

Tratamento de Hemangioma com Oleato de Monoetanolamina: relato de caso clínico

Gustavo Almeida Mota

Cirurgião-Dentista graduado pelo Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC), Salvador Bahia.

Manoela Carrera M. C. Pereira

Mestre em Estomatologia – Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC), Salvador Bahia.

Gabriela Botelho Martins

Professor Adjunto Doutor do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado em Estomatologia da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC), Salvador Bahia. (gbmartinsba@hotmail.com) Endereço: Profa. Dra. Gabriela Botelho Martins. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Curso de Odontologia, Av Silveira Martins 3386, Cabula, 41 150-100 Salvador-BA, Brasil

Arlei Cerqueira

Tipo de Análise do Manuscrito

Triple Blind Peer Review

Recebido em: Dez/2009

Aprovado em: Dez/2009

RESUMO

O hemangioma é uma proliferação benigna de vasos sanguíneos. Pode ser tratado através de cirurgia esclerose química e física, aplicação de laser cirúrgico e embolização. A escleroterapia tem sido utilizada por promover pequena morbidade. O presente estudo tem por objetivo descrever um caso clínico de hemangioma em lábio inferior, em paciente idoso, tratado por esclerose química com oleato de monoetanolamina. São apresentadas, ainda, as características da escleroterapia e da substância oleato de monoetanolamina.

Palavras Chave: Hemangioma; escleroterapia; oleato de monoetanolamina

Treatment of hemangioma with Monoethanolamine oleate: a case report

ABSTRACT

Hemangioma is a benign blood vessel proliferation. It can be treated by surgical removal, chemical and/or physical sclerosis, surgical laser and embolism. Sclerotherapy has been used because of its low morbidity rates. This study describes a clinical case of hemangioma of the lower lip, in old patient, clinically diagnosed by transparent glass and aspiration puncture. The lesion was treated by sclerotherapy with ethanolamine oleat. This report reviews the literature on sclerotherapy and the ethanolamine oleat.

Keywords: Hemangioma, sclerotherapy, ethanolamine oleat

El tratamiento de los hemangiomas con monoetanolamina oleato: reporte de un caso

RESUMEN

El hemangioma es una proliferación benigna de los vasos sanguíneos. Se puede tratar con cirugía la esclerosis química y la física, la aplicación de la cirugía con láser y la embolización. La escleroterapia se ha utilizado para promover la baja morbilidad. El presente estudio tiene como objetivo describir un caso de hemangioma en el labio inferior en un paciente anciano, tratado por la esclerosis química con oleato de etanolamina. También se presentan las características de la sustancia de la escleroterapia y oleato de etanolamina.

Palabras clave: Hemangioma, la escleroterapia, oleato de etanolamina

Traitement des hémangiomes avec Monoéthanolamine oléate: un rapport de cas

RÉSUMÉ

L'hémangiome est une prolifération bénigne des vaisseaux sanguins. Elle peut être traitée par la chirurgie la sclérose chimie et la physique, l'application de la chirurgie au laser et l'embolisation. La sclérothérapie a été utilisée pour promouvoir la faible morbidité. La présente étude vise à décrire un cas d'hémangiome de la lèvre inférieure chez un patient âgé, traité par des procédés chimiques avec de l'oléate d'éthanolamine la sclérose en plaques. Sont également présentés, les caractéristiques de la substance de la sclérothérapie et de l'oléate d'éthanolamine.

Mots-clés: Hémangiome, sclérothérapie, l'éthanolamine oléate

*

Introdução

O hemangioma é uma proliferação benigna dos vasos sanguíneos, sendo o tumor mais comum dos recém-nascidos e da infância, embora alguns casos se desenvolvam em adultos (Neville et al, 2004). São representados clinicamente por bolhas de conteúdo sanguíneo ou por manchas que desaparecem momentaneamente à compressão e que retornam ao volume primitivo quando a mesma é aliviada. O diagnóstico é feito clinicamente através de compressão digital, vitropressão e/ou punção, uma vez que a biópsia incisional é contra-indicada (Boraks, 2001).

