

## **TRATAMENTO INCRUENTO DE HEMANGIOMA RECIDIVANTE EM MAXILA: RELATO DE CASO**

### **CONSERVATIVE TREATMENT OF RECURRENT HEMANGIOMA ON THE MAXILLA: CASE REPORT**

**MATHEUS GABARDO YOKOTA.** Mestrando em Odontologia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

**LETÍCIA NADAL.** Mestranda em Odontologia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

**ELEONOR ÁLVARO GARBIN JUNIOR.** Doutor com área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP.

**NATASHA MAGRO ÉRNICA.** Doutora em Odontologia, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP e Research Fellow in Oral and Maxillofacial Surgery - Baylor College Of Dentistry Texas A M University.

**GERALDO LUIZ GRIZA.** Doutor em Implantodontia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP.

**RICARDO AUGUSTO CONCI.** Doutor com área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela PUC/RS.

Rua Dom Pedro I, 19A, Vô Conrad, Palotina-PR, CEP 85950-000. E-mail: matheusgabardoyokota@hotmail.com

### **RESUMO**

O hemangioma é um tumor relacionado à má formação vascular de origem endotelial ou neoplasia vascular benigna. Possui como localização mais comum a região de cabeça e pescoço, representando 60% dos casos, com predileção por mulheres em relação aos homens (proporção 3:1 a 5:1) e maior frequência em leucodermas. Em geral apresentam-se clinicamente na cavidade bucal como pápulas ou nódulos de coloração vermelho-arroxeadas afetando, principalmente, lábios, língua e assoalho bucal, sendo normalmente assintomáticos. Porém, o crescimento progressivo da lesão pode facilitar injúrias e causar sangramentos inesperados sendo o distúrbio estético a principal queixa dentre os pacientes. O tratamento dessas lesões é algo bastante discutido na literatura variando entre acompanhamento, embolização, aplicação de corticoides, radioterapia, eletrocoagulação, aplicação de laser ou de interferon alfa, crioterapia, cirurgia/biópsia incisional e escleroterapia, de acordo com o caso. A proposta deste trabalho é relatar um caso de hemangioma em região de fundo de sulco vestibular superior direito tratado com esclerose terapêutica com oleato de monoetanolamina (Ethamolin®) considerando as características clínicas e os métodos de diagnóstico desta lesão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hemangioma. Escleroterapia. Cavidade Bucal.

### **ABSTRACT**

Hemangioma is a tumor related to vascular malformation of endothelial origin or benign vascular neoplasia. Its most common location of the development is the head and neck region, representing 60% of the cases. There is also a predilection for women in relation to men (ratio: 3: 1 to 5: 1), and a higher frequency in Caucasian. Although it is usually asymptomatic, in general, it appears clinically in the oral cavity as red-purplish papules or nodules, affecting especially the lips, tongue and mouth floor. However, the progressive growth of the lesion may lead to injury and cause unexpected bleeding, so the aesthetic disorder is the main complaint among patients. The treatment of this lesion has been widely discussed in the literature, varying from monitoring, embolization, corticoid application, radiotherapy, electrocoagulation, laser or interferon alpha application, cryotherapy, incisional surgery/biopsy and sclerotherapy, according to the case. The aim of this study is reporting a case of hemangioma in the region of the upper right buccal vestibule treated with monoethanolamine oleate (Ethamolin®) therapeutic sclerosis, considering the clinical characteristics and diagnostic methods of this lesion.

**KEYWORDS:** Hemangioma. Sclerotherapy. Oral Cavity.

### **INTRODUÇÃO**

Hemangioma bucal caracteriza-se como um tumor relacionado à má formação vascular de origem endotelial ou neoplasia vascular benigna (CARDOSO et al., 2010). Possui como localização mais comum a região de cabeça e pescoço, representando 60% dos casos, com predileção por mulheres em relação aos homens (proporção 3:1 a 5:1) e maior frequência nos leucodermas. Está entre os tumores que mais afetam a infância, ocorrendo em 5% a 10% das crianças com até 1 ano de idade (NEVILLE et al., 2009). A etiologia dos hemangiomas está relacionada a anomalias congênitas, traumas físicos, estímulos endócrinos e inflamatórios de etiologia desconhecida (CRUZ et al., 2011).

