

Tratamiento quirúrgico de la queilitis actínica

AUTORES/AUTHORS

Marta Satorres Nieto (1), Jordi Gargallo Albiol (2),
Cosme Gay Escoda (3).

- (1) Odontóloga, Alumna del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. España.
- (2) Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Profesor del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.
- (3) Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Cirujano Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona.

Satorres M, Gargallo J, Gay C. Tratamiento quirúrgico de la queilitis actínica. *Medicina Oral* 2001; 6: 205-17.
© Medicina Oral. B-96689336.
ISSN 1137-2834.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores etiológicos que pueden influir en el desencadenamiento de la enfermedad y los resultados obtenidos después del tratamiento quirúrgico de una serie de pacientes.

Diseño del estudio: En una muestra de 54 pacientes que presentaban queilitis actínica se valoraron la historia clínica, los posibles factores desencadenantes, el patrón histológico y la recurrencia de las lesiones. Cuarenta y un casos fueron tratados mediante bermellectomía con bisturí de hoja fría seguida del cierre primario del defecto con un colgajo de la mucosa bucal. En los 13 casos restantes se efectuó la bermellectomía con el láser de CO₂.

Resultados: En el análisis de los antecedentes de los pacientes se observó que el 35,2% presentaban patología hepática asociada al consumo de alcohol y que el 77,8% eran fumadores. Por último, con relación a la exposición solar el 53,1% de los hombres tenían profesiones al aire libre y el 100% de las mujeres presentaban exposiciones solares importantes. La clínica más frecuente fue el sangrado y la presencia de placas

leucoplásicas, mientras que solamente el 16% presentaba dolor. Más del 40% de los pacientes estaban asintomáticos. Después del tratamiento, y tras un período de control mínimo de 6 meses, el 90,74% de los pacientes presentaron una curación total. De los 5 casos reintervenidos, 4 curaron y 1 evolucionó a carcinoma de células escamosas.

Conclusión: El tratamiento recomendado de la queilitis actínica es la bermellectomía, bien sea con bisturí de hoja fría o con el láser de CO₂, efectuando siempre el estudio histológico de la lesión para detectar de forma precoz la posible malignización, siendo también fundamental el control de los factores etiológicos.

Palabras clave: patología bucal, queilitis actínica, bermellectomía, láser de CO₂.

INTRODUCCIÓN

Los labios son repliegues musculomembranosos constituidos por un esqueleto muscular, principalmente del músculo orbicular, y recubiertos de tejido epitelial y conjuntivo. Es una región con una gran innervación, muy sensible, sin vello y aglandular (1, 2-5).

La queilitis es la patología más frecuente de los labios y se define como un proceso inflamatorio que afecta al bermellón labial. Con el término de queilitis se incluyen distintas entidades nosológicas, como:

- Queilitis angular: proceso inflamatorio que afecta a las comisuras labiales y que suele asociarse a procesos sistémicos, como la anemia, la diabetes mellitus y el virus de la inmunodeficiencia humana (6).
- Queilitis de contacto: es de etiología alérgica y se caracteriza por eczemas.
- Queilitis de células plasmáticas: entidad inflamatoria, benigna, idiopática e infrecuente.
- Queilitis exfoliativa: cursa con hiperqueratosis y descamación del bermellón labial.
- Queilitis glandular: se divide en simple, supurativa superficial y supurativa profunda. Encontramos una inflamación crónica de las glándulas salivales del labio inferior.
- Queilitis granulomatosa: suele ser la manifestación de otras patologías, como el síndrome de Melkersson-Rosenthal, la sarcoidosis y la enfermedad de Crohn. Si esta queilitis no es la manifestación de otra patología, se conoce como queilitis de Miescher.
- Queilitis actínica: es una condición premaligna de frecuente aparición en la semimucosa labial, especialmente del labio inferior (6-8).

1. Características de la queilitis actínica

Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior que en el superior. En cuanto a la distribución por sexos, suele afectar más a los hombres que a las mujeres. Las mujeres suelen usar pintalabios cosméticos que contienen factores

Recibido: 11/3/00. Aceptado: 4/6/00.

