

Tratamento de hemangioma por escleroterapia em aplicação única

Hemangioma treatment by sclerotherapy in a single application

Rubens Caliento^I | André Luis Chiodi Bim^{II} | Bruno Henrique Marinheiro^{III} | João Milanez Moreira Júnior^{IV} | Orlando Aguirre Guedes^V | Alexandre Meireles Borba^{VI}

RESUMO

Hemangioma é um tumor benigno oriundo de uma proliferação de tecido vascular em desenvolvimento e requer um diagnóstico apropriado para que a obtenção de um tratamento satisfatório seja alcançada. O tratamento depende do tamanho e da localização da lesão e pode ser feito com esclerose química, crioterapia, laserterapia, ligadura e excisão, ulceração artificial, embolia arterial, eletrocautério, termocautério ou radioterapia. Apresentamos um caso de uma paciente do gênero feminino, 63 anos, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais apresentando lesão em mucosa jugal direita notada após um trauma oclusal acidental. Ao exame, notou-se edentulismo parcial superior e inferior e um tumor arroxeado em mucosa jugal direita, medindo aproximadamente 2 x 2,5 centímetros. O caso foi tratado com aplicação única de solução esclerosante (Ethamolin[®]), havendo resolução do quadro em 70 dias. O tratamento de escolha foi a escleroterapia química, por se tratar de uma opção de fácil aplicação e baixo custo.

Descritores: Hemangioma; Mucosa Bucal; Escleroterapia; Etanolamina.

ABSTRACT

Hemangioma is a benign tumor originating of tissue proliferation of the vascular tissue in development and requires proper diagnosis for obtaining a satisfactory treatment is achieved. The treatment depends on the size and location of the lesion and can be done by chemical sclerosis, cryotherapy, laser therapy, ligation and excision, artificial ulceration, arterial embolism, electrocautery, thermocautery or radiation. Female patient, 63 years old, attended the oral and maxillofacial service presenting lesion on the right buccal mucosa noted after an accidental occlusal trauma. Upon examination, it was noticed upper and lower partial edentulism and a purple tumor on the right buccal mucosa, measuring approximately 2 x 2.5 cm. The patient was treated with one application of sclerosing solution (ethamolin[®]), that was resolved in 70 days. The treatment was the chemical sclerotherapy, because it is an option for easy application and has a low cost.

Descriptors: Hemangioma; Mouth Mucosa; Sclerotherapy; Ethanolamine.

I. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá (HGU – UNIC).

II. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

III. Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP).

IV. Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá (HGU – UNIC).

V. Doutor em Ciências da Saúde, Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas da Universidade de Cuiabá (UNIC).

VI. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá (HGU – UNIC), Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas da Universidade de Cuiabá (UNIC).

INTRODUÇÃO

Hemangioma (HEM) é uma lesão vascular benigna originada de uma proliferação de células endoteliais dos vasos sanguíneos.^{1,2,3} Tem sido sugerido que o seu desenvolvimento está associado à alterações hormonais, infecções, traumas e até condições relacionadas à gestação.¹

Na recente classificação da Sociedade Internacional para o Estudo das Anomalias Vasculares, os tumores vasculares foram subdivididos em: hemangioma, granuloma piogênico, hemangioma congênito rapidamente involuído, hemangioma congênito não-involuído, hemangiopericitoma, hemangioendotelioma em forma de Kaposi e em malformação vascular.³ Após algumas semanas do nascimento, o HEM apresenta rápida fase de crescimento seguida de involução espontânea gradual, podendo regredir totalmente após alguns anos.^{1,3,4}

O HEM é o tumor mais comum da infância, acometendo com maior frequência os tecidos moles das regiões de cabeça e pescoço, sendo rara a condição intraóssea.^{1,5,6} Clinicamente são indolores e podem passar despercebidos por vários anos, apresentam aspecto de massa macia, suave ou lobulada, sésil ou pediculada e podem ser vistos em tamanhos variados.⁵ A cor varia de rosa para vermelha púrpura, podendo apresentar palidez após aplicação de pressão, hemorragia espontânea ou após um trauma mínimo.^{2,7}

O tratamento do HEM que não regride espontaneamente depende de vários fatores, tais como idade do paciente e tamanho e extensão das lesões.^{5,6} Na presença de risco de trauma na região do tumor, é indicada a completa retirada cirúrgica ou a terapia com agentes esclerosantes.³ O objetivo do presente artigo é apresentar o relato de um HEM em mucosa jugal tratado com aplicação única de uma solução esclerosante associada à um anestésico local.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 63 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá queixando-se de “uma bola preta na bochecha”, observada após trauma oclusal na região. A paciente não apresentava alterações extra orais e intraoralmente foi observado edentulismo parcial, higiene oral satisfatória e um nódulo arroxeado em mucosa jugal direita, medindo aproximadamente 2 cm, de base sésil, superfície lisa, bordas planas, consistência macia e localizado (Figura 1).



