Observada em 25% dos pacientes com trissomia do cromossomo 21.[13]

xerostomia

- Xerostomia isolada ou como parte da síndrome de Sjögren.[9]

doença de pele inflamatória crônica

- Dermatite atópica, dermatite perioral e dermatite alérgica de contato nas comissuras podem causar queilite angular.[11] [14]
- Uma dermatite eczematosa pode aparecer na bochecha ou queixo, como na reação eczematoide infecciosa, ou como uma reação a medicamentos tópicos.

diabetes mellitus

- Mais comum em pessoas com diabetes insulino dependente.[15]
- Em pessoas com diabetes, a queilite angular é mais comumente associada com *Candida albicans*. [15]

Fracos**Doença de Crohn**

- A doença de Crohn ou a granulomatose orofacial podem ser encontradas em uma minoria de pacientes com queilite angular.[7] [11]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os fatores de risco incluem idade acima de 75 anos, sexo masculino, presença de dentaduras, deficiência imunológica, síndrome de Down, xerostomia, diabetes e doença de pele inflamatória crônica.

dentaduras com eritema palatal (comum)

- Sugere estomatite por dentadura e possível candidíase.[2] [11]

candidíase oral (comum)

- Sugere Candida albicans como a etiologia.[2]

Outros fatores de diagnóstico**prurido (comum)**

- Se intenso, indica dermatite alérgica de contato.

fissuras vermelhas e doloridas (comum)

- Aparecem no canto da boca como fissura única, fissura única profunda e longa acompanhando dobras na pele, várias fissuras irradiando dos cantos da boca ou eritema da pele adjacente aos cantos da boca sem fissuras.

dermatite eczematosa da parte inferior da face (comum)

- Sugere uma infecção estafilocócica como a etiologia.
- Também pode ser uma reação medicamentosa.

medicamentos específicos (incomum)

- Alguns medicamentos podem induzir a xerostomia ou queilite angular.
- O sorafenibe (inibidor da multiquinase) tem sido relatado como desencadeante de queilite angular.

história de doença inflamatória intestinal (incomum)

- Podem ocorrer sintomas gastrointestinais, como diarreia, constipação ou sangue nas fezes.

história de refluxo gastroesofágico (incomum)

- Pode haver história de refluxo gastroesofágico.

história de nutrição parenteral total (incomum)

- Pode estar associada à desnutrição.

história de transtornos alimentares (incomum)

- Na presença de cáries dentárias, um transtorno alimentar é uma etiologia possível.

alopécia (incomum)

- Fissuras com alopecia, diarreia e ulcerações orais sugerem deficiência de zinco.[2]

constipação/diarreia (incomum)

- Pode ocorrer secundariamente à doença inflamatória intestinal ou deficiência de zinco.[2]
- Fissuras com alopecia, diarreia e ulcerações orais sugerem deficiência de zinco.

sangue nas fezes (incomum)

- Pode ocorrer secundariamente à doença inflamatória intestinal.

úlceras aftosas (incomum)

- Indicam deficiência de ferro com ou sem anemia.
- Fissuras com alopecia, diarreia e ulcerações orais sugerem deficiência de zinco.

língua pálida, sem papilas e atrófica (incomum)

- Sugere deficiência de ferro.[2]

língua vermelha, brilhante e sem papilas (incomum)

- Sugere deficiência de folato ou niacina.[2]

língua vermelha e atrófica (incomum)

- Sugere deficiência de vitamina B12.[2]

língua avermelhada a roxa e sem papilas (incomum)

- Sugere deficiência de riboflavina.[2]

lábios macios, vermelhos e brilhantes (incomum)

- Sugere deficiência de riboflavina.[2]

cárie dental (incomum)

- O distúrbio alimentar é uma etiologia possível se for observada alguma cárie dentária no exame físico.

erosões palatais (incomum)

