

## Queilitis exfoliativa

Jesús López-Torres Hidalgo<sup>a</sup>, Eva María García Atienza<sup>b</sup>, Miguel Ángel Sáez Moreno<sup>b</sup>  
y Marta Castaño Díaz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia. Centro de Salud Zona VIII. Albacete (España).

<sup>b</sup> Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete. Albacete (España).

Correspondencia:

Jesús López-Torres Hidalgo.  
Centro de Salud Zona VIII. C/  
Graduados, s/n. C.P. 02006 –  
Albacete (España).

Correo electrónico:  
jesus@sescam.org

Recibido el 17 de febrero de  
2018.

Aceptado para su publicación el  
11 de marzo de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



### RESUMEN

La queilitis exfoliativa se caracteriza por una descamación recurrente del borde labial, con eritema y formación de costras. Aunque la etiología es desconocida, además de la posible intervención de los agentes causantes de queilitis agudas, en la queilitis exfoliativa suelen existir alteraciones psicológicas o situaciones de estrés que parecen favorecerla.

Presentamos el caso de una paciente de 19 años diagnosticada de queilitis exfoliativa.

**PALABRAS CLAVE:** Queilitis. Enfermedades de los Labios. Atención Primaria de Salud

### ABSTRACT

#### Exfoliative cheilitis

Exfoliative cheilitis is characterized by recurrent desquamation of the labial border, with erythema and crusting. Although its etiology is unknown, apart from the possible intervention of the agents that cause acute cheilitis, there are usually psychological disorders or stress situations that seem to contribute to its development.

We present the case of a 19-year-old patient diagnosed with exfoliative cheilitis.

**KEY WORDS:** Cheilitis. Lip Diseases. Primary Health Care.

---

### INTRODUCCIÓN

La queilitis exfoliativa se caracteriza por descamación recurrente del borde labial, con eritema e incluso formación de costras<sup>1</sup>. Es de evolución crónica y más frecuente en mujeres jóvenes. Aunque la etiología es desconocida, además de la posible intervención de los agentes causantes de queilitis agudas, como cosméticos labiales, frío, viento, radiación solar, autoagresiones repetidas como morderse o succionarse el bermellón<sup>2</sup>, entre otros, en la queilitis exfoliativa suelen existir alteraciones psicológicas o situaciones de estrés que parecen favorecerla.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 19 años cuyos antecedentes patológicos incluyen dolor abdominal recidivante de origen no filiado y sin evidencia de patología orgánica, herniorrafia umbilical, apendicectomía profiláctica, infección por *Helicobacter pylori* y anemia ferropénica en relación con menorragia. En 2014 consultó por primera vez a su médico de familia por grietas persistentes y profundas con sangrado frecuente en los labios (Figura 1), siendo inicialmente tratada con antibióticos, tanto tópicos como por vía oral (ácido fusídico, mupirocina y amoxicilina más ácido clavulánico). Posteriormente la paciente fue tratada con agentes cicatrizantes, tacrolimus tópico y vitamina A oral, sin obtener clara mejoría.

La paciente era trompetista y, a pesar de cambiar las boquillas de cobre por



**Figura 1.** Fisuras en los labios en paciente diagnosticada de queilitis exfoliativa.

otras de metacrilato, dejó de tocar el instrumento a causa de las lesiones labiales. Ante una evolución desfavorable, en varias ocasiones acudió al servicio de urgencias, diagnosticándose de impétigo labial.

Posteriormente fue remitida a la consulta de Dermatología, donde se realizaron pruebas epicutáneas, con resultado negativo, y se solicitó una biopsia, a través de la cual la paciente fue diagnosticada de queilitis exfoliativa. El examen microscópico reveló discreta celularidad linfoide y discreta fibrosis en el corion, epitelio con acantosis, hiperqueratosis paraqueratósica (focalmente con neutrófilos) y algún foco de espongirosis-exocitosis. El diagnóstico anatomopatológico fue de alteraciones inespecíficas, compatibles con queilitis descamativa. Se prescribió tratamiento con crema de pimecrolimus al 1% y vaselina, remitiendo las lesiones.

