

Escleroterapia de hemangioma em borda lateral de língua: relato de caso

Sclerotherapy of hemangioma in the lateral border of the tongue: case report

Alexandre Berno M. da Rocha^{1*}, Fernanda Braga Sant'Anna², Itana S. Fernandes³, Eduardo Azoubel⁴,
Roberto Paulo Correia de Araújo⁵

¹Mestrando do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistema – UFBA, Salvador, Bahia, Brasil; ²Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; ³Professora de Anatomia e Fisiologia dos Órgãos, Fala e Audição – UNEB. Mestranda de Clínica Odontológica. EBMS. Salvador, Bahia; ⁴Professor Assistente da UEMS. Mestre em Odontologia pela PUC-RS; ⁵Professor Titular de Bioquímica Oral. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistema – UFBA, Salvador, Bahia.

Resumo

Introdução: Os hemangiomas são lesões vasculares benignas que muitas vezes ocorrem na cavidade bucal podendo apresentar crescimento progressivo e sangramentos inesperados de difícil controle, quando expostos a traumas. Diversas formas de tratamento estão descritas na literatura, sendo mais comumente utilizada a cirurgia excisional e a escleroterapia. **Objetivo:** relatar um caso clínico de hemangioma em língua num paciente adulto portador desta lesão desde o nascimento. **Metodologia:** paciente do sexo feminino, 53 anos, portador de hemangioma situado na região lateral esquerda da língua, caracterizado pelo crescimento espontâneo e histórico de duas ressecções cirúrgicas com recidivas em um curto intervalo de tempo, foi submetido a procedimentos de escleroterapia através da aplicação intralesional do oleato de monoetanolamina a 5% diluído em glicose a 50% por três ciclos de seis aplicações do quimioterápico, com intervalo de quatro meses entre os ciclos. **Resultados:** finda as intervenções, o acompanhamento pós-escleroterapia do paciente durante cinco anos revelou êxito do tratamento realizado, uma vez que após este período inexistem sinais clínicos de recidiva. **Conclusão:** os resultados deste estudo expressam a eficácia da escleroterapia realizada com o uso do oleato de monoetanolamina associado à adoção de um método não invasivo.

Palavras-chaves: Hemangioma. Escleroterapia. Etanolamina-oleato.

Abstract

Background: Hemangiomas are benign vascular lesions that often occur in the oral cavity may present progressive growth and unexpected bleeding difficult to control when exposed to trauma. Several forms of treatment are described in the literature, more commonly used excisional surgery and sclerotherapy. **Objective:** To report a case of hemangioma in language in adult patients with this injury since birth. **Methodology:** female patient, 53 years, hemangioma located in the left lateral tongue, characterized by spontaneous and historical growth of two surgical resections with relapses in a short time interval, underwent sclerotherapy procedures through intralesional application of ethanolamine oleate 5% diluted in glucose 50% for three cycles of six applications of chemotherapy, with a four month interval between cycles. **Results:** ending interventions, post-sclerotherapy patient monitoring revealed successful five years of the treatment, since after this time there are no clinical signs of relapse. **Conclusion:** The results of this study express the efficacy of sclerotherapy performed with use of ethanolamine oleate associated with the adoption of a non-invasive method.

Keywords: Hemangioma. Sclerotherapy. Ethanolamine-oleate.

INTRODUÇÃO

O hemangioma é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma neoplasia vascular benigna, caracterizada pela proliferação anormal de vasos sanguíneos. A literatura é divergente quanto à definição das lesões vasculares. Na tentativa de estabelecer uma classificação adequada, Mulliken e Glowacki¹ dividiram essas anomalias em duas categorias: hemangiomas e malformações vasculares, sendo as características principais dos hemangiomas a proliferação de células endoteliais e o fato de estarem presentes ao nascimento em 40% dos casos.

Diversos autores acrescentam que as lesões, além de ocorrerem ao nascimento, podem acometer o indivíduo nos primeiros anos de vida^{2,3,4,5} ou em qualquer idade^{6,4,5,2}, com maior incidência para o sexo feminino numa proporção de 3:1^{4,7,5,2}, sem predileção por raça⁶, sendo considerado o neoplasma mais comum na infância^{7,2}. Essa patologia pode ser encontrada em qualquer parte do corpo e, quando a cavidade bucal é acometida, as localizações mais frequentes são: lábios, língua, mucosa jugal e palato^{4,8,9,6,7}. Neville relata que a ressecção cirúrgica raramente é necessária na infância². Para as lesões que ameaçam a vida, o tratamento medicamentoso deve ser indicado com uso de corticosteroides sistêmicos ou interferon, para reduzir seu tamanho.

