

HEMANGIOMA BUCAL: ESCLEROTERAPIA COM OLEATO DE ETANOLAMINA. REVISÃO DA LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE CASO

Oral haemangioma: sclerotherapy with ethanolamine oleate. Review of the literature and report of case

Marina de Oliveira Ribas¹
Juliana Laranjeira²
Maria Helena Sousa³

Resumo

Hemangiomas são hamartomas vasculares que podem estar presentes na boca ou na pele. Normalmente são assintomáticos. Porém, o crescimento progressivo da lesão pode facilitar injúrias e causar sangramento inesperados, muitas vezes de difícil controle. O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico de hemangioma intrabucal que foi tratado cirurgicamente, recidivando após dois anos. Permaneceu por 42 anos na boca. O tratamento de escolha foi a esclerose com oleato de etanolamina 5% e o paciente permanece estável após 1 ano das aplicações. Discute-se o mecanismo de ação dos esclerosantes, as indicações e contra-indicações, a técnica e o controle da dor pós-operatória.

Palavras chave: Hemangioma; Hamartoma vascular; Doenças bucais; Etanolamina.

Abstract

Haemangiomas are vascular asymptomatic hamartomas which may be found in the skin and in the mouth and rarely cause symptoms. Only the largest lesions may be liable to be eventually injured and cause some bleeding. The objective of this article is to present a case of haemangioma that returned two years after the initial surgical treatment. It was treated by sclerosis with 5% ethanolamine oleate. The patient has been followed for one year and is free of the lesion. The indications, technique and post operative pain control of the sclerosis treatment are discussed.

Keywords: Haemangioma; Vascular Hamartomas; Oral diseases; Ethanolamine.

¹ Prof.a Titular do Curso de Odontologia da PUCPR; Doutora em Estomatologia, Mestre em CTBMF.

² Cirurgiã-dentista.

³ Prof.a Assistente do Curso de Odontologia da PUCPR; Mestre em Estomatologia.

Introdução

Os hemangiomas são considerados hamartomas e não verdadeiras neoplasias. Ocorrem com frequência na boca, sendo as principais áreas de ocorrência os lábios, a língua, a mucosa jugal e o palato (1). Sua etiologia ainda é incerta; estímulos endócrinos e inflamatórios podem ativar essa má-formação vascular (2).

Os hemangiomas são lesões que normalmente não recidivam ou sofrem malignização quando a terapêutica correta é instituída. Para este resultado, impõe-se o diagnóstico preciso. A coloração pode variar do azul ao vermelho-azulado, de acordo com a localização e a profundidade da invasão tecidual, bem como do grau de congestão da área afetada. Os hemangiomas podem apresentar-se planos ou elevados, com superfície lisa ou nodular. O tamanho pode variar de alguns milímetros a vários centímetros. Normalmente são assintomáticos (1). A diascopia é importante auxiliar no estabelecimento do diagnóstico diferencial. À compressão pela lâmina de vidro, o hemangioma adquire coloração pálida, diminuindo de tamanho devido ao esvaziamento vascular. A aspiração da lesão produzirá líquido denso, vermelho-escuro, com aspecto de sangue (1).

Os hemangiomas intra-ósseos representam menos de 1%, a maior parte dos casos ocorrendo na região de cabeça e pescoço (3). Costumam apresentar imagem radiográfica radiolúcida única ou multilocular, com aspecto de favos de mel, semelhante a alguns cistos. Podem estar presentes nas bordas espículas ósseas em forma de raio de sol, mimetizando um osteosarcoma; por isso é sempre prudente a aspiração de lesões intra-ósseas radiolúcidas. A mandíbula apresenta-se mais afetada do que a maxila, numa proporção de 2:1 (4,5). Clinicamente pode apresentar diferentes formas. Geralmente ocorre um aumento de volume indolor e de consistência dura, que pode provocar assimetria facial. Em outros casos, pode ocorrer dor ou sangramento gengival em torno dos dentes localizados na região da lesão (3).

Histologicamente, os hemangiomas podem ser classificados como capilar e cavernoso. Apesar de existirem diversas

classificações, outras formas de hemangiomas parecem ser variações dos dois tipos básicos (1).