- Alterações anormais na mucosa, como erosões palatais, podem ser observadas ao exame físico.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é geralmente realizado por meio de história e exame físico apenas; entretanto, exames laboratoriais de apoio podem ajudar a identificar as etiologias que contribuem para o quadro, especialmente quando este for refratário ao tratamento empírico. 	geralmente, os exames laboratoriais são realizados apenas após falha do tratamento

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
cultura fúngica <ul style="list-style-type: none"> • A amostra deve incluir as superfícies mucosas cobertas por dentaduras.[16] • Pode ser positiva se a etiologia for infecciosa. 	positivo para Candida albicans
cultura bacteriana <ul style="list-style-type: none"> • As amostras incluem as superfícies mucosas cobertas por dentaduras (ou seja, mucosa oral) e as narinas para identificar a colonização estafilocócica.[16] • Pode ser positiva se a etiologia for infecciosa. 	positivo para infecção por Staphylococcus aureus

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Útil para descartar a contribuição de síndromes de deficiência e para guiar o tratamento.[16] Pode estar baixo se a etiologia for deficiência nutricional. 	hemoglobina (Hb) diminuída se houver deficiência nutricional
painel do ferro sérico <ul style="list-style-type: none"> O painel deve incluir ferro, TIBC, saturação de ferro e níveis de ferritina.[16] Pode estar baixo se a etiologia for deficiência nutricional. 	diminuição de ferro, saturação de ferro, e ferritina; capacidade total de ligação do ferro (TIBC) aumentada
vitamina B12 sérica <ul style="list-style-type: none"> Útil para descartar a contribuição da deficiência de vitamina B12 e para guiar o tratamento.[16] Pode estar baixo se a etiologia for deficiência nutricional. 	diminuído se houver deficiência nutricional
folato sérico <ul style="list-style-type: none"> Útil para descartar a contribuição de deficiência de folato e para guiar o tratamento.[16] Pode estar baixo se a etiologia for deficiência nutricional. 	diminuído se houver deficiência nutricional
zinco sérico <ul style="list-style-type: none"> Útil para descartar a contribuição da deficiência de zinco e para guiar o tratamento.[16] Pode estar baixo se a etiologia for deficiência nutricional. 	diminuído se houver deficiência nutricional
glicemia de jejum <ul style="list-style-type: none"> Pode estar elevada no diabetes, produzindo um estado imunossuprimido.[16] 	elevada se houver diabetes
HbA1c <ul style="list-style-type: none"> Pode estar elevada no diabetes, produzindo um estado imunossuprimido.[16] 	elevada se houver diabetes
teste de HIV <ul style="list-style-type: none"> Em pacientes imunossuprimidos, a queilite angular aparece rapidamente. Em casos recorrentes ou recalcitrantes, considerar o teste.[16] 	pode ser positiva
biópsia <ul style="list-style-type: none"> Usada para descartar malignidade, especialmente se houver lesão unilateral crônica. 	pode apresentar células displásicas ou cancerígenas
teste de contato <ul style="list-style-type: none"> Pode ser indicado em pacientes com doença recalcitrante para ajudar a evitar os alérgenos. 	reações positivas se houver etiologia alérgica

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Infecção por herpes simples	<ul style="list-style-type: none">• Pode ocorrer nos cantos da boca; entretanto, a infecção é geralmente unilateral.• Essas lesões começam como máculas e depois de alguns dias tornam-se vesiculares e, então, pustulares, finalmente formando uma crosta e cicatrizando.[11] [12]	<ul style="list-style-type: none">• A reação em cadeia da polimerase para o vírus do herpes simples (HSV) é positiva.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento é frequentemente desafiador e pode ser demorado. A terapia bem-sucedida baseia-se na identificação e correção de todos os fatores dessa afecção multifatorial. O tratamento deve ser baseado na causa suspeita e não usado de forma algorítmica. Em todos os pacientes, o ideal é identificar e tratar as deficiências nutricionais.[2]