Received: 11/3/00. Accepted: 4/6/00.

protectores solares, que las protegen de la enfermedad. En el estudio de Jorge y cols. (9), realizado en un grupo de 270 ancianos, se detectó la presencia de queilitis actínica en el 2,6% de la muestra. La edad de máxima incidencia se encuentra entre los 40 y los 80 años, aumentando en personas que acostumbran a pasar períodos prolongados de tiempo al aire libre, como los campesinos o los marineros (6). El factor etiológico más frecuentemente relacionado es la exposición solar. Existen otros factores también implicados en la aparición de este tipo de queilitis, como el tabaco, la irritación labial, las personas de cabello rubio y de piel clara tipo I ó II, la hie-



Fig. 1.
Queilitis actínica del labio inferior con degeneración carcinomatosa (carcinoma de células escamosas).

Actinic cheilitis of the lower lip presenting carcinomatous degeneration (squamous cell carcinoma).



Fig. 2.
Queilitis actínica con placas de leucoplasia en el labio inferior.
Actinic cheilitis with leukoplakia patches affecting the lower lip.

ne bucal deficiente y las prótesis dentales mal ajustadas (10). Puede producirse la malignización de la lesión a carcinoma de células escamosas (Figura 1). Una vez instaurado, el carcinoma metastatiza aproximadamente en el 11% de los casos (11, 12).

2. Clínica de la queilitis actínica

Se manifiesta como una hiperqueratosis descamativa crónica, con eritema, que puede llegar a ser erosiva y sangrante de forma intermitente. Se observa desecación y ulceración de parte del labio, y éste adquiere un color gris blanquecino o marrón (13). En los estadios iniciales, la enfermedad se manifiesta con eritema y edema del labio. En estadios más avanzados se observa una descamación difusa de todo el labio inferior, que incluso puede abarcar las comisuras labiales. También pueden observarse áreas inflamatorias, zonas eritroplásicas y placas leucoplásicas (Figura 2). El labio tiende a perder su elasticidad habitual y aparecen líneas de fisura perpendiculares al eje mayor del labio, que pueden ocasionar dolor. Finalmente va desapareciendo la línea entre la piel y la semi-mucosa labial.

3. Histología de la queilitis actínica

El estudio histológico del epitelio con queilitis actínica nos muestra una degeneración basófila del colágeno y de las fibras elásticas, junto con presencia de un infiltrado inflamatorio difuso compuesto por linfocitos y células plasmáticas en la zona superficial de la dermis. Además, podemos encontrar una displasia epitelial leve con pérdida de la polaridad celular, hiperplasia de células basales y pleomorfismo celular. La queilitis actínica presenta placas blanquecinas con las mismas ca-

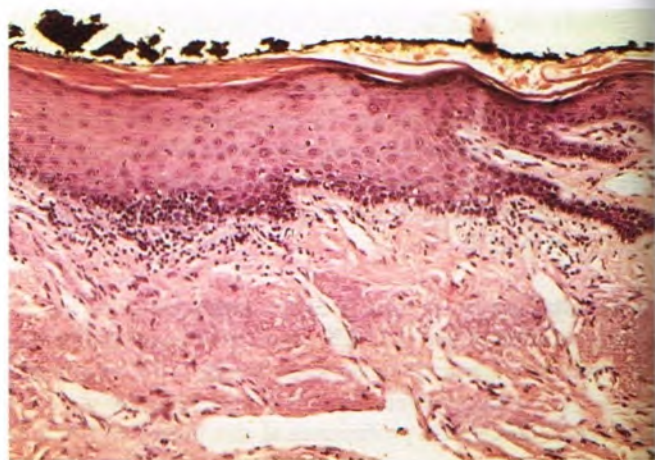


Fig. 3.
Histología de la queilitis actínica. Displasia en la capa basal e hiperqueratosis epitelial.