Figura. 1 – Pré operatório a aplicação do oleato de monoetanolamina.

Diante da hipótese de lesão vascular, foi realizada manobra de diascopia. Ao se observar que a lesão se tornou pálida à compressão, foi definido diagnóstico clínico de HEM, sendo proposta como modalidade terapêutica a infiltração de solução esclerosante [Oleato de Monoetanolamina - Ethamolin® (Farmoquímica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil)]. Na primeira sessão, foi manipulada uma solução contendo 1/4 de um tubete de cloreto de mepivacaína HCl a 2% com epinefrina a 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e 3/4 de solução esclerosante. A solução foi aplicada na base da lesão, onde o procedimento de diascopia indicou ser a área de maior vascularização do tumor e onde estava localizado o vaso que supria a

lesão. O procedimento foi realizado em ambiente ambulatorial, com prescrição pós-operatória de anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg de 12/12 horas por 3 dias) e analgésico (Dipirona Sódica 1 g de 6/6 horas por 2 dias).

Passados 2 dias, a paciente retornou com queixas de dor. Ao exame físico apresentava rubor e dor à palpação nas regiões de corpo de mandíbula e submandibular do lado direito. Ao exame intraoral, a lesão apresentava-se eritematosa e coberta parcialmente por uma pseudomembrana esbranquiçada (Figura 2A). A paciente foi orientada quanto aos cuidados e a medicação anteriormente prescrita foi mantida. Ao retorno de 7 dias, a lesão apresentava-se com consistência fibrosa, de cor rósea, com uma depressão no centro coberta por uma pseudomembrana esbranquiçada e leve sintomatologia à manipulação (Figura 2B). O rubor extra oral havia regredido completamente. Com 15 dias de acompanhamento, a área da lesão apresentava-se rósea, sugerindo completa resolução do tumor, sendo ainda observada uma área de consistência fibrosa na região. Como o resultado da única aplicação de solução esclerosante foi satisfatório, optou-se por orientar massagem na região, e avaliar a necessidade de outras sessões posteriormente. No controle de 70 dias, a paciente apresentava mucosa jugal saudável, de cor rósea e indolor, sugerindo total involução do tumor (Figura 3).

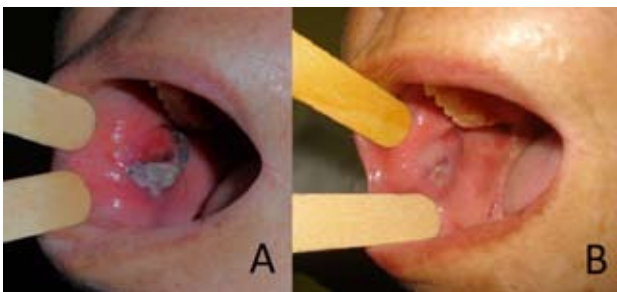


Figura. 2 – Pós operatório de 2 dias (A) e 7 dias (B) após aplicação do oleato de monoetanolamina.



Figura. 3 - Pós operatório de 70 dias após aplicação do oleato de monoetanolamina

DISCUSSÃO

A incidência de HEMé de 1 a 12%, dependendo da idade e da população estudada.⁴ Os HEMs da infância são os mais comuns, ocorrendo entre 5% e 10% nas crianças com até um ano de idade.^{2,3} Possui uma fase proliferativa que usualmente se estende por 6 a 10 meses, após a qual o tumor reduz seu crescimento e inicia sua involução.³ A cor altera-se gradualmente para uma coloração roxo-escura e a lesão aparenta ser menos firme à palpação. Aos cinco anos de idade, grande parte da coloração vermelha é perdida.² Cerca de metade dos HEMs exibe uma resolução completa aos cinco anos de idade e aproximadamente 90% dos casos apresentam resolução completa aos nove anos.² Após a regressão completa do tumor, a pele com aspecto de normalidade é reestabelecida em cerca de 50% dos pacientes, entretanto, mais de 40% dos indivíduos afetados irá exibir alterações permanentes como atrofias, cicatrizes, rugas ou telangiectasias.²