Etiologia infecciosa

As terapias de primeira linha incluem miconazol após as refeições e ao deitar para tratar a *Candida albicans*. [2] O miconazol pode ser usado para tratar infecções fúngicas e bacterianas mistas, uma vez que também possui ação bacteriostática contra Gram-positivos. O fluconazol oral é útil como alternativa de segunda linha. O miconazol é absorvido sistemicamente e pode potencializar a ação da varfarina, da fenitoína e das sulfonilureias; assim, nistatina ou anfotericina B tópicos são as terapias de primeira linha em pacientes que recebem esses medicamentos. [11] [17] [18] 1[B]Evidence Entretanto, produtos à base de anfotericina B tópica não estão atualmente disponíveis em alguns países.

Mupirocina tópica ou um composto contendo polimixina são valiosos no tratamento de colonização de estafilococos. [2] [11] [18] No caso de colonização estafilocócica das narinas, isso também deve ser erradicado.

Os pacientes com queilite angular resistente ao tratamento necessitam de terapia antifúngica sistêmica (por exemplo, fluconazol) e pastilhas à base de anfotericina B, se disponível. [19] As terapias secundárias incluem o uso de preenchimentos dérmicos nas comissuras. [20] 2[C]Evidence A avaliação e a construção de próteses são opções para pacientes idosos que sofrem de sialorreia crônica e queilite angular. [21] 3[C]Evidence Foi também descrito, para pacientes mais idosos e debilitados, um método de incorporação de uma cânula na prótese dentária para canalizar a saliva em direção à área orofaríngea. [21]

Etiologia não infecciosa

As deficiências nutricionais devem ser identificadas e corrigidas em todos os pacientes. [2]

Dependendo dos resultados do teste de contato, recomenda-se evitar o alérgeno identificado.

É vital a identificação de reservatórios crônicos de infecção, como dentaduras. Recomenda-se remover as dentaduras à noite e limpá-las bem antes de usá-las novamente pela manhã. À noite, as dentaduras podem ser guardadas em hipoclorito ou clorexidina.

A terapia crônica com corticosteroides inalatórios também pode predispor o paciente à infecção por *Candida albicans*, devido à imunossupressão. Lavar a boca após o tratamento inalatório ajudará a eliminar o acúmulo intraoral de corticosteroide. [8]

Uma diminuição na queilite angular foi observada em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos que mascavam goma contendo xilitol ou acetato de clorexidina e xilitol. [22] 4[B]Evidence

Recomenda-se reduzir o estresse mecânico, incluindo um encaminhamento ao dentista para identificação e correção de dentaduras mal encaixadas. Novas dentaduras podem restaurar os contornos faciais, aumentando a dimensão vertical das mandíbulas e da face. [12]

Mupirocina tópica ou compostos contendo polimixina são valiosos no tratamento de colonização de estafilococos das narinas de pacientes.[2] [11] [18]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)		
etiologia infecciosa		
■ sem uso concomitante de varfarina, fenitoína ou sulfonilureias	1a	miconazol tópico
	adjunto	antibacteriano tópico
	2a	fluconazol oral
	adjunto	antibacteriano tópico
■ uso concomitante de varfarina, fenitoína ou sulfonilureias	1a	nistatina tópica
	adjunto	antibacteriano tópico
etiologia não infecciosa		
	1a	manejo de suporte

Em curso (resumo)		
doença recalcitrante		
	1a	fluconazol oral
	2a	preenchimentos dérmicos
	3a	avaliação e construção de próteses

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

etiologia infecciosa

- sem uso concomitante de varfarina, fenitoína ou sulfonilureias

1a

miconazol tópico

Opções primárias

» **miconazol tópico**: crianças e adultos: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 7-14 dias

» O miconazol tópico é usado para tratar a *Candida* após as refeições e ao deitar.[2]

» Também é efetivo contra infecções mistas, pois possui uma ação bacteriostática contra Gram-positivos.