O hemangioma capilar é a forma mais frequente, podendo ser congênito ou de origem traumática, com tendência à involução espontânea durante os primeiros anos de vida. É mais comumente observado em pessoas do sexo feminino. Uma massa plana de pigmentação vermelha caracteriza o início das lesões, com produção de massa elevada e lobulada e coloração variando do vermelho ao roxo (6). Ao exame microscópico, apresenta-se como uma proliferação de capilares localizados superficialmente na pele ou na mucosa. O granuloma piogênico é considerado uma variável desse tipo. A forma cavernosa é menos frequente. É maior em profundidade e não costuma regredir (1). Caracteriza-se pela presença de vasos proliferantes com diâmetros mais amplos. Possui, também, predileção pelo sexo feminino, ocorrendo na região de cabeça e pescoço (6,7). Microscopicamente apresenta grandes seios, forrados por única camada endotelial, podendo apresentar um componente capilar na superfície e um cavernoso nas porções profundas da lesão (1).

Os hemangiomas capilares bucais podem representar hemangiomas proliferativos, enquanto que os cavernosos podem tratar-se de hemangiomas proliferativos em fase de regressão ou malformação vasculares bucais (8).

A principal queixa dos pacientes portadores de hemangiomas é o distúrbio estético. Dependendo do tamanho e da localização, podem ocasionar assimetria facial ou interferir na função dos órgãos envolvidos (4). Quando localizados no assoalho da boca, essas lesões causam problemas funcionais, associados à mastigação, deglutição e fala. Na ausência de transtornos, a preservação é a melhor conduta (1).

O hemangioma é uma lesão que tem como uma de suas características o tamanho extremamente variável. Nessa variação consiste a possibilidade ou não de tratamento (9).

O tratamento dos hemangiomas é muito discutido na literatura, incluindo desde a radioterapia, eletrocoagulação, aplicação de laser, crioterapia, embolização, cirurgia, escleroterapia e administração de Interferon. A embolização consiste na inserção no vaso nutriente do material obliterante. Alguns dos

agentes utilizados para tal fim são o silicone, a esponja de gelatina, músculo ou isobutil cianoacrilato. É um procedimento complexo com possíveis complicações, como a embolização de vasos pulmonares ou cerebrais. Além disso, a embolização dos vasos nutrientes pode diminuir o tamanho da lesão apenas até o desenvolvimento de vasos colaterais (3).

Os hemangiomas podem ser tratados clinicamente utilizando Nd:YAG laser, e com resultados satisfatórios (10).

A radiação ionizante é terapia comum e eficaz para o tratamento de tumores malignos. Foi muito utilizada no passado para o tratamento de condições benignas, mas hoje em dia é raramente indicada para esse propósito, especialmente em crianças, pelos efeitos deletérios da radiação para os tecidos normais circunjacentes. Este tipo de terapia, entretanto, continua indicada por alguns autores, em casos selecionados (12, 13).

A utilização de radiações ionizantes para o tratamento de hemangiomas deve ser vista com cautela, uma vez que alguns casos descritos associam hemangiomas previamente irradiado com malignidades tardias, com casos de câncer de mama e de tireóide, leucemia e sarcoma (14). Outras complicações próprias da radiação ionizante em ossos em crescimento são mais frequentes (15). Existem casos relatados de outros efeitos adversos da radioterapia, como calcificações pulpaes, seguida de mortificação pulpar, radiodermite, xerostomia transitória e a modificação de cor da lesão para acastanhada (16).

Em pequenos hemangiomas intrabuciais, a crioterapia é eficaz, com a vantagem de ser rápida e de possuir poucas complicações quando usada corretamente. A desvantagem é a sua limitação do uso somente em lesões pequenas e superficiais da mucosa (1).

O objetivo deste trabalho é discutir a aplicabilidade da infiltração do oleato de etanolamina a 5% num paciente que apresentou recidiva de um hemangioma bucal após excisão cirúrgica.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 48 anos, com queixa principal de um tumor intrabucal, próximo ao lábio inferior,

junto à comissura esquerda. O paciente relatou que a lesão estava presente desde a infância. Aos seis anos de idade, fora submetido a uma cirurgia de remoção da lesão, a qual reapareceu dois anos após. Atualmente, observava que a lesão estava lentamente aumentando de tamanho.