O tratamento pode ser realizado através de cirurgia, esclerose química e/ou física, aplicação de laser cirúrgico (Boraks, 2001) e embolização (Neville et al., 1998). A cirurgia é considerada o tratamento de escolha, porém, a excisão cirúrgica completa pode ser difícil ou impossível, devido à possível falta de limitada demarcação e proximidade de estruturas vitais o que pode causar alta morbidade cirúrgica, recorrências e dificuldades em tratamentos subsequentes (Kim et al., 2004).

A escleroterapia tem sido extensamente utilizada, sozinha ou em combinação com cirurgia (Gelbert et al., 2000) e tem as vantagens de não provocar cicatriz externa, promover pequena morbidade e pequenas complicações em comparação com excisão cirúrgica.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de paciente idoso com hemangioma de lábio inferior tratado com esclerose química através do oleato de monoetanolamina.

Revisão da Literatura

O hemangioma é uma anomalia vascular (Barrett & Speight, 2000), mais comum nos recém-nascidos e na infância, desenvolvendo-se também em adultos e idosos (Neville et al., 2004). Pode ser de origem congênita, adquirida ou traumática (Barrett & Speight, 2000; Silva et al., 2000). Clinicamente apresentam-se como lesões planas ou elevadas, de coloração vermelha ou vermelho-azulado (Silva et al., 2000). A lesão pode se desenvolver na gengiva, língua, mucosa labial (Toida et al., 2003), lábio, orelha e face (Kuo & Yang, 2003), podendo, nesta última, gerar problemas estéticos (Matsumoto et al., 2003). Histologicamente apresenta vasos sanguíneos (Barrett & Speight, 2000), ou ainda podem ser formados por inúmeros capilares, com lúmens vasculares minúsculos (Toida et al., 2003), sustentada por tecido conjuntivo (Silva et al., 2000).

O diagnóstico é feito clinicamente através de compressão digital, vitropressão e/ou punção aspirativa (Silva et al., 2000). Lesões grandes e de localização profunda como, por exemplo, fossa infratemporal, região de parótida, masseter e órbita devem ser diagnosticadas através de ressonância magnética e tomografia computadorizada (Gelbert et al., 2003; Choi et al., 2002). A biópsia incisional é contra-indicada (Toledo et al., 2004), podendo ser realizada biópsia excisional em lesões menores (Silva et al., 2000).

Apesar de não serem alterações malignas, estas lesões devem ser tratadas, pois podem provocar comprometimento estético, hemorragia pós-trauma (Kim et al., 2004; Kuo & Yang, 2003; Choi et al., 2002), problemas funcionais de mastigação e deglutição, comprometimento do espaço aéreo além de afetar a qualidade de vida do paciente (Kim et al., 2004). O hemangioma pode ser tratado por diversos métodos, incluindo cirurgia (Kim et al., 2004; Kuo & Yang, 2003), laser cirúrgico (Kuo & Yang, 2003; Silva et al., 2000), esteróides, embolização (Choi et al., 2002; Silva et al., 2000), radiação (Choi et al., 2002) e esclerose física (Boraks, 2001) e química (Kim et al., 2004; Matsumoto et al., 2003; Kuo & Yang, 2003; Choi et al., 2002; Gelbert et al., 2000). A associação da cirurgia com outros métodos terapêuticos como aplicação de laser (Whang et al., 2004) e esclerose (Kim et al., 2004; Choi et al., 2002; Gelbert et al., 2000) também pode ser realizada. A cirurgia, no entanto, é considerada o tratamento de escolha, porém, a excisão cirúrgica completa é dificultada ou impossibilitada em lesões pouco demarcadas e/ou próximas a estruturas vitais, como vasos e nervos (Choi et al., 2002).

A escleroterapia tem sido utilizada e conta com as vantagens de não provocar cicatriz externa, promover pequena morbidade e pequenas complicações pós-tratamento quando comparada à excisão cirúrgica (Choi et al., 2002). O sucesso da escleroterapia resulta do extenso contato do agente esclerosante com o revestimento endotelial do vaso. Portanto, a escleroterapia é mais efetiva quando o espaço vascular é pequeno ou quando a corrente sanguínea é lenta. Se o agente esclerosante é diluído em espaços vasculares largos ou difundido em circulação rápida, seu efeito será mínimo ou ausente. Esses casos podem ser controlados através de compressão manual ou oclusão mecânica da drenagem venosa (Choi et al., 2002). O agente esclerosante é introduzido no interior da lesão e age irritando a parede vascular, fazendo com que haja uma fibrose e uma redução da luz do vaso, diminuindo, assim, a circulação sanguínea local (Boraks, 2001). Pode, ainda, criar uma concentração no lúmen suficiente para obliterar o espaço vascular (Kuo & Yang, 2003).