Em geral apresentam-se na cavidade bucal como pápulas ou nódulos de coloração vermelho-arroxeadas afetando principalmente lábios, língua e assoalho bucal (CARDOSO et al., 2010). Normalmente são assintomáticos. Porém, o crescimento progressivo da lesão pode facilitar injúrias e causar sangramentos inesperados, muitas vezes de difícil controle (RIBAS et al., 2004). A principal queixa dos pacientes portadores de hemangiomas é o distúrbio estético pois dependendo do tamanho e localização tais lesões podem causar assimetria facial ou interferir na função de órgãos envolvidos (CRUZ et al., 2011).

O diagnóstico destas lesões pode ser definido de forma simples e segura, pela anamnese, exame clínico e por manobras semiotécnicas, como a vitropressão, que consiste na compressão do local por uma lâmina de vidro tornando a lesão pálida e de menor tamanho pelo esvaziamento vascular (CRUZ et al., 2011).

Histologicamente, observa-se uma proliferação anormal de células endoteliais nas quais se iniciam como brotos endoteliais sólidos e evoluem na

formação de capilares ou espaços maiores denominados de cavernosos. É por meio das suas características histológicas que os hemangiomas são classificados (REZENDE et al., 2016).

Basicamente, o hemangioma pode ser classificado como capilar ou cavernoso. Apesar de existirem diversas classificações. O hemangioma capilar é a forma mais frequente, costumando ser congênito. Ao microscópio apresenta-se como uma proliferação de capilares e localizam-se superficialmente na pele ou mucosa. Já a forma cavernosa é menos frequente, são maiores, menos circunscritos e usualmente envolvem estruturas profundas, situação na qual são localmente destrutivos, não costumando regredir (ROCHA et al., 2000).

A conduta terapêutica frente aos casos de hemangioma tem sido descrita na literatura de diversas formas: por meio de crioterapia, agentes esclerosantes, aplicação de corticoides, excisão cirúrgica, embolização, radioterapia e até mesmo aplicação de laser ou de interferon alfa (MANDU et al., 2013).

## CASO CLÍNICO

Paciente de 27 anos, leucoderma, sexo masculino que não apresentava alterações sistêmicas, foi encaminhado ao CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, localizada em Cascavel – PR, para avaliação de lesão em fundo de sulco vestibular superior direito queixando-se haver “estourado uma bolinha na boca”. Ao exame físico verificou-se lesão nodular, de duração desconhecida, diâmetro aproximado de 3 centímetros, coloração vermelho-azulada com alteração de cor à compressão (vitropressão), superfície lobulada, consistência firme à palpação, de formato irregular, indolor, localizada em fundo de sulco vestibular superior do lado direito e de numeração única (Figura 1).



**Figura 1-** Aspecto Inicial da lesão.

**Fonte:** o autor.

Como hipóteses de diagnóstico tínhamos hemangioma, mucocele, cistos, granuloma periférico e lesões de células gigantes, sendo os dois últimos pelo fato de haver envolvimento de região gengival. Portanto, para realização

de um diagnóstico diferencial optou-se pela manobra de vitropressão ou diasopia. Com o teste a lesão adquiriu uma coloração esbranquiçada e diminuição de seu volume, definindo assim o diagnóstico de hemangioma (Figura 2).



**Figura 2-** Teste de vitropressão.

**Fonte:** o autor.

Optou-se, então, pelo tratamento com agente esclerosante do tipo Ethamolin<sup>®</sup>; indicado para lesões vasculares pois produz trombose do endotélio vascular, seguida de fibrose, reduzindo ou eliminando as lesões, sem necessidade de cirurgia. Sua dose deve variar de acordo com o tamanho da lesão porém sem ultrapassar a quantia de 2 ml para cada injeção. As aplicações devem ser lentas e gradual, respeitando um intervalo de no mínimo sete dias (ZANETTINI, 2005).

A área foi anestesiada com a injeção de Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 por meio do bloqueio do Nervo Alveolar Superior Posterior e posteriormente foram injetados 2 ml de oleato de monoetanolamina a 5% (Ethamolin<sup>®</sup>) na porção mais profunda da lesão (Figura 3). Seguindo então com o protocolo de aplicações semanais.