Histology of actinic cheilitis. Dysplasia of the basal layer with epithelial hyperkeratosis.

racterísticas histológicas de la leucoplasia, observándose también una hiperqueratinización epitelial (Figura 3).

4. Tratamiento de la queilitis actínica

A pesar de que existen diferentes opciones terapéuticas para tratar la queilitis actínica, todas ellas se basan en dos fases: la fase resectiva o exéresis de la lesión, y la fase reconstructiva, la cual puede efectuarse dejando cicatrizar el tejido por segunda intención, realizando un colgajo de reposición anterior o mediante la colocación de un injerto libre. A continuación exponemos los tratamientos más comúnmente utilizados:

4.1. Sustancias químicas: El 5-fluorouracilo es un anti-metabolito cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la enzima timidilato-sintetasa. Esta enzima es necesaria para la síntesis de ácido timidílico, componente fundamental del ADN. El 5-fluorouracilo se absorbe de forma selectiva por las células con más actividad metabólica, y las convierte en más susceptibles a su acción inhibitoria. Diversos estudios han comprobado que su utilización disminuye las manifestaciones clínicas de las lesiones actínicas, aunque la displasia epitelial persiste después del tratamiento, lo cual explica el elevado porcentaje de recurrencias (9, 14). Wright y Dufresne publicaron en 1998 un estudio realizado en 6 pacientes a los que se les aplicó 5-fluorouracilo al 5%. Después del tratamiento, el 100% seguían presentado displasia (15). La utilización de esta sustancia tiene otros inconvenientes importantes, como es la extensa úlcera labial que aparece a los pocos días de su aplicación; además, ocasiona gran inflamación y dolor inmediato. También se ha descrito la aplicación tópica de ácido tricloroacético al 50%, con lo que desencadenamos una descamación química. Se produce una curación visible entre los 7 y 10 días, aunque Robinson (11) demostró que un año después de la aparente curación seguía apreciándose histológicamente una displasia epitelial en siete de los diez pacientes que trató con este producto. Del mismo modo, también se han utilizado otras sustancias químicas, como el 5-aminolevulínico que, en combinación con luz visible, puede ser útil para tratar lesiones rebeldes a otros tipos de tratamiento (16), a pesar de que el tratamiento con sustancias químicas no se recomienda en la actualidad como tratamiento definitivo de la lesión.

4.2. La criocirugía: Es el método de elección en la queratosis actínica de la piel, y la experiencia en la utilización de esta técnica es muy extensa. El mecanismo de aplicación es mediante nitrógeno líquido y no precisa anestesia, aunque puede producir un cierto grado de edema y dolor. El gran inconveniente que presenta es que no permite el análisis histológico de la lesión e impide la detección precoz de la posible malignización de estas lesiones (17).

4.3. La electrocirugía: Es un tratamiento efectivo para la resección y destrucción del epitelio labial. Requiere anes-

tesia y sus inconvenientes residen en que cicatriza formando una costra que produce dolor postoperatorio e incomodidad, además de dificultar el examen histológico de los márgenes del tejido reseado. Tampoco es una técnica recomendable.

4.4. La resección quirúrgica o bermellectomía: Consiste en la exéresis con el bisturí de hoja fría de todo el epitelio de la semimucosa labial, y el posterior recubrimiento de la zona cruenta. Existen dos posibilidades técnicas: la bermellectomía simple, que deja intacto el músculo orbicular, y la bermellectomía modificada, que amplía la exéresis a toda la semimucosa labial, la zona glandular y una parte de la musculatura orbicular. La técnica modificada presenta como desventaja un mayor sangrado operatorio proveniente de la arteria labial inferior, la cual deberá ser ligada intraoperatoriamente. Además de acortar el labio y de la posible disminución de la movilidad, podemos encontrar otras complicaciones, como parestesia, hiperestesia o disestesia temporal del labio inferior, debido a la afectación del nervio mentoniano, a la formación de un hematoma o a la persistencia del edema.