» O miconazol é absorvido sistemicamente e pode potencializar a ação da varfarina, fenitoína e sulfonilureias; assim, nistatina ou pastilhas à base de anfotericina B tópicos devem ser experimentadas primeiro em pacientes que recebem esses medicamentos.[11] [17] [18]

adjunto

antibacteriano tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **mupirocina tópica**: crianças e adultos: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) quatro vezes ao dia por 7-14 dias

» Mupirocina tópica ou um composto contendo polimixina são valiosos no tratamento de colonização de estafilococos.[2] [11] [18]

» No caso de colonização estafilocócica das narinas, isso também deve ser erradicado.

2a

fluconazol oral

Opções primárias

» **fluconazol**: crianças: 6 mg/kg por via oral em dose única no dia 1, seguidos por 3 mg/kg/dia por 13 dias; adultos: 200 mg por via oral em dose única no dia 1, seguidos por 100 mg uma vez ao dia por 13 dias

Agudo

■ uso concomitante de varfarina, fenitoína ou sulfonilureias

adjunto

» As terapias de segunda linha incluem fluconazol e pastilhas de anfotericina B.[19] Entretanto, as pastilhas não estão atualmente disponíveis em alguns países.

antibacteriano tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **mupirocina tópica**: crianças e adultos: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) quatro vezes ao dia por 7-14 dias

» Mupirocina tópica ou um composto contendo polimixina são valiosos no tratamento de colonização de estafilococos.[2] [11] [18]

» No caso de colonização estafilocócica das narinas, isso também deve ser erradicado.

1a

nistatina tópica

Opções primárias

» **nistatina tópica**: crianças e adultos: (100,000 unidades/g) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia até se completar a cicatrização

» O miconazol é absorvido sistemicamente e pode potencializar a ação da varfarina, da fenitoína e das sulfonilureias; assim, nistatina ou anfotericina B tópicos são as terapias de primeira linha em pacientes que recebem esses medicamentos.[11] [17] [18] 1[B]Evidence Entretanto, produtos à base de anfotericina B tópica não estão atualmente disponíveis em alguns países.

adjunto

antibacteriano tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **mupirocina tópica**: crianças e adultos: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) quatro vezes ao dia por 7-14 dias

» Mupirocina tópica ou um composto contendo polimixina são valiosos no tratamento de colonização de estafilococos.[2] [11] [18]

» No caso de colonização estafilocócica das narinas, isso também deve ser erradicado.

etiologia não infecciosa

Agudo

1a manejo de suporte

- » Os cuidados de suporte incluem manejo das dentaduras, que devem ser removidas da boca à noite e bem limpas antes de serem usadas novamente pela manhã. Elas podem ser guardadas em hipoclorito ou clorexidina. Pode ser necessário melhorar o encaixe da dentadura ou obter dentaduras novas.[12]
- » Recomenda-se aos pacientes com terapia inalatória de corticosteroide crônica lavar a boca após o tratamento inalatório.[8]
- » Em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, mascar goma contendo xilitol ou acetato de clorexidina e xilitol pode reduzir a queilite angular.[22] 4[B]Evidence
- » As deficiências nutricionais devem ser identificadas e corrigidas em todos os pacientes.[2]
- » Dependendo dos resultados do teste de contato, recomenda-se evitar o alérgeno identificado.

Em curso

doença recalcitrante

1a fluconazol oral

Opções primárias

» **fluconazol**: crianças: 6 mg/kg por via oral em dose única no dia 1, seguidos por 3 mg/kg/dia por 13 dias; adultos: 200 mg por via oral em dose única no dia 1, seguidos por 100 mg uma vez ao dia por 13 dias

» A terapia de primeira linha inclui terapia antifúngica sistêmica com fluconazol.[19]

» Pastilhas à base de anfotericina B tópica são frequentemente usadas com fluconazol; entretanto não estão atualmente disponíveis em alguns países.