**Figura 3-** Primeira aplicação de Ethamolin<sup>®</sup>.

**Fonte:** o autor.

Na consulta após 7 dias da terceira aplicação do agente esclerosante nota-se resultados satisfatórios como a regressão do volume da lesão e diminuição da coloração arroxeada (Figura 4).



**Figura 4-** Aspecto da lesão após 21 dias da primeira aplicação de Ethamolin<sup>®</sup>.  
**Fonte:** o autor.

O paciente retornou para sequência das aplicações do agente esclerosante seguindo o mesmo protocolo da aplicação inicial, e, após 7 dias da quarta aplicação do Ethamolin<sup>®</sup> tivemos a remissão da lesão atingindo quase a totalidade (Figura 5).



**Figura 5-** Aspecto da lesão 7 dias após a quarta aplicação de Ethamolin<sup>®</sup>, totalizando 28 dias desde a primeira aplicação.  
**Fonte:** o autor.

Devido a um problema não relatado o paciente não compareceu mais para a sequência das aplicações até total regressão da lesão. No entanto, passados 7 meses do início do tratamento, o mesmo voltou a procurar o atendimento do Centro de Especialidades Odontológicas da UNIOESTE relatando que a lesão obteve um aumento de volume o que pode ser constatado clinicamente (Figura 6).



**Figura 6-** Retorno após 7 meses com a recidiva da lesão.

**Fonte:** o autor.

Discutida as formas de tratamento juntamente com o paciente, foi optado por manter o tratamento com Ethamolin® para posterior reavaliação. Com o retorno das aplicações do agente esclerosante e comprometimento do paciente com o tratamento, pode-se constatar remissão da lesão com elevada diminuição do volume e a coloração já se apresenta com aspecto padrão de mucosa bucal saudável. O paciente encontra-se sob acompanhamento e a lesão estabilizada (Figura 7).



**Figura 7-** Aspecto da lesão após 60 dias do retorno com o tratamento com Ethamolin® somando mais 8 aplicações do agente esclerosante.

**Fonte:** o autor.

## **DISCUSSÃO**

Na literatura o termo hemangioma ainda é confuso para os clínicos, especialmente em relação a sua própria entidade e como conduzir essas lesões (CARDOSO et al., 2010). São lesões que normalmente não recidivam ou sofrem malignização quando a terapêutica correta é instituída. Porém para tal é necessário se fazer o diagnóstico clínico adequado (ROCHA et al., 2000).

O diagnóstico diferencial do hemangioma inclui cistos, mucocelos,

fibroma, granuloma piogênico, granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia gengival (epulis) e sarcoma de Kaposi. Portanto, é imprescindível juntar as características clínicas com outras manobras, como a diascopia ou vitropressão para obtenção de um diagnóstico preciso. Se ainda houver dúvida no diagnóstico final, uma pequena punção do conteúdo interno pode diferenciar dos cistos, devido a cor do líquido aspirado. Nas lesões císticas a cor será amarelo/transparente e no hemangioma o conteúdo será vermelho escuro de sangue (REZENDE et al., 2016).

A terapêutica vai variar dependendo de alguns fatores como idade do paciente, tempo de evolução, localização, dimensões e hemodinâmica (fluxo) (CHINEN, et al., 1996).

Rocha et al. (2000) defendem que a cirurgia isoladamente oferece bons resultados, porém é prudente a utilização de métodos preparatórios, como substâncias esclerosantes ou então a embolização seletiva do vaso nutridor, com a finalidade de reduzir os riscos hemorrágicos e diminuir o tamanho do tumor. Deve-se evitar incisar diretamente o tumor, procurando uma margem de segurança adequada, para se evitar sangramento abundante e o risco da recidiva. Neville et al. (2009) dizem que lesões grandes e problemáticas podem ser tratadas com a combinação de escleroterapia e excisão cirúrgica.

Kreisner et al., (2004) esclarecem que a laserterapia é um método alternativo e seguro no tratamento de hemangiomas com as vantagens de proporcionar adequada hemostasia, bem como menor resposta inflamatória. As suturas tornam-se desnecessárias e a ocorrência de infecções, fibroses e retração tecidual é minimizada. Porém de acordo com Almeida & Camargo (2014) a cirurgia a laser, deve ter sua utilização de forma cuidadosa, pois neste procedimento pode ocorrer a necrose tecidual.