Correspondente/ **Corresponding:** *Alexandre Berno M. da Rocha, Rua Almeida Garret, 190 ap. 204 Itaigara, Salvador BA CEP: 41815-320. E-mail: alexandreberno@hotmail.com

A etiologia dessa patologia é variável, podendo ser de origem congênita ou traumática⁸. Geralmente é assintomática, mas pode estar associada a dor, ulceração, sangramento, deformação tecidual, infecções secundárias e grandes assimetrias faciais^{9,7,8,2}. Clinicamente, os hemangiomas apresentam-se como lesões centrais ou periféricas, sendo que os tumores intraósseos podem ser confundidos com diversas patologias, sendo a punção aspirativa essencial para o diagnóstico^{3,6}. Em tecidos moles, caracterizam-se como bolhas de conteúdo sanguíneo^{3,9}, manchas ou nódulos de coloração que varia de vermelho intenso a violeta^{6,8}, superfície lisa ou lobular, de acordo com a localização e profundidade no tecido e grau de congestão dos vasos^{6,8,9}. Apresentam ainda tamanhos variados^{6,8,10} e frequentemente são flácidos à palpação, com contornos bem definidos ou não⁶. O exame clínico-anamnésico – somado a manobras semiotécnicas, como punção aspirativa e, principalmente, a vitropressão – conduz, de forma simples, conclusiva e segura, ao diagnóstico de hemangioma, uma vez que a biópsia incisional apresenta consideráveis riscos hemorrágicos^{11,12,13,14}.

Diversas técnicas têm sido propostas para o tratamento dessa patologia, dentre elas: crioterapia, laser, eletrocoagulação, embolização, radioterapia, cirurgia, administração de corticosteroides sistêmicos ou Interferon e escleroterapia^{8,4,9,6,7,15,2}. O tratamento esclerosante é uma técnica efetiva, conservadora, pouco invasiva, que resulta na eliminação de alterações estéticas e funcionais da área lesada, não envolvendo os riscos de hemorragia encontrados no tratamento cirúrgico, além de apresentar resolutividade em tempo curto^{9,15,4,8}. Uma variedade de agentes esclerosantes está descrita na literatura. Inicialmente, utilizava-se morruato de sódio 5% e psiliato de sódio no tratamento de lesões vasculares. Entretanto, devido a suas potenciais reações adversas (como dor local, reações alérgicas e até mesmo choque anafilático), essas substâncias caíram em desuso^{8,9}. Atualmente, as substâncias mais utilizadas são: tetradecil sulfato de sódio e oleato de monoetanolamina (2,5% e 5%). Além desses, podem ser utilizados ainda o etanol 95%, solução hipertônica de glicose (50% e 75%), água quente, álcool 95%, polidocanol 1%.

O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico de hemangioma tratado com sucesso e de forma conservadora por escleroterapia, utilizando-se oleato de monoetanolamina a 5%.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, faioderma, 53 anos, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em controle medicamentoso, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral Roberto Santos em outubro de 2007, queixando-se de nódulo assintomático em bordo lateral esquerdo e dorso da língua. Relatou que tinha conhecimento de que a citada lesão estava presente desde o seu nascimento, relatando ainda ter havido crescimento espontâneo, em-

bora lento, na idade adulta. Informou que se submeteu a dois procedimentos cirúrgicos para exérese dessa lesão, sendo o primeiro realizado em junho de 2006 e o segundo em outubro desse mesmo ano. Apesar das intervenções cirúrgicas realizadas, houve duas recidivas em um curto intervalo de tempo.

Ao exame clínico, constatou-se a presença de nódulos assintomáticos, de contorno bem definido, base sésil, superfície multilobulada, flacidez à palpação, coloração com variações do vermelho-púrpura a violeta, não pulsátil e com dimensão aproximada de 3cm (**Figura 1**). Após a realização do exame clínico, procedeu-se à manobra de vitropressão e punção intralesional revelada positivamente para sangue, estabelecendo-se, dessa forma, o diagnóstico de hemangioma^{11,12,13,14,15}.

Face ao histórico de recidivas dessa patologia, optou-se pelo tratamento com esclerose medicamentosa. O agente esclerosante utilizado foi o oleato de monoetanolamina a 5% (Ethamolin[®]), diluído em solução de glicose a 50%, na proporção de 1:9^{6,8,10,15}.