A técnica pode ser realizada por diversos agentes, entre eles, polidocanol (Kuo & Yang, 2003), água morna, solução salina, tetraciclina, bleomicina (Kim et al., 2004), etanol (Kim et al., 2004; Choi et al., 2002), moruato de sódio (Kim et al., 2004), Ethibloc □, (Gelbert et al., 2000), tetradecil sulfato de sódio (Choi et al., 2002) e oleato de monoetanolamina (Kim et al., 2004; Matsumoto et al., 2003; Choi et al., 2002).

O oleato de monoetanolamina, éster composto por síntese química do ácido oléico com monoetanolamina, é considerado um esclerosante venoso eficiente. Tem sido utilizado como substância que age sobre o endotélio do vaso, lesando-o por ação química direta da sua membrana celular, logo no momento da injeção, ao que se seguem os depósitos de plaquetas e de material hialino fibrinoso, formando um trombo que incorpora

eritrócitos (Filho et al., 2002). Um mês após a aplicação do agente pode-se observar ruptura vascular com degeneração de colágeno da parede vascular e células inflamatórias intra e perivasculares. Após esse período observa-se a presença de trombo intravascular com calcificação e fibrose perivascular (Choi et al., 2002).

A injeção do agente esclerosante é suspensa quando o espaço venoso é preenchido ou quando o paciente refere dor causada pelo alargamento da lesão (Choi et al., 2002), experimentada pela maioria dos pacientes imediatamente após a injeção da substância e que pode ser controlada por analgésicos (Kim et al., 2004). O extravasamento do agente esclerosante como resultado de uma excessiva pressão de injeção pode induzir uma ativa inflamação e fibrose (Choi et al., 2002.).

O oleato de monoetanolamina a 5% é encontrado com o nome comercial de Ethamolin[®]1 em ampolas de 2ml, contendo 0,1g de oleato de monoetanolamina, 0,04g de álcool benzílico e 2ml de água para injetáveis (q.s.p.), que deve ser diluído em água destilada ou solução glicosada a 50%.

A aplicação deve ser realizada por meio de agulha para insulina injetando a solução em meio à área que contém sangue. A quantidade a ser utilizada vai depender das dimensões da lesão, mas não deve ultrapassar 2ml por sessão (Pistóia et al., 1998). Todavia, Choi et al. (2002), utilizam até 20ml para lesões extensas. O número de sessões para aplicação varia de paciente para paciente, dependendo do tamanho e comportamento da lesão (Choi et al., 2002) o que deve ser feito num intervalo de uma semana ou quinze dias (Pistóia et al., 1998).

Relato De Caso Clínico

Paciente T.N., 73 anos, faioderma, compareceu ao ambulatório de Estomatologia da FBDC com queixa principal de “caroço no lábio”. Durante a anamnese o paciente relatou hipertensão arterial e uso de captopril (25mg) para controle da mesma. No exame físico observou-se aumento de volume no vermelhão do lábio inferior, assintomático, de coloração vermelho-azulado, com limites bem definidos, de aproximadamente 1,5cm e superfície lisa (Figura 1).



Figura 1: aspecto inicial da lesão.

O paciente queixava-se de desconforto e negou tratamento anterior. O diagnóstico clínico de hemangioma foi dado através da diascopia, onde se observou isquemia na região, e confirmado com punção aspirativa positiva para sangue. Foram solicitados exames laboratoriais de hemograma completo, com resultado dentro da normalidade e glicemia em jejum que identificou um quadro de hiperglicemia. Após controle da glicemia pelo médico assistente, confirmado através de novo exame sanguíneo, planejou-se escleroterapia química com oleato de monoetanolamina. Foram realizadas seis sessões com intervalos de 30 dias entre elas. Na primeira sessão foi injetado 0,7ml da diluição do oleato de monoetanolamina com soro glicosado 5% na proporção de 1:9 (Figura 2).