Os HEMs são mais comuns em mulheres do que em homens (proporção de 5:1) e ocorrem com maior frequência em indivíduos leucodermas.² HEMs são lesões assintomáticas que possuem colorações variando do azul ao vermelho-azulado, dependendo da sua localização, profundidade no tecido e o grau de congestão do vaso. Além disso,

podem apresentar bordas planas ou elevadas, superfícies lisas ou nodulares e tamanhos variados.² Na cavidade bucal os HEMs ocorrem principalmente nos lábios e na língua, mas podem se desenvolver na mucosa jugal, palato, gengiva, glândulas salivares, pele, músculos da face e mandíbula ou maxila.^{3,5} Podem causar ulcerações, dor, sangramento, infecções secundárias, compressão de estruturas anatômicas adjacentes, assimetrias faciais e problemas funcionais e estéticos. Seu desenvolvimento na cavidade bucal, geralmente acontece em áreas focais da submucosa do tecido conjuntivo ou intraósseo.³ No presente caso, a paciente apresentava lesão em submucosa na região jugal direita, com características semelhantes às relatadas na literatura. Presume-se que o HEM sempre esteve presente na cavidade oral da paciente e tenha passado despercebido até o momento do trauma oclusal.

Devido às suas características clínicas, o cirurgião dentista deve estar sempre atento ao diagnóstico diferencial com outras lesões como cistos, mucoceles, hematomas, metástases de carcinomas, epulides, telangiectasias, fibromas de mucosas, granuloma piogênico e sarcoma de Kaposi.⁶ As manobras de compressão digital e diascopia são os métodos mais utilizados no diagnóstico dos HEMs. A técnica de diascopia é realizada com o auxílio de uma lâmina de vidro pressionada contra o tumor, fazendo com que a lesão torne-se pálida após a sua compressão. Isto ocorre em virtude do esvaziamento dos vasos sanguíneos que formam o HEM.⁷ Outras lesões como os hematomas mantêm a sua coloração, devido ao tecido sanguíneo não estar no interior dos vasos. Assim, é possível estabelecer o diagnóstico sem necessidade de biópsia.⁷

No presente caso clínico, a técnica utilizada foi a diascopia com auxílio de uma lâmina de vidro. Com a realização desta técnica foi possível observar que grande parte da lesão se tornou pálida e que a região central, local de maior vascularização e nutrição do tumor, continuou com a cor arroxeada.

A punção aspirativa é outra técnica que pode ser utilizada para a confirmação desta entidade patológica.⁷ Não optou-se por esta técnica em virtude dos riscos de sangramentos de difícil controle. Outros métodos de diagnóstico que auxiliam na descrição da lesão quanto a sua localização, dimensão e planejamento terapêutico são a tomografia computadorizada e ressonância magnética, sendo estes mais utilizados no diagnóstico de lesões dos tecidos moles.⁵ Como a lesão se apresentou de forma localizada e bem definida e o diagnóstico pôde ser feito clinicamente, o uso de tais recursos de diagnóstico não foi necessário.

Com relação ao tratamento do HEM, fatores como tamanho e local da lesão devem ser sempre levados em consideração.³ No caso de lesões superficiais, sem problemas estéticos e não sujeitas a traumas da mastigação, o tratamento pode ser conservador; já nos casos de lesões superficiais pequenas, pode-se optar pela completa retirada cirúrgica ou pela terapia com agentes esclerosantes.^{3,5} A remoção de lesões mais profundas e maiores geralmente envolve uma abordagem cirúrgica mais ampla pelo potencial de hemorragia, podendo ser ou não associada à esclerose química, crioterapia, laserterapia, ligadura e excisão, ulceração artificial, eletrocauterização, termocauterização, radioterapia ou embolização.^{3,4,5,7}

Várias substâncias já foram utilizadas na escleroterapia, dentre elas o morruato e o psiliato de sódio. Entretanto, estas substâncias podem provocar dor, reações alérgicas e até mesmo choque anafilático, o que limita a utilização das mesmas.^{2,7,8} O oleato de monoetanolamina e o tetradecil sulfato de sódio são as substâncias esclerosantes mais utilizadas atualmente.⁹ O oleato de monoetanolamina é um derivado do ácido oléico, com propriedades hemostáticas comprovadas. Quando injetado dentro da lesão, provoca resposta inflamatória que resulta na fibrose e obliteração dos vasos sanguíneos. O componente oléico provoca a coagulação local

por meio da ativação do fator de Hageman e o componente da etanolamina inibe a formação do coágulo de fibrina pela quelação do cálcio. A ação conjunta dessas duas substâncias permite um equilíbrio hemostático, evitando a hemorragia após sua administração nas lesões vasculares.¹⁰ Lesões tratadas com substâncias esclerosantes apresentam substituição dos vasos sanguíneos por tecido conjuntivo como consequência do processo inflamatório induzido pelo fármaco.^{4,5,8,9}