Sólo con la técnica de la bermellectomía con bisturí de hoja fría tenemos la posibilidad de la posterior colocación de un injerto libre o de la reposición de un colgajo vestibular, consiguiéndose así un cierre primario de la herida (6).

4.5. Tratamiento con láser: Se trata del tratamiento más moderno. El progreso de la tecnología láser ha permitido realizar una correcta vaporización de la lesión sin un excesivo daño tisular de la zona tratada. Existen varias series de pacientes tratados con el láser de CO₂ (11, 18-22), demostrando que es una técnica altamente efectiva. Permite la exéresis de la lesión con un exquisito control del sangrado, por el efecto térmico y de cauterización, dejando cicatrizar el defecto por segunda intención y sin necesidad de colocar injertos tisulares. El curso postoperatorio es bastante agradecido gracias a que no ocasiona demasiado dolor. El inconveniente que presenta es la dificultad para hacer el estudio histológico de los márgenes de resección, lo que implica efectuar una resección con amplios márgenes de seguridad.

En la actualidad, los métodos más aconsejables para el tratamiento de la queilitis actínica son la bermellectomía con bisturí de hoja fría y la bermellectomía con láser de CO₂, siempre y cuando tengamos en cuenta que se debe realizar siempre el estudio histológico de la lesión.

El objetivo de este trabajo es valorar los resultados de la bermellectomía como tratamiento de la queilitis actínica, analizando los factores etiológicos de esta patología.

PACIENTES Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio clínico retrospectivo sobre una muestra de 54 pacientes visitados e intervenidos en la Clínica Nuestra Señora del Remedio y el Centro Médico Teknon durante el período comprendido entre el año 1990 y el 1999.

Se valoraron el sexo, la edad, los antecedentes patológicos tanto a nivel sistémico como locorregional, la localización de la lesión, el tipo de tratamiento realizado, el patrón histológico de todas las lesiones y, finalmente, la evolución de los pacientes en los controles postoperatorios, con una media de 25 meses de seguimiento.

Respecto a los factores locales, se evaluó el hábito tabáquico de los pacientes, así como el tipo de tabaco consumido y el grado de exposición solar, valorando si trabajaban en profesiones de riesgo que exigieran permanecer al aire libre durante largos períodos de tiempo, como, por ejemplo, es el caso de campesinos y marineros, o bien si se trataba de una exposición por motivos estéticos, ya fuera al sol natural o a radiaciones UVA en salones de belleza. También se analizó la utilización de protectores solares.

Respecto a la clínica, se valoró si las lesiones eran asintomáticas o si existían dolor, limitación de la movilidad, sangrado, zonas erosivas, ulceración y, por último, placas de leucoplasia o eritroplasia.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 54 pacientes (32 hombres y 22 mujeres) con una media de edad de 59 años (rango de 34 a 82 años). Todos los casos afectaron al labio inferior y en 4 casos al labio inferior y las comisuras bucales. En ningún caso se vio implicado el labio superior.

• **Antecedentes generales de interés:** 4 pacientes (7,4%) presentaban diabetes *mellitus* de tipo II bajo correcto control médico. El consumo de alcohol era superior a 60 gramos en 23 pacientes (42,59%) (15 hombres y 8 mujeres), 19 de los cuales (35,18%) tenían diagnosticada una hepatopatía crónica.

En cuanto al color del cabello de los pacientes tratados, 27 (50%) tenían el pelo rubio (12 hombres y 15 mujeres) y la otra mitad tenían el pelo castaño (20 hombres y 7 mujeres).

• **Factores locales de interés:** 42 pacientes eran fumadores (77,77%). Como se puede apreciar en la Tabla 1, más del 50% de los pacientes varones y menos de una cuarta parte de las mujeres eran fumadores. La mayoría de pacientes fumadores lo eran de cigarrillos (70,37%), frente a una minoría fumadora de pipa (7,4%).