Ribas (2004) relata que em pequenos hemangioma 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. Já Almeida & Camargo (2014) dizem que entre os efeitos adversos da crioterapia está o fato de ser um procedimento doloroso que causa atrofia cutânea, formação de cicatrizes e mudança de pigmentação no local da lesão.

A radioterapia, ainda que pareça ser um tratamento efetivo, pois mais de 50% das lesões regredem tem um inconveniente associado de favorecer um efeito carcinogênico cutâneo (ALMEIDA; CAMARGO, 2014).

A embolização está relacionada com órgãos internos e somente fica restrita à diminuição da lesão, devendo estar sempre associada à cirurgia (ALMEIDA; CAMARGO, 2014).

Em uma pesquisa com 235 casos, 44,26% o tratamento optado foi a esclerose das lesões com oleato de monoetanolamina a 5% (CHINEN et al., 1996.) Já Zambrano (1984) refere-se à aplicação da terapia esclerosante em lesões de qualquer tamanho, principalmente nas de localização profunda e de difícil acesso para execução de cirurgias, que podem levar a hemorragias, às vezes severas, com risco de óbito.

Para Ribas (2004) as vantagens desta técnica consistem, principalmente, na eliminação do trauma cirúrgico, com menor risco de hemorragias e Batista et al. (2005) concluíram que este agente esclerosante é 100% efetivo para o tratamento de lesões vasculares, não havendo diferença entre concentrações do medicamento. O Ethamolin<sup>®</sup> é indicado para lesões

vasculares pois produz trombose do endotélio vascular, seguida de fibrose, reduzindo ou eliminando as lesões, sem necessidade de cirurgia (ZANETTINI, 2005).

## CONCLUSÃO

Por meio de um diagnóstico preciso e um tratamento adequado, o caso apresenta-se sob acompanhamento, sem sinais de recidiva e com resultado estético funcional satisfatório. O oleato de etanolamina 5% (Ethamolin®) constitui-se como uma alternativa eficaz, segura por se tratar de uma terapêutica de baixa complexidade e fácil realização, proporcionando uma redução de possíveis complicações como a hemorragia, quando comparado com a excisão cirúrgica convencional, e de menor morbidade para pacientes com hemangiomas orais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C.; CAMARGO, W. R. Hemangioma Bucal. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol. 8, n.2, pp.59-61 (Set - Nov 2014).

BATISTA, R. J. A. C. et al. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamineoleate: an open clinical trial with 30 lesions. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**;100:579- 584, 2005.

CARDOSO, C. L. et al. Abordagem cirúrgica de hemangioma intraoral. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 9 (2) 177-180, abr./jun., 2010.

CHINEN, A., et al. Hemangioma: Aspectos clínicos diagnóstico e terapêutica de 235 casos. **Revista de Odontologia da UNICID**, v.8,n.1, 1996.

CRUZ, F. L. G.; et al. Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.125-129, jan./mar., 2011.

KREISNER, P. E. et al. Excisão cirúrgica de hemangioma labial com laser de Nd: YAG. **R. Fac. Odonto.**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, p. 39-42, dez. 2004.

MANDU, A. L. C., et al. Escleroterapia de hemangioma: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe , v. 13, n. 1, mar. 2013.

Disponível em:

<[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-52102013000100012&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102013000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 mai. 2018.

NEVILLE, W. B. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3º ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. p.540-545.

REZENDE, K.M.P.C. et al. Hemangioma: descrição de um caso clínico e sua importância no diagnóstico diferencial. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, 70(1):20-3, 2016.



RIBAS, M. O.; LARANJEIRA, J.; SOUSA, M. H. Hemangioma bucal: escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão da literatura e apresentação de caso. **Rev. de Clín.Pesq. Odontol.**, v.1, n.2, out./dez. 2004.

ROCHA, LB. et al. Hemangioma da cavidade bucal. **RGO**, 48 (3): jul/ago/set, 2000.

ZAMBRANO, G. J. H. Hemangiomas Tratamiento. Resultados de 15 casos tratados. **Acta OdontoVenez** 1984; 2 :105-120.

ZANETTINI, I.; ZANETTINI, R. M.; GOLLO, G. Escleroterapia como alternativa de tratamento de lesões vasculares bucais. **Clin. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.2, n.2, p. 119-126, out/dez. 2005.