No caso em questão, por se tratar de uma área com grande risco de trauma oclusal e de uma lesão de dimensões médias, o tratamento de escolha foi o esclerosante associado ao anestésico local. Este apresenta baixo custo, é eficaz e de técnica simples.

O uso de anestésico local com vasoconstritor provoca vasoconstrição periférica, assegura maior tempo de ação do medicamento, limita a ação do mesmo e diminui a sensação dolorosa do procedimento. Dor é comum durante e após o procedimento devido uma resposta inflamatória leve e local, que normalmente, não se estende por mais de 3 dias.⁹ A aplicação deve ocorrer no centro e na porção mais profunda da lesão, evitando-se assim, sua administração de maneira superficial, pois a mesma pode provocar necrose da mucosa bucal.⁹ No presente caso, a paciente não experimentou desconforto no transoperatório, porém, no segundo dia após a aplicação, houve necrose superficial em mucosa jugal associada à dores localizadas, com discreto rubor extra oral, provavelmente devido a uma infiltração acidental de pequena quantidade da solução em uma área mais superficial da lesão.

Com auxílio da diascopia, obteve-se a regressão total do tumor com uma única aplicação do agente esclerosante, visto que essa manobra possibilitou a identificação das áreas de maior nutrição do HEM, orientando quanto aos principais pontos de infiltração da solução, minimizando assim, o número de sessões de aplicação, o trauma local na região, o

desconforto pós-operatório após cada aplicação e o custo total do tratamento.

É oportuno destacar que o uso de agentes esclerosantes está contraindicado para pacientes diabéticos não compensados e em áreas de infecção secundária. Além disso, o Ethamolin® não deve ser utilizado em gestantes, pois pode apresentar efeito teratogênico.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hemangiomas são tumores bastante comuns na região de cabeça e pescoço. O manejo e o conhecimento das técnicas diagnósticas são fundamentais para o diagnóstico diferencial com outras lesões. Para tanto, o cirurgião dentista deve estar apto a diagnosticar, tratar e se for o caso, encaminhar ao especialista para o tratamento. O tratamento esclerosante é bem indicado nos casos de HEM submucoso, de técnica simples, porém cuidadosa, e barata.

REFERÊNCIA

1. Kripal K, Rajan S, Ropak B, Jayanti I. Cavernous Hemangioma of the tongue. *Case Rep Dent.* 2013 Agus;2013:898692.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 2nd Edition. Philadelphia: WB Saunders; 2002:447-449.
3. Corrêa PH; Nunes LCC; Johann ACBR; Aguiar MCF; Gomez RS; Mesquita RA. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and variz in a Brazilian population. *Braz Oral Res* 2007 Jan-Mar;21(1):40-55.
4. Agarwal S. Treatment of Oral Hemangioma with 3% Sodium Tetradecyl Sulfate: Study of 20 Cases. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Sep;64(3):205-207.
5. Dilsiz A; Aydin T; Gursan N. Capillary heman-

gioma as a rare benign tumor of the oral cavity: a case report. *Cases J.* 2009 Sep;9(2):8622.

6. Ethunandan M, Mellor TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region - A review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2006 Aug;44(4):263-272.
7. Chinen A, Martins RH, Santos GG, Souza A, Marcucci G. Hemangioma: aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutica de 235 casos. *RevO-dontol UNICID.* 1996, Jan-Jun; 8(1):43-49.
8. Johann ACBR, Aguiar MCF, Carmo MAV, Gomez RS, Castro WH, Mesquita RA. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamine oleate: an open clinical trial with 30 lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio-Endod.* 2005 Nov;100(5):579-584.
- 32 9. Sadeghi E, Gingrass D. Oral hemangioma treated with a sclerosing agent. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1989 Oct;18(5):262-263.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rubens Caliento

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá (HGU-UNIC), rua 13 de junho, 2101, ambulatório II, Centro, Cuiabá – MT, CEP: 78025-000, email: rubens.caliento@hotmail.com