Respecto a la exposición solar, encontramos que 17 hombres (53,1%) tenían profesiones al aire libre. Por otro lado, el 100% de las mujeres habían tenido exposiciones al sol importantes, y 17 de ellas (77,3%) exposición a radiaciones UVA en salones de belleza. De los 39 pacientes con exposición solar habitual, 24 (61,54%) empleaban de forma rutinaria protectores solares con factor de protección superior a 5.

Treinta y siete pacientes (68,5%) presentaban una higiene bucal deficiente (28 hombres y 9 mujeres) y 27 (el 50%) eran portadores de prótesis móviles. La distribución de los pacientes según el tipo de prótesis que utilizaban se muestra en la Tabla 2.

• **Clínica:** De los 54 casos, 23 (42,6%) eran asintomáticos, 9 (16,6%) presentaban dolor y en 11 se observó sangrado (20,4%). Siempre se evidenció descamación, desecación y ulceración del labio. En 11 casos (20,4%) (9 hombres y 2 mujeres) existían placas leucoplásicas (Figura 4).

• **Tratamiento:** En 41 casos se realizó la *bermellectomía* con bisturí de hoja fría, con cierre posterior de la zona cruenta.



Fig. 4.

Queilitis actínica con zonas leucoplásicas en el labio inferior de un paciente fumador de pipa.

Actinic cheilitis with leukoplakia patches on the lower lip in a pipe smoker.

TABLA 1

Consumo de tabaco en los 54 pacientes de la muestra

	Hombres	Mujeres	Total
Más de 20 cigarrillos/día	26 (48,15%)	12 (22,22%)	38 (70,37%)
Fumadores de pipa	4 (7,40%)	0	4 (7,40%)
Total fumadores	30 (55,55%)	12 (22,22%)	42 (77,77%)

mediante un colgajo pediculado de mucosa bucal. En los trece casos restantes se realizó la bermellectomía con láser de CO₂, con posterior cicatrización por segunda intención. Siempre se efectuó el estudio histológico de la mucosa reseçada, evaluando los bordes y la profundidad para comprobar que no estuvieran afectados por la lesión. En los 54 casos el diagnóstico histológico fue de queilitis actínica, hallándose en 11 casos lesiones leucoplásicas con hiperqueratosis asociadas (Figura 3). En 2 pacientes se observaron signos de displasia moderada.

Los pacientes fueron controlados durante 6 meses en 8 casos, un año en 10 casos y por un período superior a un año en 36 casos. De los 54 pacientes, 49 (90,74%) presentaron una curación total en los controles postoperatorios, que al menos fueron de 6 meses. Los 5 casos restantes presentaron recidiva, por lo que requirieron un nuevo tratamiento. Estos casos habían sido tratados con láser de CO₂ y, tras una nueva inter-

vención mediante una bermellectomía con bisturí convencional y una plastia local, cuatro presentaron una curación total y un caso evolucionó a carcinoma de células escamosas (1,85%). Este caso fue nuevamente tratado quirúrgicamente mediante una resección amplia y una plastia de reconstrucción del labio inferior, presentando una posterior curación en el último control realizado a los 5 años (Tabla 3).

• **Complicaciones postoperatorias:** Se observaron en 20 pacientes (37,04%), aunque 12 de ellas se resolvieron de forma espontánea en menos de 6 meses. La complicación más frecuente fue el dolor residual (50%); 8 casos (14,81%) presentaron secuelas que permanecieron por un período superior a 6 meses, entre las cuales encontramos tirantez labial en 4 casos, dificultad en la ingesta de alimentos en 2 casos, parestesia en un caso y dolor residual en otro caso (Tabla 4).