Posteriormente ha presentado varias recidivas, apareciendo de nuevo en el labio inferior grietas transversales, descamación y lesiones costrosas de aspecto melicérico, precisando de nuevo tratamiento

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de la queilitis exfoliativa se basa en el cuadro clínico característico. El labio, principalmente el inferior, aparece edematoso y presenta zonas de hiperqueratinización, surcos y pápulas de

aspecto hemorrágico, fibrosis superficial y, en los casos más avanzados, pueden aparecer fisuras y hendiduras<sup>1,3</sup>. Otros signos y síntomas asociados con esta condición, descritos en la literatura, incluyen sensación de hormigueo, dolor y prurito<sup>4</sup>. Esta alteración debe diferenciarse de la queilitis actínica, la granulomatosa, la angular o la facticia, del eritema multiforme y de otras alteraciones como las producidas por la infección candidiásica, con la que puede estar asociada en algunos casos<sup>5</sup>.

La queilitis exfoliativa es una condición benigna y poco frecuente cuya etiología es desconocida, si bien las lesiones autoinfligidas y algunos hábitos como la respiración oral o la succión oral pueden iniciar el proceso. Aunque puede resolverse espontáneamente, a menudo aparece periódicamente y puede persistir durante años. Típicamente sigue un curso cíclico caracterizado por labios normales o eritematosos en una primera etapa, y posteriormente evoluciona a una formación excesiva de queratina hasta que los labios se descaman o forman costras<sup>4</sup>. El ciclo se completa con el desprendimiento de la capa de queratina de la superficie de los labios. Los labios con la capa gruesa de queratina expuesta al agua tienden a absorber agua y parecen tener un revestimiento blanco espeso y amarillento. La duración del ciclo puede variar entre los pacientes. Los hallazgos microscópicos son inespecíficos y dependen de las lesiones predominantes, como hiperqueratosis leve, necrosis e infiltrados inflamatorios.

Las dificultades para tratar la queilitis exfoliativa son un consenso en la bibliografía consultada<sup>1,6-8</sup>, ya que los autores exponen estas dificultades a través de los limitados resultados obtenidos en los casos publicados, tratados con terapia convencional (corticosteroides, antibióticos, agentes queratolíticos, hidratantes, antisépticos y protectores solares), criocirugía o inhibidores tópicos de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus). Los agentes antifúngicos se pueden administrar a pacientes en los que hay infección secundaria por hongos, aunque dicho tratamiento no impide la formación de escamas de queratina.

El tratamiento de la queilitis del labio inferior es a menudo un problema difícil. Los pacientes rara vez demandan tratamiento al comienzo de esta afección y suelen esperar a que el proceso se encuentre en fase avanzada, una vez que diferentes auto-tratamientos ya han fracasado. En definitiva, el tratamiento de la queilitis exfoliativa representa un desafío clínico. La respuesta varía de un caso a otro y los criterios para elegir medicamentos son empíricos. Las lesiones pueden desaparecer espontáneamente, pero a pesar del tratamiento es común su reaparición<sup>9</sup>.

Esta condición puede reducir la calidad de vida de los pacientes<sup>2</sup> al afectar la estética y las funciones normales como comer, hablar y reír. Por el aspecto desagradable de las lesiones, las personas con queilitis exfoliativa pueden evitar el contacto con otras personas y ser más susceptibles a trastornos

depresivos<sup>4</sup>. Por otra parte, factores como el estrés, trastornos de la personalidad o condiciones psiquiátricas podrían estar asociados con su aparición<sup>3</sup>. En ocasiones en su tratamiento puede ser recomendable el empleo de fármacos ansiolíticos, antidepresivos o ambos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López Sánchez AF, Sobrino del Riego JA. Tratamiento de las lesiones frecuentes de la mucosa bucal. *JANO* 2009; 1728: 27-34. [Consultado el 18 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1728/27/00270034\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1728/27/00270034_LR.pdf).
2. Thongprasom K. Glycerin borax treatment of exfoliative cheilitis induced by sodium lauryl sulfate: a case report. *Acta Stomatol Croat*. 2016; 50 (1): 158-61.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and maxillofacial pathology*. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2016.
4. Mani SA, Shareef BT. Exfoliative cheilitis: report of a case. *J Can Dent Assoc*. 2007; 73 (7): 629-32.
5. Reichart PA, Weigel D, Schmidt-Westhausen A, Pohle HD. Exfoliative cheilitis (EC) in AIDS: association with *Candida* infection. *J Oral Pathol Med*. 1997; 26 (6): 290-3.
6. Connolly M, Kennedy C. Exfoliative cheilitis successfully treated with topical tacrolimus. *Br J Dermatol*. 2004; 151 (1): 241-2.
7. Almazroo SA, Woo SB, Mawardi H, Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013; 116 (6): e485-9.
8. Roveroni-Favaretto LH, Lodi KB, Almeida JD. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report. *Cases J*. 2009; 2: 9077.
9. Taniguchi S, Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. *Dermatology*. 1998; 196 (2): 253-5