Relatava que tinha a preocupação de causar um traumatismo na região, na mastigação ou dormindo e ocasionar sangramento inesperado.

Clinicamente, a lesão apresentava coloração variando do vermelho púrpura ao violeta, com áreas mais elevadas e áreas planas, onde se observava área de cicatriz da cirurgia já realizada anteriormente. O diâmetro da lesão era de 2,8 cm, desprezível, não pulsátil, com alteração de coloração à compressão (diascopia); indolor, localizada na mucosa bucal vestibular próximo à rima bucal (Fig.1). O exame radiográfico não apresentou alterações da normalidade.

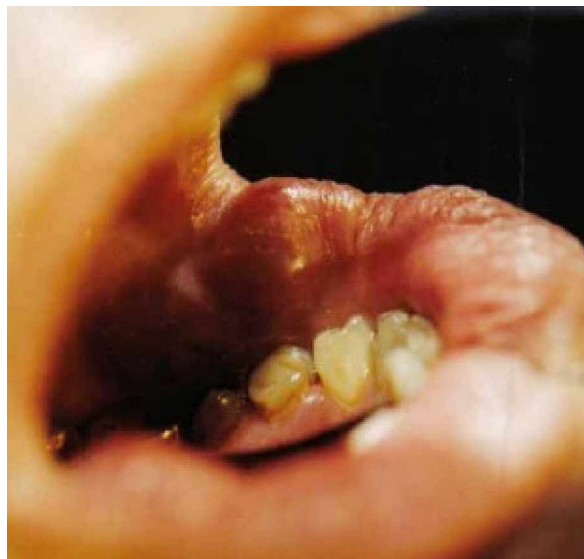


Fig. 1 Aspecto inicial da lesão

Estabelecido o diagnóstico de hemangioma cavernoso, optou-se pelo tratamento por esclerose medicamentosa.

Na primeira aplicação, utilizou-se anestesia local (mepivacaína sem vaso constritor), junto ao forame mental, complementada por infiltração na mucosa bucal. Para realizar a punção, utilizou-se seringa de insulina contendo bolhas de ar no interior para facilitar a penetração do medicamento e promover a esclerose, de

acordo com especificações do fabricante do medicamento. Justifica-se que, ao penetrar o medicamento no interior da lesão, pode-se observar a circulação do medicamento graças à presença das bolhas. Assim, pode-se observar se o medicamento está sendo depositado em toda a extensão da lesão (Fig. 2) Prescreveu-se paracetamol associado a 30mg de codeína, 8/8 horas, bem como aplicação de gelo no local.

No 21.º dia observou-se regressão da lesão (Fig. 4).



Fig. 2 Aspecto imediato após a injeção

No dia seguinte, o paciente retornou com edema importante. A lesão não era mais desprezível, apresentando-se, no entanto, endurecida e dolorida. Dois dias após a primeira, foi realizada nova infiltração, seguindo o mesmo protocolo medicamentoso.

Nos 7.º e 14.º dias repetiu-se o procedimento, observando-se diminuição da lesão e presença de área esbranquiçada, sugestiva de esclerose na superfície da lesão (Fig. 3). No 21.º dia observou-se regressão da lesão (Fig. 4). Após a alta, o paciente está sendo observado anualmente (Fig. 4).



Fig. 3 Esclerose superficial da lesão



Fig. 4 -Aspecto clínico de regressão da lesão, após 21 dias.

A maior queixa do paciente foi dor intensa ao passar o efeito da anestesia. A utilização de compressas geladas no local revelou-se eficiente auxiliar no controle da dor e na redução do edema. Após a primeira infiltração, paciente relatou ter aplicado o gelo somente após cinco horas da intervenção, tendo referido dor intensa e edema acentuado. Nas sessões seguintes, aplicou gelo imediatamente após a infiltração, em intervalos de 15 minutos e cada oito horas, ocorrendo substancial redução da dor e edema na região, dispensando até o uso de medicamentos analgésicos.

Discussão

O caso apresentado é exceção quando comparado a relatos de predileção das lesões hemangiomatosas em mulheres. (7,6). Os hemangiomas são considerados hamartomas ou máis-formações (5). No caso apresentado, pode-se observar este fenômeno, pois a remoção cirúrgica inicial da lesão, aos seis anos de idade, foi ineficaz. O crescimento foi extremamente lento, levando o paciente a procurar novo tratamento 42 anos após a primeira intervenção.