Devidamente informada sobre a natureza da lesão de que era portadora e das intervenções farmacológicas indicadas, foi dado início ao protocolo escleroterápico, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estabelecido pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral Roberto Santos, em convênio com a Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

Após a avaliação dos exames complementares realizados e visando a assegurar maior conforto à paciente, foi realizado o bloqueio anestésico dos nervos alveolar inferior e lingual, utilizando-se lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000 (DFL[®]). Utilizando-se uma seringa munida de agulha de insulina, injetou-se o agente esclerosante de forma lenta e gradativa em diversas áreas adjacentes à lesão, aleatoriamente. Imediatamente após cada aplicação, constatou-se sangramento persistente nas áreas puncionadas, controlado através de compressão com gaze por aproximadamente cinco minutos. Após cada sessão, visando ao controle da dor, prescreveu-se como agente analgésico não opioide a dipirona sódica, 500mg, de seis em seis horas.

Foram realizados três ciclos de administração do agente esclerosante, seguidos de intervalos de latência de quatro meses, com o intuito de se observar o comportamento clínico da neoplasia. No primeiro ciclo, correspondente a seis semanas de seguidas intervenções, realizou-se a aplicação do oleato de monoetanolamina, com a introdução de 2ml da substância esclerosante (**Figura 2**). Contudo não foi possível constatar alterações com maior significado no tamanho da lesão (**Figura 2A**); daí a opção pelo aumento da dose nas sessões subsequentes.

Após o intervalo de latência de quatro meses, foi realizado o segundo ciclo do tratamento, seguindo-se o protocolo anteriormente descrito, com aumento da dose da substância injetada para 4ml. Concluídas as seis aplicações, observou-se regressão parcial da lesão, com

alterações das características clínicas iniciais, tais como mudança da coloração devido à ocorrência de áreas de mucosa íntegra e outras associadas à persistência da lesão. Cabe ressaltar que a consistência considerada fibrosa foi o indicativo relacionado ao resultado reconhecidamente favorável do ciclo ora em evidência, confirmando que a eficácia do aumento da dose da substância injetada foi proporcional à dimensão da lesão (**Figura 3 e 3A**).

Repetido o intervalo de latência de quatro meses, foi realizado o terceiro e último ciclo da escleroterapia, seguindo-se o mesmo protocolo e mantida a dose de 4ml do oleato de monoetanolamina. Concluída essa etapa, observou-se remissão importante das proporções da lesão inicial e constatou-se a satisfação da paciente frente aos resultados obtidos (**Figura 4 e 4A**).

Nas consultas de reavaliação, a paciente referiu dor local leve apenas nas primeiras 48 horas após as intervenções, episódio controlado pela medicação analgésica prescrita. Atualmente, a paciente encontra-se no quinto ano de acompanhamento clínico contado a partir da última sessão de escleroterapia, sem quaisquer sinais de recidiva (**Figura 5, 5A, 5B e 5C**).

DISCUSSÃO

O caso clínico reportado neste estudo reforça os achados da literatura^{1,2} quanto à predileção dessa patologia pelo sexo feminino, pela alta incidência em língua e pelo seu desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Cabe registrar que, nessa paciente, a involução espontânea não ocorreu, mantendo-se o hemangioma presente até os 53 anos de idade, apresentando aumento de volume nos últimos anos, após o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, fazendo com que a paciente buscasse tratamento médico especializado. Nessa ocasião, submeteu-se ao tratamento ora em discussão em virtude do aumento de volume da lesão observado nos últimos anos.

Diversos estudos^{11,12,13,14} afirmam que um diagnóstico conclusivo de hemangioma, desde que não seja intraósseo, pode ser fundamentado com precisão pela anamnese, pelo exame clínico e por artifícios semiotécnicos, no caso a vitropressão que é de suma importância na definição do diagnóstico diferencial entre os hemangiomas e as malformações vasculares ou outros tumores vasculares da infância. Durante a compressão pela lâmina de vidro, o hemangioma se reduz consideravelmente de tamanho, devido ao esvaziamento vascular, adquirindo uma coloração pálida. Observando-se as características exibidas no caso relatado, podem ser notadas a eficiência, a simplicidade e a segurança da vitropressão no estabelecimento do diagnóstico diferencial das patologias de natureza vascular.