TABLA 2

Pacientes portadores de prótesis removibles

	Hombres	Mujeres	Total
Prótesis parcial	7 (25,93%)	5 (18,52%)	12 (44,45%)
Prótesis completa	12 (44,45%)	3 (11,1%)	15 (55,55%)
Pacientes con prótesis	19 (70,38%)	8 (29,62%)	27 (100%)
Total	19/54 (35,18%)	8/54 (14,82%)	27/54 (50%)

TABLA 3

Evolución de los pacientes después del tratamiento

	Curación	Recidiva	Total
Primer tratamiento	49 (90,74%)	5 (9,26%)	54 (100%)
Nuevo tratamiento	4 (7,4%)	1 (1,85%)	5 (9,26%)
Carcinoma de células escamosas		1 (1,85%)	1 (1,85%)

TABLA 4

Complicaciones postoperatorias del tratamiento de la queilitis actínica

Complicaciones	Menos de 6 meses	Más de 6 meses	Total
Dolor residual	9 (16,67%)	1 (1,86%)	10 (18,54%)
Parestesia	3 (5,55%)	1 (1,86%)	4 (7,40%)
Tirantez labial		4 (7,40%)	4 (7,40%)
Dificultad ingesta		2 (3,70%)	2 (3,70%)
Total	12 (22,22%)	8 (14,82%)	20 (37,04%)

• **Resultados estéticos:** 46 de los 54 pacientes (85,2%) quedaron muy satisfechos de los resultados estéticos obtenidos. En los 8 casos restantes (en los que se incluyen las 4 recidivas y el caso de carcinoma) quedaron resultados estéticos aceptables, aunque a los pacientes les costó admitir su nueva situación.

DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes de nuestro estudio coincide con la de Robinson (11), que se sitúa en los 59 años. Otros autores reflejan, sin embargo, medias de edad algo inferiores. Sánchez-Cornejo y cols. (23) obtuvieron una media de 46 años, y Lustig y cols. (13) publicaron una media de edad de 50 años. En cambio, Zelickson y Roenigk (18) encontraron una media de edad superior, concretamente de 70 años. Respecto al sexo, el 59,26% de nuestra muestra eran varones, aunque en la mayoría de las series publicadas los hombres superan el 80% (8, 18), excepto en la de Kaugars y cols., que muestran una mayoría (81,3%) de mujeres (24). En cuanto a la localización, y coincidiendo con la mayoría de los estudios publicados, el 100% de las lesiones se situaban en el labio inferior (7, 17, 18, 23).

El tabaco puede considerarse un factor etiológico asociado, ya que pudimos comprobar que el 77,8% de los pacientes eran fumadores. Este hecho está en concordancia con Robinson (11), el cual observó que el 80% de los 40 pacientes de su estudio eran fumadores, y con Sánchez-Cornejo y cols. (23), los cuales afirman que el 25% de los pacientes incluidos en su estudio fumaban más de 20 cigarrillos al día. Otro factor primordial a tener en cuenta es la exposición solar, comprobándose que el 100% de las mujeres y el 53,1% de los hombres presentaban una exposición solar excesiva. No encontramos en la literatura estudios que analicen la cantidad de exposición solar que sufrieron los pacientes. Solamente Sánchez-Cornejo y cols. (23) refieren que el 67% de sus pacientes eran agricultores y habían experimentado exposiciones solares importantes. Otros factores a tener en cuenta son el consumo de alcohol, una higiene bucal deficiente y los individuos de piel clara y cabello rubio.

El porcentaje de curación y de recidiva tras el tratamiento está en concordancia con los resultados publicados por diversos autores, por ejemplo Brufau y cols. (25); estos obtuvieron un porcentaje de curación del 94,2% en una muestra de 279 pacientes tratados con lesiones precancerosas del labio inferior. Lubritz y Smolewski (17) publican un porcentaje de curación del 96,23% de las leucoplasias de labio inferior tratadas quirúrgicamente. Zelickson y Roenigk (18) encontraron un 6,97% de recidivas (éxito del 93,03%), y 1 caso sobre los 43 estudiados (2,3%) evolucionó a carcinoma de células escamosas. Kaugars y cols. publicaron resultados histológicos sobre 152 casos de queilitis actínica. El 11,2% fueron carcinomas *in situ*, y el 1,3% fueron carcinomas de células escamosas (24).