2a preenchimentos dérmicos

» As opções incluem o uso de preenchimentos dérmicos nas comissuras.[20] 2[C]Evidence

3a avaliação e construção de próteses

» A avaliação e a construção de próteses são opções para pacientes idosos que sofrem

Em curso

de sialorreia crônica e queilite angular.[21]
3[C]Evidence

» Para pacientes idosos e incapacitados, uma cânula pode ser incorporada na prótese dentária para canalizar a saliva em direção à área orofaríngea.[21]

Recomendações

Monitoramento

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser educados com relação à importância de tratar todas as causas para se obter melhora clínica. Além disso, é importante a educação sobre a necessidade de reaplicação frequente de agentes antifúngicos ou antibacterianos tópicos nos cantos da boca.

Os pacientes devem evitar traumas nos cantos da boca e devem ficar atentos às crianças pequenas, para evitar que estas chupem dedos ou o usem chupetas, e ao ato de lamber os lábios constantemente em indivíduos mais velhos.

Recomenda-se um encaminhamento ao dentista àqueles que possuem dentaduras mal encaixadas, devido à perda de peso ou outras causas, para correção e informação sobre uma boa higiene bucal. Em caso de deficiência nutricional, os pacientes precisam de informações com relação à importância de suplementos ou uma dieta melhor.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
anetodermia linear adquirida	longo prazo	baixa
<p>A escassez de fibras elásticas na derme pode ser secundária a uma inflamação prévia.</p> <p>O rejuvenescimento a laser é uma opção para melhorar a aparência cosmética.^[23]</p>		

Prognóstico

Recidivas podem ocorrer e pode ser necessário prolongar o tratamento. Muitas vezes, surgem em decorrência de baixa adesão terapêutica aos medicamentos, falhas na remoção e limpeza apropriadas das dentaduras ou da incapacidade de remissão dos fatores subjacentes.^[12]

Na ausência de resposta, devem ser considerados testes adicionais realizados por um dermatologista.

Nível de evidência

1. Resolução dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que a nistatina foi mais efetiva que o placebo na resolução completa da queilite angular após 1 a 4 semanas de tratamento.[\[18\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Controle dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que os pacientes ficam satisfeitos com as injeções de colágeno nas fissuras das comissuras.[\[20\]](#)
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Controle dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que os pacientes ficam satisfeitos com o tratamento prostodôntico da queilite angular.[\[21\]](#)
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Prevenção: há evidências de qualidade moderada de que a goma de mascar que contém xilitol ou acetato de clorexidina e xilitol reduziu a incidência de queilite angular em idosos quando comparada com o placebo.[\[22\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Rogers RS III, Bekic M. Diseases of the lips. Semin Cutan Med Surg. 1997 Dec;16(4):328-36. [Resumo](#)
- Scully C, Bagan J-V, Eisen D, et al, eds. Angular cheilitis. Dermatology of the lips. Oxford, UK: Isis Medical; 2000:68-73.
- Schoenfeld RJ, Schoenfeld FI. Angular cheilitis. Cutis. 1977 Feb;19(2):213-6. [Resumo](#)

Referências

1. Skinner N, Junker JA, Flake D, et al. Clinical inquiries: what is angular cheilitis and how is it treated? J Fam Pract. 2005 May;54(5):470-1. [Resumo](#)
2. Rogers RS III, Bekic M. Diseases of the lips. Semin Cutan Med Surg. 1997 Dec;16(4):328-36. [Resumo](#)
3. Ohman SC, Dahlen G, Moller A, et al. Angular cheilitis: a clinical and microbiologic study. J Oral Pathol. 1986 Apr;15(4):213-7. [Resumo](#)
4. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hildago F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. J Am Dent Assoc. 2004 Sep;135(9):1279-86. [Resumo](#)
5. MacEntee MI, Glick N, Stolar E. Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. Oral Dis. 1998 Mar;4(1):32-6. [Resumo](#)
6. Samaranayake LP. Oral mycoses in HIV infection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992 Feb;73(2):171-80. [Resumo](#)
7. Lisciandrano D, Ranzi T, Carrassi A, et al. Prevalence of oral lesions in inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol. 1996 Jan;91(1):7-10. [Resumo](#)
8. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: angular cheilitis. Br Dent J. 1989 Jul 8;167(1):15-8. [Resumo](#)
9. Konstantinidis AB, Hatziotis JH. Angular cheilosis: an analysis of 156 cases. J Oral Med. 1984 Oct-Dec;39(4):199-206. [Resumo](#)
10. MacFarlane TW, McGill JC, Samaranayake LP. Antibiotic testing and phage typing of Staphylococcus aureus isolated from non-hospitalized patients with angular cheilitis. J Hosp Infect. 1984 Dec;5(4):444-6. [Resumo](#)
11. Scully C, Bagan J-V, Eisen D, et al, eds. Angular cheilitis. Dermatology of the lips. Oxford, UK: Isis Medical; 2000:68-73.