Castro et al. apresentam um caso clínico de hemangioma em bordo lateral de língua de 2,5cm de diâmetro, tratado através de cirurgia convencional sob anestesia local, sem recidiva⁴. No presente caso clínico,

contudo, o tratamento cirúrgico foi ineficaz, pois a lesão apresentou recidiva após duas ressecções em um curto espaço de tempo. Essa evidência pode ser explicada devido à natureza cavernosa da lesão, a profundidade nos tecidos e o grau de congestão dos vasos, fatores agravados pela doença crônica sistêmica existente.

Ribas et al. e Lee et al. afirmam que a cirurgia e a escleroterapia são as técnicas mais utilizadas no tratamento do hemangioma da boca^{8,10}, enquanto que, para Lemos et al., essa última técnica é eficiente na resolução de lesões com até 2cm de diâmetro⁹. Aplicando a escleroterapia, Ribas et al. obtiveram êxito ao tratar um hemangioma com aproximadamente 2,8cm, situado na mucosa bucal, no lábio inferior⁸. Esses autores afirmam haver remissão total da lesão sem a necessidade de cirurgia adicional. Com base no histórico da paciente objeto deste estudo, com história de insucesso da terapia cirúrgica por duas vezes, optou-se pela realização da escleroterapia na tentativa de se obstruir completamente o vaso nutriente da lesão, o que resultou na extinção do hemangioma com diâmetro de 3cm, dimensão próxima à do hemangioma relatado anteriormente.

Em outras pesquisas com lesões mais extensas, a escleroterapia poderá ser instituída previamente ao tratamento cirúrgico^{2,6,8}, tornando menor o risco de sangramento no transoperatório.

O oleato de etanolamina ou monoetanolamina é um derivado do ácido oleico com propriedades hemostáticas comprovadas. O componente oleico provoca a coagulação local, e a etanolamina inibe a formação do coágulo de fibrina pela quelação do cálcio. Como mecanismo de ação, essa substância atua inicialmente irritando a camada interna endotelial do vaso sanguíneo, provocando uma resposta inflamatória, condição que levará a uma fibrose e possível oclusão vascular^{9, 15, 8, 16}. Bonan et al. afirmaram que a atuação do oleato de monoetanolamina ocorre através de necrose tecidual⁶, ou seja, dano direto ao endotélio venoso, induzindo a formação de trombo e uma ação balanceada da hemostasia. Há relatos, na literatura científica, de que o uso do oleato de monoetanolamina a 5%, não diluído, pode provocar uma necrose tecidual ao redor da área de aplicação, gerando úlceras dolorosas após cada sessão de escleroterapia^{13,16}. No caso clínico em discussão, optou-se pela diluição desse fármaco em glicose a 50%, devido às proporções significativas da lesão. Outras substâncias, tais como soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5%, a água destilada e a lidocaína a 2% com epinefrina a 1:10.000 são empregados como diluentes^{15,16}. No presente estudo, utilizou-se o agente esclerosante diluído em uma proporção de 1:9, uma vez que a dose máxima de oleato de monoetanolamina não deve ultrapassar o volume de 1ml, para evitar efeitos colaterais relevantes, como a nefrotoxicidade associada à hemólise intravascular e hemoglobinúria.

As sessões de esclerose foram realizadas com um intervalo mínimo de sete dias, de forma lenta e gradual,

intralesionalmente, para evitar rupturas abruptas dos vasos e necrose tecidual, sequelas que viriam a causar reações inflamatórias e cicatrizes indesejáveis, como é citado em trabalhos correlatos^{15,8,16}. Por fim, para evitar o desconforto que pode ser causado pela dor e ardência durante o procedimento, é essencial, em casos similares, a aplicação anestésica local cuidadosamente realizada à distância, para evitar maior diluição da substância esclerosante pelo agente anestésico.

CONCLUSÃO

O caso clínico descrito neste estudo apresenta resultados favoráveis após a aplicação de 18 sessões de escleroterapia, não sendo constatadas recidivas após cinco anos do tratamento concluído. A escleroterapia, portanto, é uma técnica bem aceita para o tratamento dos hemangiomas bucais de pequenas dimensões, além de ser uma opção terapêutica efetiva, não invasiva, de baixo custo, de fácil aplicação, menor risco de hemorragia e instalação de trauma cirúrgico reduzido.