El tratamiento de elección de la queilitis actínica es la exéresis con bisturí convencional (bermellectomía) (11, 17, 18),

ya que permite un correcto análisis histológico del tejido resecado. Presenta, no obstante, algunos inconvenientes, como, por ejemplo, ciertas alteraciones de la sensibilidad labial. Sánchez-Cornejo y cols. (22) tuvieron un 36,5% de alteraciones de la sensibilidad, unilateral o bilateral. En nuestro estudio, en cambio, solamente detectamos una complicación nerviosa de más de 6 meses de evolución (1,8%). Otro aspecto a tener en cuenta cuando se efectúa la bermellectomía es el resultado estético tras la cirugía. Se consiguió un resultado estético óptimo en el 85,2% de los pacientes, coincidiendo con el 88,4% del estudio de Sánchez-Cornejo y cols. (23), y con Brufau y cols. (25), los cuales concluyen que la bermellectomía permite obtener unos buenos resultados estéticos.

Robinson y cols. (11) comprobaron que el tratamiento con sustancias químicas no era efectivo y que tanto la aplicación de 5-fluorouracilo como la de ácido tricloroacético daban una alta incidencia de recurrencias, además de no permitir el análisis histológico. En nuestro estudio las recidivas se presentaron en las lesiones tratadas con el láser de CO₂. Esta circunstancia no coincide con los resultados obtenidos por Robinson y cols. (11), los cuales observaron durante 4 años a 10 pacientes tratados con láser de CO₂ sin encontrar ninguna recidiva. La biopsia del epitelio labial a los 4 meses del tratamiento mostró ausencia de atipia celular, y los autores afirman que, a pesar de que el láser de CO₂ dificulta el análisis anatomopatológico, las lesiones no suelen recurrir, y que confiere un postoperatorio muy confortable. También Stanley y Roenigk (20) presentaron excelentes resultados en tres casos tratados mediante láser de CO₂ previo análisis histológico de las lesiones, y David (26) publicó en 1985 la curación total tras el tratamiento con el láser de CO₂ de 8 lesiones recidivadas.

Un tratamiento recomendable para lesiones de pequeño tamaño sería efectuar la exéresis con bisturí convencional, para poder efectuar el correspondiente estudio histológico de la lesión, y la posterior irradiación del campo quirúrgico con láser de CO₂, para obtener así una curación por segunda intención sin necesidad de hacer un colgajo de reposición o de colocar un injerto libre. Esta técnica permite combinar los beneficios de la bermellectomía con bisturí convencional, como es el estudio histológico de la lesión en condiciones adecuadas, y a su mismo tiempo aprovechar el principal beneficio de la exéresis con láser, que es la curación de la zona con mínimas molestias postoperatorias y, además, la reducción de la complejidad de la cirugía respecto a la técnica de la bermellectomía convencional, la cual precisa plastias locales o la colocación de injertos libres.

La prevención es una obligación fundamental en el manejo de esta patología. Ésta se llevará a cabo mediante el uso de protectores labiales que contengan filtros solares, especialmente indicados en las personas expuestas al sol por períodos prolongados o que presenten los factores adicionales relacionados con la queilitis actínica, entre los cuales destacan el tabaco, la irritación labial, la mala higiene bucal, el alcohol y las personas de piel clara y de cabello rubio. Incluso existe la posibilidad de confeccionar un aparato que proteja los labios de la exposición solar (27).

Como conclusión, debemos insistir en la importancia del diagnóstico precoz y en el tratamiento rápido y correcto, el cual debe incluir el análisis histológico de las lesiones. La detección precoz de los cambios actínicos del labio y el tratamiento preventivo de los mismos son factores vitales en el pronóstico de esta lesión premaligna. Una vez está establecida la queilitis actínica, aconsejamos como primera opción de

tratamiento la bermellectomía con bisturí de hoja fría. La exéresis con láser de CO₂ y la posterior cicatrización por segunda intención presentan resultados satisfactorios en la literatura, en contra de nuestra experiencia, teniendo en cuenta que debemos efectuar siempre el estudio histológico. Consideramos que se deben abandonar los métodos con sustancias químicas, el electrobisturí y la criocirugía.