Figura 2: primeira aplicação do oleato de monoetanolamina.

Na segunda e terceira sessões foi injetado 0,5ml e nas sessões subseqüentes, 0,4ml. A substância foi injetada lentamente com punções realizadas fora da lesão, próximo à borda da mesma, levando a ponta da agulha para o interior da lesão evitando desta forma hemorragia. Imediatamente após as aplicações foi observado aumento de volume da lesão e isquemia devido à presença da substância no seu interior (Figura 3), que regredia horas depois. Foi prescrito paracetamol 500mg após cada sessão. O paciente, no entanto, relatou não ter utilizado o medicamento por não ter sentido dor.



Figura 3: aumento de volume da lesão imediatamente após aplicação do medicamento.

Após 60 dias, observou-se discreta diminuição do volume da lesão, porém com evidente empalidecimento da mesma, possivelmente pela esclerose dos vasos associados (Figura 4). No entanto, o paciente relata se sentir mais confortável esteticamente em relação à área da lesão, além de haver uma diminuição do risco de hemorragia. O paciente encontra-se em acompanhamento sistemático na clínica de Estomatologia da FBDC.

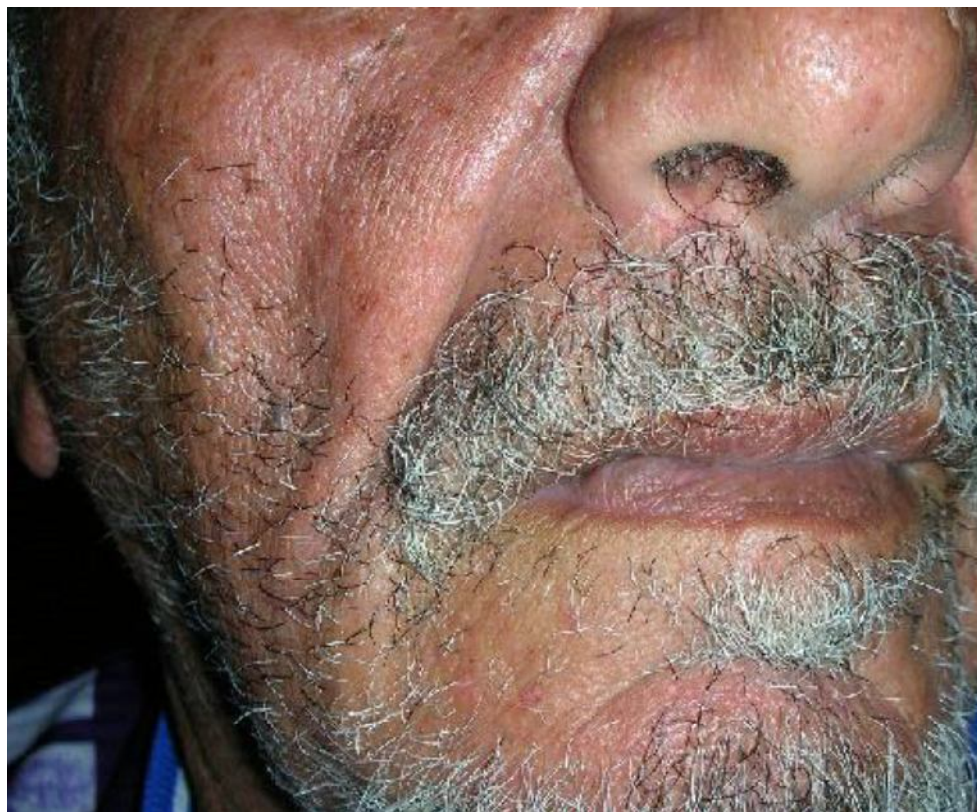


Figura 4: 60 dias após a 6ª aplicação do agente esclerosante, evidenciando empalidecimento da lesão.

Discussão

O hemangioma é uma lesão benigna dos vasos sanguíneos, comum nos recém-nascidos, podendo em alguns casos se desenvolver em adultos (Neville, et al., 2004) como ocorreu no caso relatado neste presente trabalho.

O diagnóstico da lesão dá através de compressão digital, diascopia e punção aspirativa (Silva et al., 2000). Todos esses procedimentos foram realizados no paciente em questão, o que levou ao diagnóstico clínico sugestivo de lesão vascular do tipo hemangioma.