Figura 1 – *Aspecto clínico inicial*



Figura 2 – *Início do primeiro ciclo*



Figura 2A – *Finalizado o primeiro ciclo*



Figura 3 – *Início do segundo ciclo*



Figura 3A – *Finalizado o segundo ciclo*



Figura 4 – *Início do terceiro ciclo*



Figura 4A – *Finalizado o terceiro ciclo*



Figura 5 – *Primeiro ano pós-escleroterapia*



Figura 5A – *Segundo ano pós-escleroterapia*



Figura 5B – Terceiro ano pós-escleroterapia



Figura 5C – Quarto ano pós-escleroterapia

Legenda: Fig. 1: nódulos assintomáticos, de contorno bem definido, base sésil, superfície multilobulada, flacidez à palpação, coloração com variações do vermelho-púrpura ao violeta, não pulsátil e com dimensão aproximada de 3cm esclerosante; Fig. 2: correspondente a seis semanas de seguidas intervenções, aplicação do oleato de monoetanolamina com introdução de 2 mL; Fig. 2A: sem maiores alterações no tamanho da lesão; Fig. 3: a dose da substância injetada foi aumentada para 4 mL. Fig. 3A: concluídas as seis aplicações, regressão parcial da lesão com mudança da coloração devido à ocorrência de áreas de mucosa íntegra e outras associadas à persistência da lesão, confirmando que a eficácia da dose da substância injetada foi proporcional à dimensão da lesão; 4: último ciclo da escleroterapia, mantida a dose de 4 mL do oleato de monoetanolamina: Fig. 4A: remissão importante das proporções da lesão inicial; Fig. 5, 5A, 5B, 5C: progressão dos resultados.

REFERÊNCIAS

- MULLIKEN, J. B. ; GLOWACKI, J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 69, n. 3, p. 412-422, mar. 1982.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009. 952 p.
- TOMMASI, A. F. Alterações herdadas e congênitas. In: _____. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 3. ed. São Paulo: Pancast, 2002. p. 335-346.
- CASTRO, A. L. et al. Hemangioma capilar em língua: relato de caso. **Rev. Odonto Cienc.**, Porto Alegre, v. 22, n. 5, p. 186-189, abr./jun. 2007.
- SOUZA, W. D. de et al. Prevalência de hemangioma na cavidade bucal em pacientes do Hospital Napoleão Laureano – João Pessoa – Paraíba (Brazil). **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 121-124, maio/ago. 2004.
- BONAN, P. R. F. et al. Effectiveness of low flow vascular lesions sclerosis with monoetanolamine: report of six cases. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.**, Valencia, v. 12, n. 7, p. 524-527, nov. 2007.
- CORRÊA, P. H. et al. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population. **Braz. Oral. Res.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 40-45, jan./mar. 2007.
- RIBAS, M. de O.; LARANJEIRA, J.; SOUSA, M. H. Hemangioma bucal: escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão da literatura e apresentação de caso. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.1, n. 2, p. 31-36, out./dez. 2004.9. LEMOS, P. de O. Tratamento de hemangiomas de lábio inferior com escleroterapia: revisão da literatura e apresentação de caso. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 12.; Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 8., 2008, Paraíba. **Anais do VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**. Paraíba: UNIVAP, 2008. p. 1-4.
- HONG, S. K. et al. Reactive vascular lesions treated using ethanalamine oleate sclerotherapy. **Dermatol. Surg.**, New York, v. 36, n. 7, p. 1148-1152, jul. 2010.
- ROCHA, L. B. et al. Hemangioma da cavidade bucal. **RGO.**, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 150-152, jul./set. 2000.
- KHURANA, K. K.; MORTELLITI, A. J. The role of fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis and management of juvenile hemangioma of the parotid gland and cheek. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, Chicago, v. 125, n. 10, p. 1340-1343, out. 2001.
- MANDÚ, A. L. C. et al. Escleroterapia de hemangioma: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** Camaragibe, v. 13, n. 1, p. 71-76, jan./mar. 2013.
- CRUZ, F. L. G. Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão. **RGO**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 125-129, 2011.
- JOHANN, A. C. et al. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanalamine oleate: an open clinical trial with 30 lesions. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 100, n. 5, p. 579-584, nov. 2005.
- JAEGER, F. et al. Escleroterapia com oleato de etanolamina a 5% em hemangioma oral: relato de caso clínico. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.**, Lisboa, v. 54, n. 2, p. 91-94, abr./jun. 2013.

Submetido em: 6/10/2014

Aceito em: 15/12/2014