12. Schoenfeld RJ, Schoenfeld FI. Angular cheilitis. *Cutis*. 1977 Feb;19(2):213-6. [Resumo](#)
13. Scully C, van Bruggen W, Diz Dios P, et al. Down syndrome: lip lesions (angular stomatitis and fissures) and *Candida albicans*. *Br J Dermatol*. 2002 Jul;147(1):37-40. [Resumo](#)
14. Yesudian PD, Memon A. Nickel-induced angular cheilitis due to orthodontic braces. *Contact Derm*. 2003 May;48(5):287-8. [Resumo](#)
15. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: II. Prevalence and characteristics of *Candida* and Candidal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000 May;89(5):570-6. [Resumo](#)
16. Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, et al, eds. Cheilitis. *Treatment of skin disease: comprehensive therapeutic strategies*. Philadelphia, PA: Mosby; 2006:122-123.
17. Fotos PG, Lilly JP. Clinical management of oral and perioral candidiasis. *Dermatol Clin*. 1996 Apr;14(2):273-80. [Resumo](#)
18. Ohman SC, Jontell M. Treatment of angular cheilitis. The significance of microbial analysis, antimicrobial treatment and interfering factors. *Acta Odontol Scand*. 1988 Oct;46(5):267-72. [Resumo](#)
19. Garber GE. Treatment of oral *Candida* mucositis infections. *Drugs*. 1994 May;47(5):734-40. [Resumo](#)
20. Pinski KS, Coleman WP III. Microlipoinjection and autologous collagen. *Dermatol Clin*. 1995 Apr;13(2):339-51. [Resumo](#)
21. Lu DP. Prosthodontic management of angular cheilitis and persistent drooling: a case report. *Compend Contin Educ Dent*. 2007 Oct;28(10):572-7; [Resumo](#)
22. Simons D, Brailsford SR, Kidd EA, et al. The effects of medicated chewing gums on oral health in frail older people; a 1-year clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Aug;50(8):1348-53. [Resumo](#)
23. Crone AM, James MP. Acquired linear anetoderma following angular cheilitis. *Br J Dermatol*. 1998 May;138(5):923-4. [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Queilite angular

Do acervo de Dr Wanda C. Gonsalves; usado com a permissão do paciente



Figura 2: Queilite angular

Do acervo de Dr Wanda C. Gonsalves; usado com a permissão do paciente

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 28, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Wanda C. Gonsalves, MD

Professor and Vice Chair

Department of Family and Community Medicine, University of Kentucky College of Medicine, Lexington, KY

DIVULGAÇÕES: WCG declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Wanda C. Gonsalves would like to gratefully acknowledge Dr Alison Bruce and Dr Kelly R. Tierney, previous contributors to this monograph. AB and KRT declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Andrew D. Lee, MD

Resident

Department of Dermatology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC

DIVULGAÇÕES: ADL declares that he has no competing interests.

Aisha Sethi, MD

Assistant Professor of Medicine

Associate Residency Program Director, University of Chicago, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: AS declares that she has no competing interests.