O paciente tratado neste caso clínico relatou insatisfação em relação à estética, além de incômodo com o volume da lesão, apesar de assintomática. Apesar de a cirurgia ser considerada o tratamento de escolha (Choi et al., 2002) a lesão foi tratada através da escleroterapia por esta promover pequena morbidade, não deixar cicatriz e para evitar o risco de hemorragia pós-trauma (Kim et al., 2004; Kuo & Yang, 2003; Choi et al., 2002). A escleroterapia irá promover um fechamento dos vasos da lesão diminuindo então o risco de hemorragia (Boraks, 2001).

A substância escolhida no tratamento relatado baseou-se em diversos fatores levantados na literatura. O polidocanol é uma solução detergente que promove destruição endotelial local e apresenta baixa toxicidade, pequeno risco de reação alérgica e baixo grau de necrose epitelial após extravasamento, sendo indicado particularmente para lesões maiores (Kuo & Yang, 2000). Todavia, segundo Gelbert et al. (2000), proporciona alto risco de recorrência da lesão após seu uso. O etanol apresenta alto poder de trombose e efeito esclerótico (Choi et al., 2002), porém, oferece altos riscos locais como necrose epitelial, dor e paralisia nervosa (Gelbert et al., 2000). O Ethibloc[®] é um agente fibrosante constituído por solução alcoólica. Em um estudo com 23 pacientes portadores de lesões venosas tratadas através de esclerose com Ethibloc[®], Gelbert et al. (2000), obtiveram três pacientes com reação inflamatória severa com subsequente extrusão do esclerosante e necessidade de drenagem cirúrgica, além da dor presente em todos os pacientes. O laser é outra opção de tratamento apesar de apresentar efeitos limitados (Matsumoto et al., 2003), requer prolongado tempo de tratamento por causa do intervalo entre as sessões. O laser de dióxido de carbono associado à excisão cirúrgica apresenta ótimo resultado necessitando apenas uma sessão (Whang et al., 2004). De acordo com Choi et al. (2002); Matsumoto et al. (2003) e Kim et al. (2004), a substância de escolha para a escleroterapia deve ser o oleato de monoetanolamina, e, Filho et al. (2002) a consideram um esclerosante venoso eficiente, devido à baixa tendência de desenvolver reações adversas.

Pistóia et al. (1998) trataram um paciente de 63 anos com hemangioma de 4mm de diâmetro em lábio inferior utilizando 0,2ml de oleato de monoetanolamina a 5% com apenas uma aplicação. A lesão havia regredido totalmente no décimo quarto dia.

Matsumoto et al. (2003) fizeram dez sessões de laserterapia durante oito meses numa criança de seis meses de idade com hemangioma em região de asa do nariz. Houve apenas descoloração da lesão e pouca mudança de volume. Desta forma seguiu-se com o tratamento da criança com quatro sessões entre a idade de dezenove e vinte e quatro meses através do uso de solução de oleato de monoetanolamina num total de 0,5 a 1,0ml a cada sessão. Dois meses após a última aplicação, a lesão havia nivelado e, com isso, planejou-se correção cirúrgica.

Em um acompanhamento de seis anos com vinte e cinco pacientes apresentando malformações venosas craniofaciais extensas e tratadas com oleato de monoetanolamina a 5%, Choi et al. (2002) obtiveram redução de mais de 50% do volume da lesão em quatorze dos dezesseis pacientes que sofreram apenas escleroterapia, sendo que quatro evoluíram com redução total. Os outros dois alcançaram menos de 50% de regressão das lesões, cuja principal causa foi a grande extensão das mesmas. Nove pacientes realizaram associação de cirurgia e esclerose química com redução de mais de 50% do volume de todas as lesões. Quinze pacientes fizeram apenas uma sessão, seis realizaram duas, seis pacientes, três procedimentos, um paciente, quatro, e outro realizou dez sessões, com intervalo variando de um a seis meses entre cada sessão.

Rocha et al. (2000) obtiveram sucesso com escleroterapia de hemangioma em lábio inferior com solução de oleato de monoetanolamina a 5%. Em seu trabalho foram tratados três pacientes com idades de 52, 55 e 62 anos respectivamente com lesões de 20mm, 10mm e 7mm. Após duas sessões de aplicação da substância nos três casos foi realizada enucleação cirúrgica completa das lesões.