Este caso contraria estudo (7) que constatou, em amostra de 235 casos de hemangiomas bucais, que 90% dos casos apresentaram tempo de evolução de um ano. Neste caso, o hemangioma esteve presente durante 42 anos. O paciente durante todos estes anos não procurou tratamento. Porém, a lesão, pelo seu tamanho, dificultava a sua rotina e comprometia a estética, levando-o a adotar uma postura labial protetora para ocultar a lesão.

No presente caso, o hemangioma situava-se no lábio inferior, junto à rima bucal e mucosa jugal, em lesão única, similarmente a diversos casos na literatura. (1, 7, 17).

O paciente não apresentava distúrbio endócrino, doença sistêmica ou local relacionada com os dentes, permanecendo assim incerta a presença de um estímulo para o crescimento da lesão, como relatado na literatura (2).

Para a escolha do tipo de tratamento dos hemangiomas, algumas características devem ser levadas em consideração, como tamanho, localização e duração da lesão, idade do paciente, hemodinâmica da lesão, através da observação do fluxo sanguíneo, além da viabilidade da técnica a ser utilizada (4, 7, 9, 17).

A cirurgia e a escleroterapia são as técnicas mais utilizadas no tratamento dos hemangiomas da boca. Diversos são os agentes esclerosantes encontrados comercialmente. Entre os mais utilizados, pode-se destacar o morruato de sódio e o psiliato de sódio, as duas drogas mais utilizadas no passado. No entanto, por provocarem dor local, reações alérgicas com certa frequência e até mesmo alguns casos de choque anafilático, essas

substâncias passaram a ser cada vez menos empregadas (7).

O tetradecil sulfato de sódio e o oleato de etanolamina são os agentes esclerosantes mais utilizados atualmente. Além desses, a água quente e a solução de glicose hipertônica também foram utilizadas na escleroterapia dos hemangiomas (4). As vantagens desta técnica consistem, principalmente, na eliminação do trauma cirúrgico, com menor risco de hemorragias. Igualmente, o uso pré-cirúrgico desses agentes pode facilitar a excisão, por diminuir o tamanho da lesão (4, 7, 9, 17).

Os agentes esclerosantes, como o oleato de etanolamina 5%, estão indicados no tratamento de hemangiomas e de varizes, principalmente as esofágicas. Seu mecanismo de ação baseia-se na necrose tecidual e na formação de trombos locais, observados 24 horas após a escleroterapia. O oleato de etanolamina, ou monoetanolamina, é um derivado do ácido oléico, com propriedades hemostáticas comprovadas. O componente oléico provoca a coagulação local por meio da ativação do fator de Hagemman e a 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 (4, 7, 9, 17).

A dose do medicamento deve ser proporcional ao tamanho da lesão. Mesmo em lesões maiores, a aplicação do agente esclerosante deve ser realizada em sessões intercaladas de no mínimo 7 dias, não ultrapassando 2 ml em cada injeção.

A disseminação sistêmica de 5% do oleato de etanolamina frequentemente ocorre quando o medicamento atinge o interior dos vasos sanguíneos, principalmente artérias (4,18). Esta complicação, grave, pode ser minimizada pela correta eleição do caso e aplicação somente naqueles que não apresentem pulsação evidente, situação que sugere predominância arterial no hamartoma.

No caso apresentado, a dose inicial foi fracionada em duas etapas, com diferença de 2 dias, devido ao grande tamanho da lesão.

Durante a realização dessa técnica, a anestesia nem sempre é indicada. A aplicação do agente esclerosante deve ser lenta e gradual para evitar a ruptura dos vasos sanguíneos. Ocorre algum desconforto local, manifestado

cl clinicamente por uma sensação de ardor. A injeção do medicamento não deve ser superficial, pois poderá ocasionar uma necrose indesejada da mucosa bucal. No caso apresentado, observou-se que, mesmo o paciente estando anestesiado, ocorreu sensação desagradável de ardor. Portanto, a anestesia local é necessária, pois ameniza o desconforto do paciente no momento da infiltração.

A escleroterapia é técnica efetiva e relativamente simples de ser executada em ambulatório, associada à disponibilidade e o baixo custo do oleato de etanolamina. Está contra-indicada em casos de pacientes diabéticos não controlados e em áreas com infecção secundária. A utilização do oleato de etanolamina deve ser evitada durante a gravidez, pois pode ter efeito iatrogênico, não tendo ainda sido estabelecida sua segurança. (4, 7, 9, 17).

O tratamento de escolha para o caso apresentado foi a escleroterapia com oleato de etanolamina 5%, devido à facilidade do tratamento e à convicção de que numa eventual recidiva o tratamento poderá ser repetido.

Conclusões

O caso apresentado apresenta várias características clássicas desta má-formação, como a recidiva após remoção cirúrgica, a localização e o aspecto clínico e a excelente resposta à terapêutica esclerosante.

Com relação ao sexo do paciente, porém, o caso difere da literatura, que apresenta maior prevalência no sexo feminino.

As terapias para as lesões vasculares são múltiplas e requerem ainda muitas discussões e estudos. Não há um tratamento universalmente aceito, mas sim aquele indicado para cada caso, respeitando a integridade e as características individuais de cada paciente.

Referências

1. Rocha LB, Pádua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. RGO 2000; 48:150:2.
2. Barret AW, Speight PM. Superficial arteriovenous hemangioma of the oral cavity. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endod 2000;90:731-8.
3. Spyrides KS, Beclair BS, Oliveira AEF, Coutinho ACA. Hemangioma central de maxila. Revista Paulista de Odontologia 2001;23:16-20.
4. Wang L, Oliveira DT, Consolaro A, Perez F. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. Robrac 1998;7:20-2.
5. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3.ed. São Paulo: Pancast, 2002:247-8.
6. Leão JC, Gones DO. Alterações vasculares. Disponibilidade: www.ufpe.br/estomatologia/lesoes_pigmentadas.htm-44K. [03 jun. 2003].
7. Chinen A, Martins R.H, Santos GG, Souza A, Marcucci G. Hemangioma: aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutica de 235 casos. Rev Odontol UNICID 1996; 8:43-9. ,
8. Spetic MBSA. Avaliação da presença de mastócitos em hemangioma e granulomas piogênicos bucais. Dissertação de Mestrado, F.O.B. USP, 2001.
9. Pistóia AD, Achutti NA, Yurgel LS, Soares ECS. Uso de um agente de esclerose química para o tratamento de hemangioma. Odonto Ciência, 1998;13:39-45.
10. Volpe A, Boraks S, Genovese WJ. Utilização de NdYAG laser como tratamento alternativo de hemangiomas na boca: relato de dois casos clínicos. Rev Odontol UNICID 1999;11:45-50.
11. Shikhani AH, Jones MM, Marsh BR, Holliday MJ. Infantile subglottic hemangiomas. An update. Ann Otorhinol Laryngol 1986;95:336-47.
12. Shin HY, Ryu KH, AHM HS. Stepwise multimodal approach in the treatment of

- Kasabach-Merritt syndrome. *Pediatr Int* 2000;44:620-24.
13. Ogino I, Torikail K., Kobayasi S, Aind AN, Hata M, Kigasawa H. Radiation therapy for life or function threatening infant hemangioma. *Radiology* 2001;218:834-39.
 14. Patel SG, See AC, Williamson PA, Archer DJ, Evans PH. Radiation induced sarcoma of the head and neck. *Head Neck* 1999; 21:346-54.
 15. Nasman M, Forsberg CM, Dahllof G. Long-term dental development in children after treatment for malignant disease, *Eur J Orthod* 1997;19:151-59.
 16. Prado CE, Ribas MO. Hamartoma vascular: revisão da literatura e relato de caso clínico associado à radiodermite e granuloma periapical. *Odonto Ciência, Faculdade de Odontologia da PUCRS* 1997;12:45-50.
 17. Pereira CCT, Figueiredo MAZ, Cherubini K. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. *JBC* 2002; 6:324-28
 18. Sukigara M, Cunha MS, Dias EP. Systemic dissemination os ethanolamine oleate after injection sclerotherapy for esophageal varices. *Arch Surg* 1985;120:833-36.

Received in 09/10/2004; Accepted in 11/11/2004.
Recebido em 10/09/2004; Aceito em 11/11/2004.