Após a injeção do agente esclerosante o paciente referiu dor causada pelo alargamento da lesão (Kim et al., 2004; Choi et al., 2002), porém o mesmo relatou não haver necessidade de administrar analgésico para controle de dor, o que corrobora com os achados de Kim et al. (2004). Houve uma diminuição parcial do volume da lesão como relatado por Choi et al. (2002), porém observou-se com mais evidência descoloração e empalidecimento possivelmente pela esclerose vascular provocada pelo oleato de monoetanolamina.

A quantidade máxima utilizada por sessão neste caso clínico foi de 0,7ml. De acordo com Pistóia et al. (1998) a quantidade de medicamento utilizada por sessão não deve ultrapassar 2ml.

Conclusão

Os resultados observados no caso clínico corroboram com os achados encontrados na literatura, e conclui que a escleroterapia com o oleato de monoetanolamina funciona de forma segura reduzindo a lesão, com mínimo comprometimento estético e morbidade.

Referências

1. Barret AW, Speight PM. Superficial Arteriovenous Hemangioma of the Oral Cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000, 90: 731-8.
2. Boraks, S. Diagnóstico Bucal. 3ªed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
3. Filho MC, Maia CC, Abrahão S, Silva JCCB, Gomes PO, Soufen MA, et al. Efeitos do Oleato de Etanolamina na Parede Venosa de Cães. *Acta Cir Bras* 2002, 17(5):317-326.
4. Gelbert F, Enjolras O, Deffrenne D, Aynard A, Mounayer C, Merland JJ. Percutaneous Sclerotherapy for Venous Malformation of the Lips: a retrospective study of 23 patients. *Neuroradiology* 2000, 42(9): 692-696.
5. Kim KH, Sung MW, Roh JL, Han MH. Sclerotherapy for Congenital Lesions in the Head and Neck. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2004, 131(3): 307-16.
6. Kuo HW, Yang CH. Venous Lake of the lip Treated With a Sclerosing Agent: Report of Two Cases. *Dermatol Surg* 2003, 29(4): 425-8.
7. Matsumoto K, Nakannishi H, Koizumi Y, Seike T, Kanda I, Kubo Y. Sclerotherapy of Hemangioma With Late Involution. *Dermatol Surg* 2003, 29(6): 668-671.
8. Neville BW, Allen CM, Bouquot JE, Damm DD. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.
9. Pistóia AD, Achutti NA, Yurgel LS, Soares ES. Uso de um agente de esclerose química para o tratamento de Hemangioma-Relato de Caso. *Rev Odonto Ciênc* 1998, 13(25): 39-38.
10. Reich RF, Moss S, Freedman PD. Intranodal Hemangioma of the Soft Tissues: A Case Report of a Rare Entity With Review of the Literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000, 90(1): 70-3.
11. Rocha LB, Padua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. *RGO* 2000, 48 (3): 150-152.
12. Shoi YH, Han MH, O-KI K, Cha SH, Chang KH. Craniofacial Cavernous Venous Malformations: Percutaneous Sclerotherapy With Use of Ethanolamine Oleate. *J Vasc Intern Radiol* 2002, 13(08): 475-82.
13. Silva FM, Andrade FB, Portolan M, Figueiredo PJ. Hemangioma. *Rev Fac Odontol Lins* 2000, 12.
14. Toida M, Hasegawa T, Watanabe F, Kado K, Makita H, Fujitsuka H, et al. Lobular Capillary Hemangioma of the Oral Mucosa: Clinicopathological Study of 43 Cases With a Special Reference to Immunohistochemical Characterization of the Vascular Elements. *Pathol Int* 2003, 53(1): 1-7.
15. Toledo HJB, Castro EVFL, Castro AL, Soubhia AMP, Salvador Junior FB. Hemangioma Cavernoso de Lábio Inferior: Caso Clínico. *Rev Odontol de Araçatuba* 2004, 25(1): 09-11.
16. Whang KK, Cho S, Seo SL. Excision of Hemangioma and Sculpting of the Lip Using Carbon Dioxide Laser. *Dermatol Surg* 2004, 30(12 Pt 2): 1601-1602.